

unesp



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Campus de Araçatuba - Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Infantil e Social
Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Preventiva e Social

CARLOS AYACH

*A visão do usuário sobre o serviço público
odontológico e a autopercepção em saúde
bucal*

*ARAÇATUBA-SP
2015*



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Campus de Araçatuba - Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Infantil e Social
Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Preventiva e Social

CARLOS AYACH

*A visão do usuário sobre o serviço público
odontológico e a autopercepção em saúde
bucal*

*Tese de doutorado apresentada à
Faculdade de Odontologia de
Araçatuba da Universidade
Estadual Paulista "Júlio de
Mesquita" - UNESP, como parte
dos requisitos para obtenção do
título de Doutor em Odontologia
Preventiva e Social.*

*Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suzely Adas
Saliba Moimaz.*

*ARAÇATUBA-SP
2015*

Catálogo-na-Publicação

Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

A973a	<p>Ayach, Carlos. A visão do usuário sobre o serviço público odontológico e a autopercepção em saúde bucal / Carlos Ayach. – Araçatuba, 2015 121 f. : il. ; tab. + 1 CD-ROM</p> <p>Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba Orientadora: Profa. Suzely Adas Saliba Moimaz</p> <p>1. Percepção 2. Avaliação em saúde 3. Sistema Único de Saúde 4. Saúde bucal I. Título</p> <p>Black D27 CDD 617.645</p>
-------	---

À nosso senhor Jesus Cristo meu primeiro orientador, pela fé que me mantém vivo e fiel à vida honesta no trabalho e no estudo.

A Nossa Senhora do Perpétuo Socorro por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

À minha esposa Lucy e filhos Eduardo e Fernando pelo amor incondicional que sempre me impulsionaram para enfrentar meus desafios e souberam entender minha ausência e meus momentos de ansiedade e angústias.

Ao meu pai Kalil (in memoriam) e minha mãe Adibí, pela minha existência, pelos ensinamentos e principalmente pelo exemplo de vida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. “Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.” Charles Chaplin

A minha orientadora e amiga Professora Doutora Suzely Adas Saliba Moimaz por acreditar que eu era capaz mesmo sem me conhecer direito, abriu as portas como uma irmã que abre os braços para receber um amigo. Só tenho a agradecer pelos ensinamentos pessoais e acadêmicos, orientações, paciência e dedicação, tenho orgulho de dizer que fui e sempre serei o seu orientado.

AGRADECIMENTOS

Existem várias pessoas a quem devo reconhecer a força imensa nessa caminhada. Agradecer é correr o risco de esquecer-se de algumas pessoas ou de escrever menos do que todas aqui mencionados merecem.

À Professora Dr^a Nemre Adas Saliba, pela amizade, postura, firmeza e pela confiança depositada na minha pessoa. “Se eu vi mais longe, foi por estar de pé sobre ombros de gigantes” (Isaac Newton).

Ao professor Doutor Orlando Saliba, pelo carinho demonstrado e pela disposição que demonstrou em ensinar.

À Professora Dr^a Cléa Adas Saliba Garbin pelo trabalho, dedicação e acima de tudo o carinho demonstrado nesta caminhada. “Quando somos especiais para alguém, é porque o carinho, o respeito e a amizade foram e são verdadeiros.” (Airton de Souza Carrico)

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação: Professora Tânia Adas Saliba Rovida, Prof^o Artênio José Isper Garbin, Prof^a Dóris Hissako Sumida, Prof^a Maria Lúcia Marçal Massa Sundefeld, Professor Renato Moreira Arciéri, Professor Ronald Jefferson Martins, Professora Ana Cláudia Okamoto, pela contribuição científica e desprendimento do Saber.

Aos meus amigos de turma Ana Carolina Graça Fagundes, Milene Moreira Silva, Renata Reis dos Santos, Marco Aurélio Borella Rodrigues, Rosana Leal do Prado pelo carinho que me acolheram como uma família, me orientando, ajudando nos momentos de dificuldade. “Com o tempo os caminhos vão se tornando diferentes, cada um começa seguir seus sonhos e seus desejos...” (Thomas Santos)

A todos os colegas da pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, pela força e pela disposição em sempre ajudar, graças a vocês me senti parte de uma grande equipe.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Infantil e Social: Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza e Valderez Freitas Rosa, pelo trabalho eficiente e dedicado e pelo carinho dedicado a minha pessoa.

Aos funcionários da Biblioteca: Ana Cláudia Grieger Manzatti, Cláudio Hideo Matsumoto, pela atenção e eficiência com que sempre me atenderam, que deram apoio logístico e bibliotecário.

À funcionária da Seção de Pós-Graduação: Valéria Queiroz Marcondes Zagatto pelo excelente trabalho, atenção dispensada e grande disposição em atender.

Aos membros da Banca Qualificadora e Banca de Defesa, pelas pontuais e brilhantes observações.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Campus de Araçatuba, SP, meus eternos agradecimentos pela honra de poder ter estudado nesta instituição respeitada.

Aos meus irmãos, cunhados e cunhadas, sobrinhos e sobrinhas pelo carinho, força e pela compreensão nos meus momentos de ausência.

Aos pacientes do consultório e escolas pela paciência e compreensão nos momentos que estive ausente.

Aos Gerentes Municipais de Saúde de Aquidauana e Anastácio pela dispensa para realização do curso.

Aos Colegas da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Aquidauana e Anastácio pelo apoio e compreensão durante esta jornada.

Enfim a todas as pessoas que me ajudaram direta ou indiretamente na conclusão de mais esta etapa na minha vida.

*“Jesus fonte de misericórdia
que jorra no templo,
Jesus filho da rainha,
Jesus rosto divino do homem,
Jesus rosto humano de Deus”*

Letra: Nelsinho Corrêa

Música: Dalvímar Gallo & Ana Lucia

AYACH C. A visão do usuário sobre o serviço público odontológico e a autopercepção em saúde bucal. 121 f Tese (Doutorado) - Univ. Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2015.

Resumo Geral

A opinião do usuário na avaliação da qualidade dos serviços de saúde constitui-se em uma importante ferramenta na gestão pública. Nesta pesquisa, objetivou-se analisar a satisfação dos usuários com o serviço odontológico no Sistema Único de Saúde e a autopercepção da saúde bucal. Trata-se de um estudo transversal, tipo inquérito, parte de um projeto multicêntrico realizado em três municípios do Brasil. A coleta de dados foi no município de Aquidauana, MS, no ano de 2013, considerando-se para o cálculo da amostra o total da população adulta na região estudada, com prevalência de 50% de satisfeitos com os serviços prestados. Foram entrevistados 390 usuários, em tratamento odontológico na atenção básica da rede pública, empregando-se um formulário adaptado dos instrumentos do Ministério da Saúde, propostos para o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ). Como critério de exclusão, foram considerados usuários que iriam realizar a primeira consulta, os que apresentassem alguma impossibilidade de responder ao instrumento utilizado e os menores de 18 anos. Do total de entrevistados, 73% eram mulheres; 47,2% tinham de 20 a 39 anos; 56,4% estavam em tratamento odontológico; 26,9% procuraram por motivo de dor; 24% já tinham sido referenciados para o serviço odontológico especializado e a maioria dos encaminhados conseguiu agendar o tratamento. Quanto à satisfação com o serviço oferecido, em relação ao acesso, 97,7% estavam satisfeitos com a forma com que foram recebidos na Unidade; 75,1% disseram que não houve demora na marcação da primeira consulta; 94,1% estavam satisfeitos com o tempo de agendamento; 79% afirmaram que a consulta foi marcada por ordem de chegada; 77,2% consideraram próxima a distância da casa até o consultório. Quanto à humanização, 95,6% afirmaram que o atendimento prestado foi muito bom/bom; 96,9% opinaram que o horário de atendimento é bom; 91,8% receberam informações sobre o estado de saúde bucal e 63,8% conseguiram tirar as dúvidas sobre o tratamento, no entanto, 42,6% não souberam dizer o nome do cirurgião-dentista. Nos aspectos sobre confiabilidade, resolutividade e ouvidoria, 96,7% confiavam na equipe odontológica; 95,6% disseram que o tratamento recebido na atenção básica estava resolvendo os problemas de saúde bucal; 77,9% nunca precisaram fazer reclamação e 59,2% não sabiam onde reclamar. Quanto à autopercepção da saúde bucal, a principal justificativa dos que qualificaram a saúde bucal como muito boa/boa foi o cuidado com a saúde e dos que responderam como regular, ruim/muito ruim foi a presença das doenças. Como sugestão para melhoria do atendimento, 15,4 % apontou a infraestrutura; 8,2% o acesso; 6,9% a humanização e 1% a educação em saúde. Conclui-se que houve alto percentual de usuários satisfeitos com o serviço odontológico oferecido na rede pública. Grande parte classificou a condição de saúde bucal como muito boa/boa, tendo como principal justificativa o cuidado com a saúde. Poucas foram às recomendações propostas para a melhoria da qualidade dos serviços odontológicos, destacando-se dentre as apresentadas, os aspectos físicos e organizacionais.

Palavras-chave: Percepção. Avaliação em saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde bucal.

AYACH C. The user vision about the public dental services and self-perception in oral health. 121 f Thesis (Ph.D.) – São Paulo State University - Faculty of Dentistry, Araçatuba, 2015.

General Abstract

The user's opinion in assessing the quality of health services is an important tool in public management. The aim of this study was to analyze the users' satisfaction with dental services in the Public Health System and self-perception of oral health status. This is a survey-type cross-sectional study, part of a multicenter study conducted in three municipalities in Brazil. Data collection was in the city of Aquidauana, MS, in 2013, given to the calculation of the total sample of the adult population in the study area, with a prevalence of 50% satisfied with the services provided. We interviewed 390 users in dental treatment in primary care from the public network, using an adapted form of the instruments of the Ministry of Health, proposed for the National Program of Health Services Evaluation (PNASS) and Access Improvement Programme and quality (PMAQ). The exclusion criteria were considered users who would hold the first consultation, to submit any failure to respond to the instrument, and children under 18 years. From the total respondents, 73% were women; 47.2% aged 20-39 years; 56.4% were in dental treatment; 26.9% sought pain of reason. As to the satisfaction of the service provided in relation to access, 97.7% were satisfied with the way they were received in the health unity; 75.1% said that there was no delay in appointing the first visit; 94.1% were satisfied with the scheduling time; 79% said that consultation was marked by order of arrival; 77.2% considered that the distance from home to the office was short; 24% were referred to specialized service and of these, 88% were scheduled, and 66.7% were satisfied to have scheduled in the specialized service. Regarding humanization, 55.6% said that the care given by the oral health team was very good; 96.4% were satisfied with the service provided; whereas 96.9% considered the service timetable good; 91.8% received information on their oral health status; 63.8% were able to clear doubts about treatment; however, 42.6% did not know the name of the dentist. In relation to reliability aspects, resolution and ombudsman in oral health services, 96.7% trusted the dental staff; 95.6% said that treatment received in primary care was solving their oral health problems; 77.9% had never complained and 59.2% did not know where to make their complaints. In relation to self-perceived oral health, the main justification of those who consider their oral health as very good and good was the health care and those who responded as regular, bad and very bad, the justification was the presence of diseases. As a suggestion for the improvement of oral services, 15.4% pointed infrastructure; 8.2% access; 6.9% humanization and 1% health education. It was concluded that there was a high percentage of users satisfied with the dental services offered in public network and most of them rate their oral health status as good, which was due to the health care. Most said that the service provided should not be modified, few were the suggestions given in relation to health education, infrastructure, access and humanization.

Keywords: Perception. Health evaluation. Unified Health System. Oral health.

Lista de Figuras

Metodologia

- Figura 1** - Mapas da localização e da microrregião de Aquidauana, MS. **22**
- Figura 2** - Mapa da rede pública de saúde na área urbana do município de Aquidauana,MS.. **25**

Capítulo 2 – PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL E RECOMENDAÇÕES DOS USUÁRIOS PARA MELHORIA DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO

- Figura 1** - Distribuição percentual dos usuários segundo a classificação da saúde bucal e categorias das respostas dos motivos apresentados. **58**

Lista de Tabelas

Capítulo 1 - AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO ODONTOLÓGICO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Tabela 1 -	Perfil dos usuários entrevistados, por faixa etária no município de Aquidauana, MS, 2013.	37
Tabela 2 -	Distribuição percentual dos usuários, segundo a percepção da distância entre as moradias e Unidades de Saúde da Família do SUS, 2013.	38
Tabela 3 -	Distribuição percentual dos usuários, segundo a faixa etária e o motivo de procura pelo serviço odontológico nas Unidades de Saúde do SUS, 2013.	38
Tabela 4 -	Distribuição percentual dos usuários, segundo a faixa etária e orientação para procura pelo serviço odontológico nas Unidades de Saúde do SUS, 2013.	39
Tabela 5 -	Distribuição dos usuários, segundo a percepção sobre o horário do atendimento odontológico nas Unidades de Saúde do SUS e o grau de satisfação, 2013.	39
Tabela 6 -	Distribuição dos usuários, segundo o tempo e o grau de satisfação com o agendamento da primeira consulta no serviço odontológico nas Unidades de Saúde do SUS, 2013.	40
Tabela 7 -	Distribuição percentual dos usuários, segundo faixa etária e percepção sobre a condição de saúde bucal, 2013.	40

***Capítulo 2* – PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL E RECOMENDAÇÕES DOS USUÁRIOS PARA MELHORIA DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO**

Tabela 1 - Perfil dos usuários, segundo gênero, faixa etária, condição sócioeconômica, estado civil, escolaridade dos usuários do serviço odontológico do SUS, 2013.	56
Tabela 2 - Distribuição percentual da ocupação dos usuários do serviço odontológico do SUS, segundo gênero, 2013.	57
Tabela 3 - Distribuição do percentual dos usuários, segundo escolaridade e autopercepção da saúde bucal no serviço odontológico do SUS, 2013.	58

***Capítulo 3* – SAÚDE BUCAL NA REDE PÚBLICA: ESTUDO SOBRE O ACESSO, HUMANIZAÇÃO E CONFIABILIDADE NO SERVIÇO PRESTADO.**

Tabela 1 - Número absoluto e percentual, segundo gênero, faixa etária, condição sócioeconômica, estado civil, escolaridade dos usuários do serviço odontológico do SUS, 2013.	77
Tabela 2 - Número de usuários, segundo as variáveis relacionadas ao acesso no serviço odontológico do SUS, 2013.	78
Tabela 3 - Total de usuários atendidos na atenção básica que conseguiram agendamento na atenção especializada do serviço odontológico SUS, 2013.	79
Tabela 4 - Número de usuários, segundo o grau de satisfação com o tempo de agendamento na atenção especializada odontológica do SUS, 2013.	79
Tabela 5 - Número de usuários, segundo as variáveis relacionadas à humanização no serviço odontológico do SUS, 2013.	80
Tabela 6 - Número de usuários, segundo o conhecimento sobre o serviço de ouvidoria SUS, 2013.	81

Lista de Quadros

Metodologia

Quadro 1 - Percentual dos domicílios por rendimento per capita e distribuição por classe social no município de Aquidauana, MS, 2010.	23
--	-----------

Capítulo 1 - AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO ODONTOLÓGICO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Quadro 1 - Número de entrevistas a serem realizadas na Unidade de Saúde.	36
---	-----------

Capítulo 2 - PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL E RECOMENDAÇÕES DOS USUÁRIOS PARA MELHORIA DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO

Quadro 1 - Respostas dos usuários do serviço odontológico sobre os motivos da classificação da saúde bucal, 2013.	59
--	-----------

Lista de Abreviaturas e Siglas

AMQ – Avaliação da Melhoria da Qualidade

ACS – Agente comunitário de Saúde

CD – Cirurgião - dentista

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

CRAES - Centro Regional de Atendimento Especializado/ DST/HIV/*Aids*

CAPS – Centro atendimento psicossocial

CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CCAÉ - Certificado de apresentação para Apreciação Ética

ESF – Estratégia da Saúde da Família

HUMANIZASUS – Política de humanização do Sistema Único de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – índice de desenvolvimento Humano

Km – Quilômetro

Km² - Quilômetro quadrado

NASF – Núcleo de apoio a Saúde da Família

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade

PRONATEC - Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade da Saúde da Família

SUMÁRIO

<i>1 INTRODUÇÃO GERAL</i>	<i>16</i>
<i>2 PROPOSIÇÃO</i>	<i>21</i>
<i>3 METODOLOGIA</i>	<i>22</i>
<i>4 CAPÍTULO 1 - AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO ODONTOLÓGICO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.</i>	<i>29</i>
<i>5 CAPÍTULO 2 - PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL E RECOMENDAÇÕES DO USUÁRIO PARA MELHORIA DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO</i>	<i>49</i>
<i>6 CAPÍTULO 3 - SAÚDE BUCAL NA REDE PÚBLICA: ESTUDO SOBRE O ACESSO, HUMANIZAÇÃO E CONFIABILIDADE NO SERVIÇO PRESTADO.</i>	<i>70</i>
<i>7 CONCLUSÃO GERAL</i>	<i>89</i>
<i>8 CONSIDERAÇÃO FINAL</i>	<i>90</i>
<i>ANEXOS</i>	<i>91</i>

1 INTRODUÇÃO GERAL¹

As avaliações constantes da qualidade da assistência são uma importante ferramenta no planejamento e na gestão dos serviços e sistemas de saúde. A análise da satisfação na visão dos usuários compreende desde a percepção do indivíduo em relação à saúde até as experiências vivenciadas no setor, permitindo assim, maior adequação e promoção da assistência à saúde a partir das suas reais necessidades (RODRIGUES et al., 2012).

O termo avaliação vem do latim, e significa valor ou mérito do objeto em pesquisa, junção do ato de avaliar ao de medir os conhecimentos adquiridos pelo indivíduo (KRAEMER, 2006). O ato de avaliar acompanha o fazer humano em todas as fases da vida, é um processo importante para o planejamento estratégico à medida que permite a formulação de juízos com o objetivo de chegar a conclusões fundamentadas, que subsidiem ações futuras, seja ela administrativa ou científica (TANAKA; TAMAKI, 2012).

O avanço nas políticas de avaliação em saúde deu-se principalmente após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), havendo uma redefinição dos papéis na gestão das três esferas de governo, onde o Ministério da Saúde com intuito de dar suporte ao processo decisório no âmbito do sistema de saúde estabeleceu a política de institucionalização da avaliação, com elaboração de programas como Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), a fim de monitorar e fomentar a cultura avaliativa na gestão, principalmente na atenção básica (TAMAK et al., 2010).

Nesta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) configurou-se como a política de reorganização da atenção primária na saúde no Brasil e a principal instância para desenvolvimento das atividades de avaliação, sendo responsável em aplicar as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde com base na universalidade, integralidade, equidade, resolutividade e participação popular, visando principalmente melhorar a qualidade e satisfação dos usuários em relação ao serviço prestado (RIBEIRO et al., 2010).

¹ Lista de referências no anexo A.

A prática da avaliação nos serviços de saúde deve ser compreendida em duas perspectivas: a que utiliza indicadores gerais de monitoramento do serviço ou do sistema, usadas em situações pontuais, buscando gerar ações que garantam a melhoria da qualidade e a que resulta de um esforço acadêmico, que tem por objetivo estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados (CARVALHO; NOVAES, 2004; GOES et al., 2012). A avaliação somente se justifica quando permite uma retroalimentação dos processos em curso, a fim de corrigir, sanar ou evitar eventuais erros. (RONCALLI, 2003).

Segundo Bastos e Fasolo (2013), a avaliação da satisfação nos serviços de saúde fornecem subsídios para as decisões e ações dos gestores em saúde, pois a satisfação é compreendida como o sentimento que resulta da comparação que a pessoa faz do resultado que ela obteve com determinado serviço com as expectativas que ela tinha em relação ao atendimento (STENZEL et al., 2004), envolvendo alguns aspectos, tais como: estrutura física e organizacional, qualidade, acesso, aspectos da relação médico-paciente, entre outros (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Segundo Esperidião e Trad (2006), existem quatro modelos teórico-conceituais relacionados à satisfação: teoria da discrepância, relacionada ao grau de satisfação, de acordo com as diferenças entre as expectativas e a percepção da experiência; teoria da atitude, que compreende satisfação como avaliação positiva ou negativa que a pessoa faz de algum aspecto; teoria da equidade, segundo a qual as pessoas avaliam o serviço de acordo com “ganhos e perdas” individuais, comparando a outros usuários e por fim a teoria da realização, que compreende a satisfação de acordo com a diferença entre aquilo que a pessoa espera e aquilo que ela obtém do serviço de saúde.

Os conceitos de qualidade de vida e satisfação estão intimamente ligados ao de autopercepção, que em saúde, pode ser entendida como a interpretação das experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária. Baseia-se nas informações e nos conhecimentos de saúde e doença, modificados pela experiência, normas sociais e culturais de cada indivíduo (VALE et al., 2013). Uma das ferramentas para avaliar a experiência do usuário frente aos serviços de saúde é por meio de suas opiniões (HARZHEIM et al., 2006).

A autoavaliação do estado de saúde e das condições dos serviços prestados é um indicador subjetivo e engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida. A percepção do paciente de se sentir doente não advém apenas das sensações físicas de dor e desconforto, mas, sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença da enfermidade (PAVÃO et al., 2013; SZWARCOWALD et al., 2005).

Outros aspectos relacionados à qualidade e a satisfação dos usuários é o acesso, a humanização e o acolhimento aos serviços de saúde sendo importante destacar que o acolhimento não é um espaço ou local, mas sim uma postura ética de todos os profissionais de saúde, que vai desde o compartilhamento de saberes, angústias, até o comprometimento com o serviço e a resolutividade dos problemas de saúde (RIBEIRO et al., 2010).

O acesso e a acessibilidade em saúde são os grandes desafios enfrentados pelos gestores atualmente na saúde pública, onde o acesso é a disponibilidade dos serviços de saúde em relação à oferta e acessibilidade é a possibilidade de conseguir chegar até o atendimento prestado (TRAD et al., 2012). Engloba as dimensões socioeconômicas, geográficas, culturais, políticas e o contexto social e assistencial, que podem configurar-se como barreiras no atendimento das necessidades dos usuários do sistema de saúde, pois o grau de acessibilidade pode ser medido pela relação entre as resistências apresentadas por essas barreiras e o poder de utilização dos serviços pelos usuários (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Outro fator importante na avaliação é entender a humanização no serviço de saúde, pois este fator baseia-se principalmente no respeito ao cidadão e constitui num processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e na corresponsabilidade nas ações de Saúde por parte dos gestores e usuários, reconhecendo assim, que análise subjetiva no setor é importante para a melhor entendimento dos problemas enfrentados pela população e também na busca de soluções compartilhadas (REIS et al., 2009).

Um dos aspectos identificados na avaliação da população no setor saúde é a “desumanização” no serviço, que revela a percepção da população a respeito das dificuldades do cotidiano, tais como filas, a insensibilidade dos trabalhadores da saúde, os tratamentos desrespeitosos, a falta da integralidade e acolhimento, práticas de gestão autoritária e as deficiências físicas e organizacionais de trabalho (BRASIL, 2010).

Um eixo norteador da humanização é o acolhimento nos serviços de saúde que implica uma postura ética independente do lugar, do momento ou do profissional específico. Trata-se de um compartilhamento de saberes, angústias, comprometimento com o outro, dignificação da vida e do viver, políticas de saúde, respeito ao próximo, responsabilidade e resolutividade no tratamento proposto, bem como o ato e a forma de receber (RIBEIRO et al., 2010).

A saúde bucal também está inserida neste contexto e está diretamente relacionada às condições socioeconômicas, acesso, humanização, informações e serviços de saúde (SILVA et al., 2011). Vale ressaltar, que atenção odontológica no Brasil esteve historicamente vinculada a prática curativa, no conhecimento compartimentado e na fragmentação dos atos terapêuticos sem considerar a avaliação de serviços na percepção dos usuários (RODRIGUES, et al. 2012)

A avaliação dos usuários em relação à assistência odontológica é um importante instrumento para reorganização do processo de trabalho na saúde bucal. A percepção é uma medida multidimensional que reflete as experiências subjetivas dos indivíduos sobre seu bem-estar funcional, social e psicológico. Dentre os fatores que podem influenciar a percepção do indivíduo sobre a sua saúde bucal estão as características socioeconômicas, condições clínicas da boca e os sintomas de dor (SILVA et al., 2011). Estas constatações só podem ser explicadas e compreendidas quando os usuários são ouvidos e quando os seus autodiagnósticos e suas opiniões são levados em consideração (VALE et al., 2013).

Neste sentido, Martins et al. (2009) adaptaram o modelo de autoavaliação proposto Gift et al. (1998), considerando a interação de cinco subgrupos de variáveis que influenciam os comportamentos relacionados à saúde bucal pela população: ambiente externo; características individuais; comportamentos relacionados à saúde bucal; condições objetivas e subjetivas relacionadas à saúde bucal e a autoavaliação da saúde geral e bucal, existindo uma relação de retroalimentação entre estes grupos, em que as condições objetivas influenciam as condições subjetivas e vice-versa, as quais que, por sua vez, influenciam na autoavaliação da saúde bucal e geral.

O uso das avaliações subjetivas no setor odontológico é fundamental e tem-se tornado cada vez mais frequente, pois permite obter informações sobre a percepção da saúde bucal, medir o impacto na vida das pessoas, contribuindo

assim, para a melhoria da qualidade da saúde e conseqüentemente na expectativa de vida da população (LUCHI et al., 2013).

Vários instrumentos de avaliação da percepção dos usuários em relação à própria condição de saúde e da assistência prestada foram elaborados no Brasil e em outros países com intuito de fornecerem subsídios que auxiliem gestores e profissionais da saúde na elaboração e planejamento de estratégias, bem como na definição de prioridades para o tratamento odontológico, na alocação de recursos para promoção de saúde e na avaliação do impacto dos agravos bucais na qualidade de vida das pessoas (PERES et al., 2013).

Desta forma, visando incrementar o conhecimento sobre satisfação dos usuários com o serviço de saúde, especificamente quanto à assistência odontológica do SUS, foi realizado um estudo multicêntrico realizado em três municípios, localizados em regiões diferentes do Brasil, financiado pelo CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), empregando-se um formulário adaptado dos instrumentos propostos pelo Ministério da Saúde nos programas do PNASS e PMAQ.

Este trabalho de tese refere-se a uma parte da pesquisa, realizada no município de Aquidauana, MS e está estruturado em três capítulos:

No capítulo 1 foi realizada a avaliação da satisfação dos usuários, quanto ao serviço de saúde bucal prestado na rede pública, pelas equipes de saúde da família, procurando conhecer melhor a realidade vivenciada em relação ao acesso e também ao serviço oferecido.

No capítulo 2 foram analisadas a percepção do usuário sobre a própria condição de saúde bucal e a satisfação com o serviço odontológico prestado na rede pública da atenção básica brasileira, empregando-se técnica qualitativa.

No capítulo 3 foi avaliar o acesso, a humanização, resolutividade e a confiabilidade no serviço público odontológico.

2 PROPOSIÇÃO

OBJETIVO GERAL:

- Analisar a satisfação dos usuários com o serviço odontológico prestado na atenção básica no Sistema Único de Saúde e autopercepção da saúde bucal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Avaliar a satisfação dos usuários quanto aos aspectos relacionados ao acesso, humanização, confiabilidade e resolutividade do serviço público odontológico na atenção básica;
- Analisar os motivos relatados pelos usuários para justificar a condição de saúde bucal auto referida;
- Avaliar os conhecimentos dos usuários sobre as ferramentas disponíveis no SUS, que podem servir para reclamações ou sugestões.

3 METODOLOGIA²

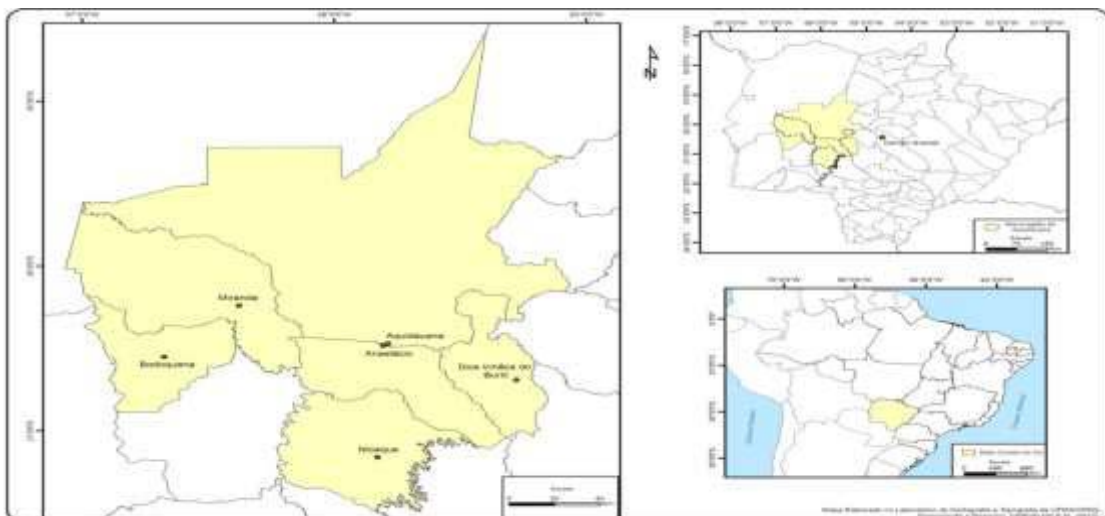
3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, tipo inquérito, quantitativo, no qual foram entrevistados 390 usuários que estavam realizando tratamento odontológico na atenção primária do Sistema Único de Saúde no ano de 2013. É parte de um projeto multicêntrico, realizado em três municípios: Araçatuba, SP, Ponta Grossa, PR, Aquidauana, MS, localizados nas regiões sudeste, sul e centro-oeste do Brasil, respectivamente.

3.2 Local da pesquisa

Nesse estudo de tese, foram utilizados os dados do município de Aquidauana, MS, localizado na região sul da região Centro-Oeste do Brasil, no Pantanal Sul-Mato-Grossense, distante 139 km da Capital estadual Campo Grande e 1218 km da capital federal Brasília. Situado a 147 metros de altitude; Latitude: 20° 28' 30" Sul e Longitude: 55° 47' 11" Oeste. Faz parte da macrorregião de Campo Grande e é sede da microrregião de Aquidauana, tem como vizinhos os municípios de Anastácio, Dois Irmãos do Buriti, Miranda (ao sul), Corguinho, Rio Negro, Terenos (à leste), Rio Verde de Mato Grosso (ao norte) e Corumbá (à oeste) (IBGE,2010).

Figura 1 – Mapas da localização e da microrregião de Aquidauana, MS.



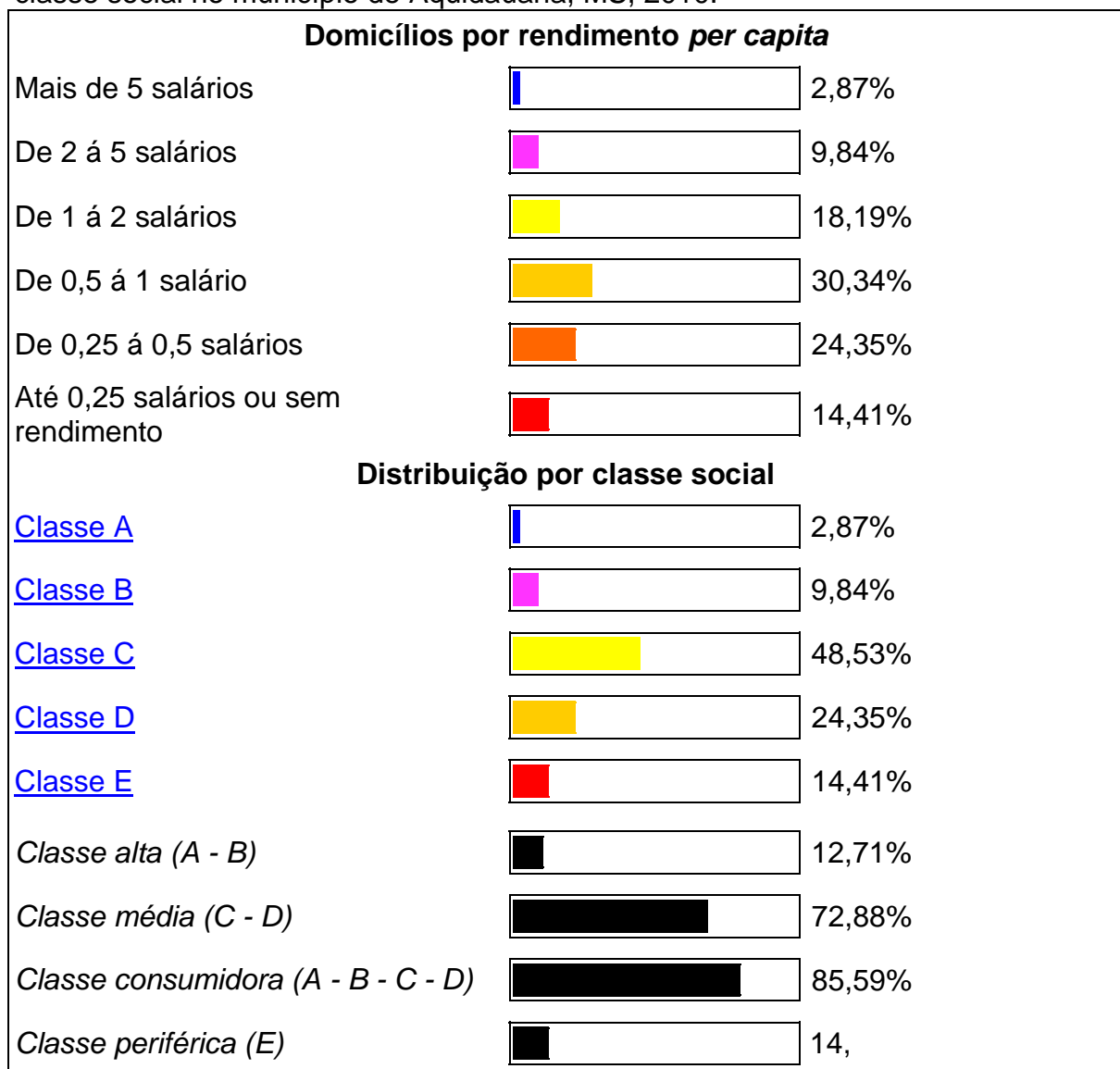
Fonte: Departamento de Cartografia e Topografia da UFMS,2015.

² Lista de Referências no Anexo B

O município tem uma área de 16.958,496 km² que se estende desde o Morrinho do Pimentel, na divisa com Corumbá e Rio Verde (norte) até Anastácio (sul). O território divide-se em duas partes: a baixa (dois terços do município) e a alta (Serra de Maracaju/Piraputanga). Tem uma área urbana de 8.634 km² e a zona rural é composta pela área indígena que compreende 9 aldeias, 4 distritos e extensa área de fazendas (IBGE,2010).

De acordo com o censo de 2010 do IBGE, o município de Aquidauana possui uma população de 45.614 habitantes (nono lugar no estado), sendo que 35 926 pessoas vivem na zona urbana e 9 688 na zona rural, com uma taxa de crescimento de 0,49%. Tem uma densidade demográfica de 2,771 hab/km² e 0,688 de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) (IBGE, 2010).

Quadro 1 – Percentual dos domicílios por rendimento per capita e distribuição por classe social no município de Aquidauana, MS, 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

Quanto à urbanização, o município de Aquidauana possui um traçado urbano plano, com formato misto e vias de circulação em formato de tabuleiro de xadrez, com exceção da parte histórica, que tem formato não definido. O clima é tropical com média anual de 27°C, com dois momentos opostos: o período entre outubro e abril é marcado pelas cheias e temperaturas altas e nos meses de julho a setembro, representam um período de seca, com ocorrência de geadas (IBGE, 2010).

A base da economia está relacionada às atividades relacionadas à indústria, comércio e agropecuária, possui serviço de energia elétrica, água tratada, esgoto, coleta de lixo doméstico e hospitalar, bancos, hotéis, possui transporte rodoviário intermunicipal, táxi e moto táxi (IBGE, 2010).

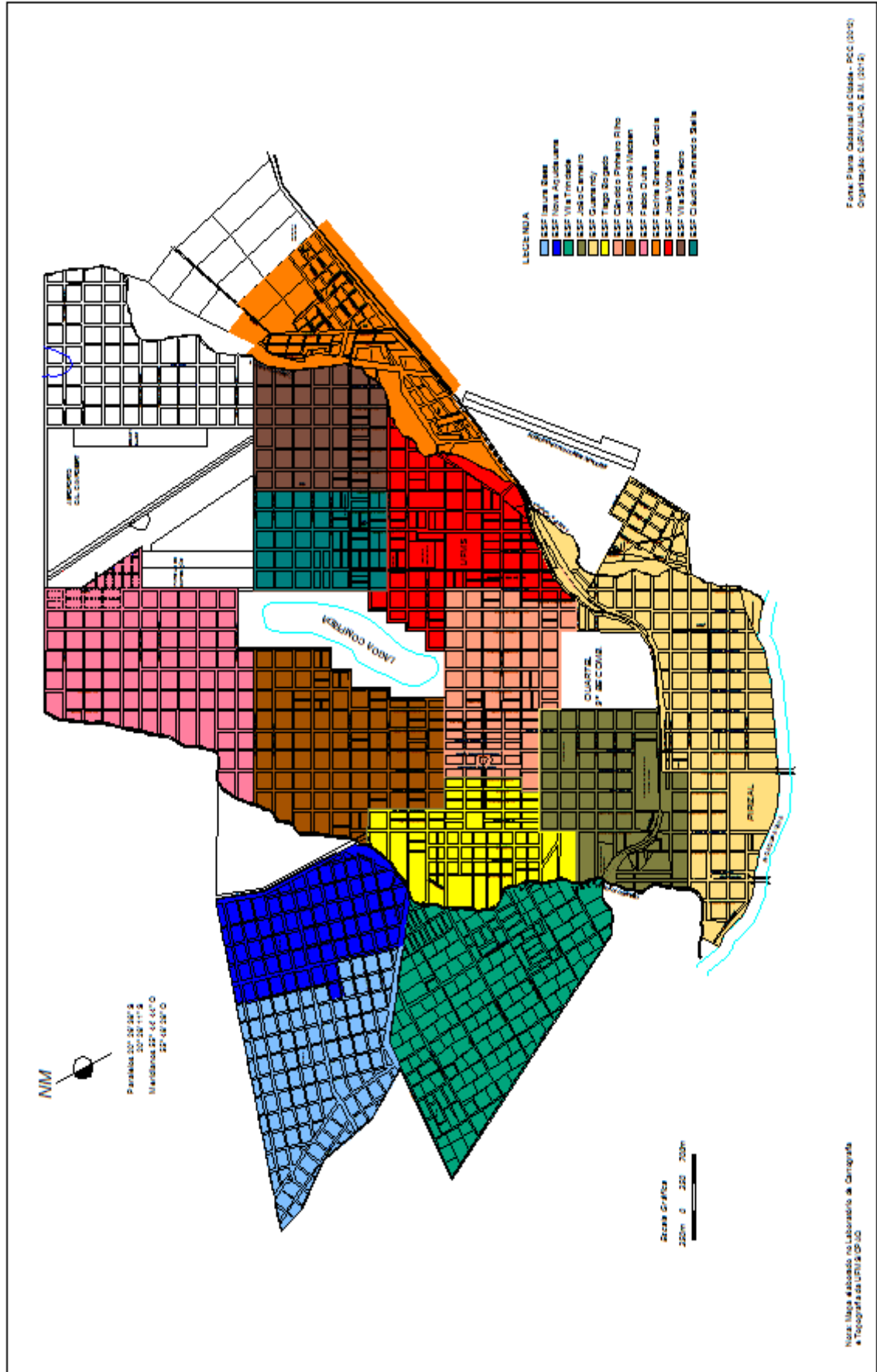
A rede educacional é composta por escolas municipal, estadual e federal tanto no setor público quanto no privado. Cerca de 74% da população, tem até 10 anos de estudo (IBGE, 2010).

O serviço de saúde é composto pelo setor privado e público. O serviço privado é composto por consultórios médicos, psicólogos, odontológicos, clínica de fisioterapia, psicologia, farmácia, além dos consultórios e clínicas veterinárias. O sistema de saúde público está organizado em rede, distribuída em atenção básica, média e de alta complexidade, possuindo o serviço de controle, avaliação, auditoria, regulação e ouvidoria.

Na atenção básica, o serviço é composto por 13 Unidades de Saúde, com 16 equipes de estratégias da Saúde da Família, sendo 3 na área rural e 13 na zona urbana, todas contendo o serviço de saúde bucal na modalidade 1; um pólo de saúde indígena; uma NASF tipo1, farmácia básica e vigilância à saúde que compreende o serviço de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de endemias e saúde do trabalhador.

O serviço de média complexidade é composto por um Centro de Especialidade Odontológica tipo 2, um Centro de Reabilitação, um Centro de Especialidade Médica, um Centro de referência no tratamento da AIDS (CRAES), um centro assistência psicossocial (CAPS), um Laboratório Central. A rede hospitalar é composta por dois hospitais filantrópicos que prestam serviços ao SUS e um particular que atende convênios privados de saúde, o mapa da figura 2 mostra a distribuição das Unidades de Saúde da rede pública.

Figura 2 – Mapa da rede de saúde de Aquidauana, MS.



3.3 Amostragem

O cálculo do tamanho amostral foi determinado considerando-se a população adulta estimada na região estudada, com uma precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% e efeito de desenho 1, para uma prevalência de 50% de adultos satisfeitos com os serviços odontológicos. Esta prevalência foi utilizada por não haver parâmetros para estimar a proporção de satisfação e na intenção de obter a maior amostra possível. O total calculado foi de trezentos e oitenta e quatro (384).

Como critério de exclusão, foram considerados usuários que iriam realizar a primeira consulta, os que apresentassem alguma impossibilidade de responder ao instrumento utilizado e os menores de 18 anos e seus responsáveis.

3.4 Coleta dos dados

Para realização da entrevista foi elaborado um formulário baseado nos instrumentos do Ministério da Saúde do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), que avaliam a qualidade dos serviços públicos de saúde como um todo. Para assegurar a confiabilidade e compreensão do instrumento proposto, realizou-se um estudo piloto nas unidades de saúde, sendo que os dados obtidos não fizeram parte da amostra.

O questionário foi composto por trinta e três questões, sendo trinta fechadas e três abertas, contendo as informações sobre o perfil dos usuários que utilizam o serviço público odontológico em relação à faixa etária, gênero, condições socioeconômicas, estado civil e grau de escolaridade, bem como, questões sobre acesso, humanização, resolutividade, confiabilidade, educação em saúde, ouvidoria e percepção sobre o serviço prestado, com padrões de respostas “satisfeitos”, “mais ou menos satisfeitos” ou “insatisfeitos”.

A coleta de dados foi realizada por um pesquisador treinado e calibrado. Os usuários foram entrevistados individualmente nos dias que estavam sendo realizando tratamento odontológico curativo. Os ambientes utilizados para aplicar o formulário foram a sala de espera, varandas e consultórios que estavam disponíveis, procurando resguardar o sigilo das respostas e a privacidade dos usuários, evitando

possíveis vieses na pesquisa. Cada entrevista demorou em média dez minutos e no final o entrevistado recebeu um kit de higiene bucal.

3.5 Processamento e análise dos dados.

Para o tratamento das respostas das questões fechadas, optou-se pela digitação no programa estatístico Epi Info, versão 7.1.4 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e planilha do programa Excel da Microsoft.

As respostas das perguntas abertas foram transcritas e analisadas pelo método de análise do conteúdo proposto por Bardin (2004), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, incluindo a leitura criteriosa, a codificação e categorização.

Para análise da percepção da própria condição de saúde bucal, inicialmente os resultados da questão fechada que questionava o usuário, **“Na sua opinião, como está a sua saúde bucal?”**, de acordo com as respostas os entrevistados foram classificados em três grupos: grupo 1 - muito bom/bom, grupo 2 - regular e grupo 3 - ruim/muito ruim. Quanto à pergunta aberta, que perguntava o **“por que?”**. Foi realizado inicialmente leitura criteriosa e codificação das respostas de acordo com a fala dos sujeitos, sendo realizada posteriormente a categorização, que consistiu na classificação dos elementos do conjunto, por diferenciação e seguidamente por reagrupamento, sendo identificadas as categorias, cuidado com a saúde, presença da doença, dor, medo, negligência com a saúde e tempo, educação e saúde.

Quanto às respostas das questões, **“Diga por favor, o que precisa ser melhorado no atendimento odontológico desta unidade de saúde”** e **“O que o dentista desta unidade de saúde e a equipe dele poderiam fazer para que o senhor(a) se sentisse mais satisfeito com a sua saúde bucal?”** os resultados identificados foram agrupados em cinco categorias: nada, infraestrutura, acesso, humanização e educação em saúde.

3.6 Ética da pesquisa

Para a aplicação dos questionários, foi apresentado aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo os objetivos da pesquisa e esclarecimentos quanto à participação voluntária, à garantia do direito de não identificação como também a possibilidade de, a qualquer momento, não mais fazer parte da pesquisa, tendo risco mínimo à população envolvida.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética com seres humanos da Plataforma Brasil, tendo como instituição proponente a Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP, CCAE: 05567113.8.1001.5420, com o Parecer nº. 353.893 de 21/06/2013.

4 *CAPÍTULO 1*

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO ODONTOLÓGICO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA³

EVALUATION OF USER SATISFACTION WITH DENTAL SERVICES PROVIDED BY FAMILY HEALTH UNITS

AYACH, Carlos. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual Paulista, Campus de Araçatuba, SP. Rua Pandiá Calógeras, nº 661, Aquidauana, MS – Centro. CEP: 79200000. E-mail: cayach@terra.com.br

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba. Universidade Estadual Paulista, Campus de Araçatuba, SP. Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva Social. Professora Titular do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Endereço: Unesp — Rua José Bonifácio, 1193 — Vila Mendonça — CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil. E-mail: sasaliba@foa.unesp.br.

GARBIN, Cléa Adas Saliba, Universidade Estadual Paulista, Campus de Araçatuba, SP. Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva Social. Professora doutora adjunta do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Endereço: Unesp — Rua José Bonifácio, 1193 — Vila Mendonça — CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil. E-mail: cgarbin@foa.unesp.br.

³ Artigo aceito na Revista Pesquisa Brasileira de odontopediatria e Clínica Integrada
Normas de acordo com a Revista Pesquisa Brasileira de odontopediatria e Clínica Integrada

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO ODONTOLÓGICO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

A abordagem da satisfação dos usuários em saúde como uma dimensão da avaliação, implica trazer em julgamento o serviço prestado, bem como as expectativas e o nível de aprovação, detectando possíveis falhas e acertos em busca de soluções para melhoria da qualidade do atendimento. **Objetivo:** Avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação ao serviço de saúde bucal prestado no Sistema Único de Saúde. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo de corte transversal. Foram entrevistados 325 usuários nas unidades de estratégia da saúde da família no serviço odontológico, do Município de Aquidauana/MS, tendo como critérios de exclusão: pacientes abaixo dos 18 anos ou com alguma impossibilidade de responder o instrumento utilizado. **Resultados:** Do total de usuários entrevistados, 39,4% relataram que o principal motivo para procurar o serviço odontológico foi a necessidade de tratamento, seguido de dor (28,3%) e revisão e prevenção (26,8%). Observou-se que 49,2% procuram o serviço por conta própria; 25,2% foram encaminhados por Agente Comunitário de Saúde; 19,1% por algum familiar ou amigo e 3,7% pelo cirurgião-dentista. Os entrevistados apresentaram maior satisfação com a localização das Unidades, com a forma como foram recebidos na Unidade, com o horário do atendimento e com o agendamento das consultas na atenção básica. Quanto à autoavaliação sobre a condição de saúde bucal, 40 % dos usuários consideraram boa e 39,4% regular. **Conclusão:** Houve alto percentual de satisfação com o serviço de saúde bucal oferecido no Sistema Único de Saúde e grande parte dos usuários buscou o serviço por conta própria e por necessidade de tratamento odontológico.

Palavras-chave: Avaliação em saúde, Satisfação do paciente, Saúde Bucal.

EVALUATION OF USER SATISFACTION WITH DENTAL SERVICES PROVIDED BY FAMILY HEALTH UNITS

ABSTRACT

The approach of user satisfaction in health care as a dimension of evaluation, involves assessing the service offered, expectations and the level of approval, detecting possible failures and successes in finding solutions to improve the quality of care. **Objective:** To assess the degree of user satisfaction with oral health services in the National Health System. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. Overall, 325 users were interviewed in dental service units of the family health strategy in the Municipality of Aquidauana, MS, using exclusion criterion patient under the age of 15 years and any inability to answer the instrument used. **Results:** Users reported treatment as the main reason for seeking dental services (39.4%), followed by pain (28.3%) and review and prevention (26.8%). It was observed that 49.2% of patients seek the service on their own (25.2%) were referred by Community Health Agent; (19.1%) by a family member or friend and (3.7%) by the dentist. Respondents showed greater satisfaction with the location of Units; with the way they were received at the Unit; with the time of service and the scheduling of consultations in primary care. In relation to self-assessment on the oral health status, 40% of users considered good and 39.4% as regular. **Conclusion:** The satisfaction rates with oral health services offered in the National Health System were high, and most users who were in treatment, sought the service on their own and in need for treatment.

Keywords: Health assessment, patient satisfaction, Oral Health.

INTRODUÇÃO

A abordagem da satisfação dos usuários em saúde como um modelo de avaliação, implica trazer em julgamento o serviço prestado, bem como as expectativas e o nível de satisfação sobre esses atendimentos, fornecendo informações essenciais para os gestores no planejamento e na elaboração de estratégias na busca da resolubilidade e qualidade das ações executadas, bem como no redimensionamento dos recursos financeiros (1).

A qualidade dos serviços de saúde pode ser considerada como resultado de vários fatores, dentre eles competência profissional, acessibilidade, eficácia, eficiência e satisfação. Ao avaliar serviços na sua qualidade, é preciso perguntar quem é o usuário? Em que acredita? E o que espera do serviço?. Dessa forma, questões relacionadas com a avaliação e com a qualidade, estão intimamente ligadas à satisfação dos usuários com o atendimento dado na área da saúde (2).

O termo satisfação está diretamente ligado ao ato de explicar os desejos e anseios dos usuários que fazem parte de uma comunidade. É um processo dinâmico que pode ser influenciado por uma série de fatores como a percepção do estado de saúde e da doença, crenças, características sociodemográficas. Envolvem também outros aspectos de atenção, em que a satisfação pode ser caracterizada como uma avaliação individual de várias dimensões de seus cuidados, tais como: acesso, infraestrutura, interação usuário-profissional e resultados em termos de saúde, porém, a questão a ser discutida é se estes estão apresentando resultados positivos com as ações desenvolvidas (3-5).

Os usuários são a fonte primária de dados quando relatam suas experiências na obtenção do acesso ao tratamento, estado físico e emocional em relação aos problemas de doença, além de fornecerem informações relacionadas com o processo técnico do tratamento, com a intenção de que as necessidades sejam realmente atendidas e traduzidas em ofertas de ações e serviços (6).

Sendo assim, a satisfação dos usuários tem ocupado um lugar importante na avaliação e no planejamento das ações para a melhoria da qualidade dos atendimentos oferecidos no setor de saúde. Essa posição considera que a satisfação também está diretamente relacionada com a adesão terapêutica e com os resultados dos cuidados em saúde, influenciando comportamentos de saúde e

doença, além da crescente valorização do papel do usuário enquanto consumidor (2).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, o controle social tornou-se um princípio fundamental da execução do sistema, implicando a possibilidade dos usuários intervirem nos seus serviços, na proposição de ações e políticas de saúde. Nesse sentido, seu fortalecimento no âmbito do SUS, em particular na atenção básica, pressupõe a concepção do usuário como co-responsável pela gestão do sistema de saúde (7).

Para o Ministério da Saúde, “a avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde, na busca da resolubilidade e qualidade” (8).

No Brasil, a importância da avaliação das políticas públicas é reconhecida em documentos oficiais, nos quais vários programas desde 2003 têm sido implantados como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e, atualmente, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), buscando melhorar a qualidade do atendimento, nortear os municípios no planejamento de estratégias nos serviços de saúde e estabelecer uma política permanente de avaliação. Tudo isso, no entanto, se encontra em estágio incipiente, com pouco conhecimento dos gestores e profissionais sobre os métodos avaliativos, e tampouco se traduz em processos de avaliação sistemáticos e consistentes que subsidiem a gestão pública (9-10).

A base metodológica, tanto do PNASS como o da PMAQ, consiste em desenvolver um instrumento que possibilite uma avaliação abrangente, contemplando as mais diferentes realidades, sendo definidas quatro dimensões avaliativas: 1) roteiro de padrões de conformidade; 2) indicadores; 3) pesquisa de satisfação dos usuários e 4) pesquisa das condições e relações de trabalho. Tal base possui como meta também, possibilitar uma avaliação que permita investigar serviços de complexidades distintas, sem que haja a necessidade de instrumentos específicos para cada serviço (8 -11).

O fortalecimento da necessidade de avaliação no serviço de saúde ficou mais evidente a partir da implantação do Programa da Saúde da Família, com estratégias de um novo modelo assistencial na atenção básica, numa visão mais integral do usuário e ações que envolvam a comunidade, de forma hierarquizada e mais

resolutiva, compreendendo o ser humano não só na sua dimensão biológica, mas também as influências psicológicas, sociais e culturais e o meio onde ele está inserido, fortalecendo ainda mais a participação do usuário no serviço de saúde, bem como na melhoria da qualidade do atendimento (12).

Por isso, a contribuição que a avaliação pode proporcionar é inestimável, não apenas no sentido de apontar acertos ou falhas, mas principalmente, por possibilitar o delineamento de soluções e a reorganização de atividades e serviços, vislumbrando caminhos alternativos com o intuito de maximizar a utilização de recursos disponíveis (13-14).

Vale ressaltar que a grande maioria dos estudos de avaliação em saúde já publicada dedica-se à avaliação de um serviço específico, diagnósticos da situação de serviços de saúde, estudos de caso e análises sobre a implementação ou o desenvolvimento de um programa ou política pública. São poucas as pesquisas publicadas sobre avaliação organizacional ou de desempenho da atenção básica, principalmente na atenção em saúde bucal, cujos estudos de avaliação publicados são a respeito de experiências exitosas ou estudos de caso em diversos municípios do país (1).

Estudos voltados para o entendimento das diferentes dimensões que envolvem a satisfação do usuário de saúde, em especial do serviço de odontologia, permitem uma avaliação mais ampla e fiel do funcionamento do sistema atual, constituindo-se o principal subsídio para a organização e o planejamento das estratégias de saúde.

O objetivo deste estudo foi avaliar a satisfação dos usuários quanto ao serviço de saúde bucal prestado na rede pública, pelas equipes de saúde da família, procurando conhecer melhor a realidade vivenciada em relação ao acesso e também ao serviço oferecido.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal com abordagem quantitativa, no qual foi analisada a satisfação do usuário em relação à assistência odontológica prestada nas Unidades de Estratégia da Saúde da Família no município de Aquidauana/MS, no ano de 2013.

A rede ambulatorial na cidade de Aquidauana, é composta por 16 Unidades de Saúde da Família sendo 13 na área urbana e 3 na zona rural, todas com equipes de saúde bucal na modalidade 1, com uma cobertura de 100% do Programa da Saúde da Família, mapeadas de acordo com a densidade demográfica e as necessidades da população.

Para a realização da entrevista, foi elaborado um questionário adaptado dos instrumentos propostos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) (8;15).

Para aplicação do questionário, foi necessária a calibração do entrevistador e o teste do instrumento. Foram realizadas entrevistas com 30 usuários que estavam em tratamento odontológico, na sala de espera da Unidade de Saúde, procurando avaliar a compreensão das perguntas, o sigilo das respostas e analisar se o local era apropriado para a execução de entrevistas. Desta forma, o instrumento foi reformulado e adequado para ser aplicado na pesquisa.

Após a adequação do instrumento, as entrevistas foram realizadas por um profissional cirurgião-dentista, individualmente, com os usuários que estavam realizando tratamento odontológico nas Unidades de Saúde da Atenção Básica. As entrevistas foram feitas no dia da realização do atendimento odontológico subsequente à primeira consulta. Os locais escolhidos para realizar as entrevistas foram a sala de espera, as varandas, salas que não estavam sendo utilizadas e também os consultórios das Unidades de Saúde, dependendo da disponibilidade do espaço oferecido. Procurou-se, no entanto, preservar e resguardar o sigilo das respostas, evitando vieses na pesquisa.

Como critérios de exclusão dos participantes da pesquisa foram considerados: os usuários que estavam aguardando para agendar a primeira consulta; os que iam realizar o primeiro atendimento; pacientes que iam passar pela emergência; pacientes que estavam participando de palestras e atividades

educativas; usuários abaixo de 18 anos, bem como seus familiares e amigos; pacientes com dificuldades de comunicação.

Para cálculo da amostra, foram considerados o parâmetro do PNASS (Quadro 1), as programações das agendas no serviço de saúde bucal e a capacidade instalada no setor odontológico na ESF. Em relação ao agendamento, são destinados um dia para atendimento coletivo e quatro dias da semana para atendimento individual, sendo dois dias para crianças abaixo de 12 anos e dois dias para adultos, totalizando um atendimento diário de oito a doze pacientes.

Dessa forma, foram considerados para cada Unidade de Saúde de 11 a 12 atendimentos diários e dois dias destinados para adultos. Foram feitas entrevistas com 90% dos usuários que estavam em tratamento, de acordo com o Quadro 1, totalizando 325 usuários, distribuídos igualmente em treze unidades da Saúde da Família da zona urbana (25 usuários por ESF).

Quadro 1 - Número de entrevistas a serem realizadas na Unidade de Saúde

Atendimentos realizados (dia)	Porcentagem de usuários entrevistados
1 a 10 atendimentos	100 %
11 e 12 atendimentos	90 %
13 a 19 atendimentos	80 %
20 a 30 atendimentos	70 %
31 a 40 atendimentos	60 %
+ de 40 atendimentos	50 % como mínimo de 20 usuários na amostra.

Fonte: PNASS, 2004

Os resultados foram processados no programa estatístico Epi Info, versão 3.5.2 (Centers for Disease Control and Prevention), utilizando para análise as frequências dos dados, sendo estruturados em tabelas e gráficos para melhor visualização.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética com seres humanos da Plataforma Brasil, tendo como instituição proponente a Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP, CCAE: 05567113.8.1001.5420, com parecer nº. 353.893 de 21/06/2013. Para a aplicação dos questionários foi apresentado aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo os objetivos da pesquisa e esclarecimentos quanto à participação voluntária, à garantia do direito de não identificação como também a possibilidade de a qualquer momento, não mais fazer parte da pesquisa, tendo risco mínimo à população envolvida.

RESULTADOS

Tabela 1 – Perfil dos usuários entrevistados, por faixa etária no município de Aquidauana, MS, 2013.

Características	Faixa etária					Total
	15 a 19 anos	20 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	+ de 60 anos	
Gênero						
Masculino	5(15,6%)	32 (20,6%)	26(38,2%)	10(32,2%)	16(41,0%)	89(27,4%)
Feminino	27(84,4%)	123(79,4%)	42(61,8%)	21(67,8%)	23(59,0%)	236(72,6%)
Total	32(100%)	155(100%)	68(100%)	31(100%)	39(100%)	325(100%)
Estado Civil						
Casado/União estável	5(15,6%)	97(62,6%)	49(72,0%)	20(64,5%)	23(59,0%)	194(59,7%)
Solteiro	26(81,3%)	50(32,3%)	13(19,1%)	6(19,4%)	3(7,7%)	98(30,1%)
Viúvo	0(0,0%)	1(0,6%)	1(1,5%)	1(3,2%)	10(25,6%)	13(4,0%)
Separado/Divorciado	1(3,1%)	7(4,5%)	5(7,4%)	4(12,9%)	3(7,7%)	20(6,2%)
Total	32(100%)	155(100%)	68(100%)	31(100%)	39(100%)	325(100%)
Cond.socioeconômica						
Desempregado	11(34,4%)	39(25,2%)	10(14,7%)	3(9,7%)	4(10,2%)	67(20,6%)
Menos de 1 salário	7(21,9%)	31(20%)	13(19,1%)	6(19,3%)	6(15,4%)	63(19,4%)
1 a 2 salários	5(15,6%)	53(34,2%)	29(42,7%)	13(41,9%)	23(59,0%)	123(37,9%)
2 a 5 salários	1(3,1%)	12(7,7%)	7(10,3%)	2(6,5%)	2(5,1%)	24(7,4%)
5 a 10 salários	0(0,0%)	1(0,6%)	0(0,0%)	1(3,2%)	1(2,6%)	3(0,9%)
Mais de 10 salários	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Não sabe/ não respondeu	8(25%)	19(12,3%)	9(13,2%)	6(19,4%)	3(7,7%)	45(13,8%)
Total	32(100%)	155(100%)	68(100%)	31(100%)	39(100%)	325(100%)
Escolaridade						
Analfabeto	0(0,0%)	1(0,6%)	0(0,0%)	2(6,4%)	4(10,2%)	7(2,1%)
1 a 5 anos	1(3,1%)	33(21,3%)	22(32,3%)	13(41,9%)	26(66,6%)	95(29,2%)
6 a 9 anos	10(31,3%)	28(18,1%)	13(19,1%)	4(12,9%)	4(10,3%)	59(18,2%)
Médio incompleto	7(21,9%)	27(17,4%)	8(11,8%)	3(9,7%)	0(0,0%)	45(13,8%)
Médio completo	9(28,1%)	39(25,1%)	14(20,6%)	6(19,4%)	4(10,3%)	72(22,2%)
Superior incompleto	4(12,5%)	8(5,2%)	5(7,4%)	0(0,0%)	0(0,0%)	17(5,2%)
Superior completo	1(3,1%)	15(9,7%)	2(2,9%)	2(6,5%)	0(0,0%)	20(6,2%)
Pós-graduação	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Não sabe/ não respondeu	0(0,0%)	4(2,6%)	4(5,9%)	1(3,2%)	1(2,6%)	10(3,1%)
Total	32(100%)	155(100%)	68 (100%)	31 (100%)	39 (100%)	325 (100%)

Tabela 2 – Distribuição percentual dos usuários, segundo a percepção da distância entre as moradias e Unidades de Saúde da Família do SUS, 2013.

Distância	Grau de Satisfação			
	Satisfeito	Mais ou Menos	Insatisfeito	TOTAL
Perto	245(100%)	0(0,0%)	0(0,0%)	245(100%)
Razoável	52(78,8%)	13(19,7%)	1(1,5%)	66(100%)
Longe	8(57,2%)	3(21,4%)	3(21,4%)	14(100%)
TOTAL	305(93,9%)	16(4,9%)	4(1,2%)	325(100%)

Tabela 3 - Distribuição percentual dos usuários, segundo a faixa etária e o motivo de procura pelo serviço odontológico nas Unidades de Saúde do SUS, 2013.

Faixa etária	Motivo da procura					
	Revisão/ Prevenção	Dor	Extração	Tratamento	Outros	Total
15 a 19 anos	9(28,1%)	10(31,2%)	2(6,3%)	11(34,4%)	0(0,0%)	32(100%)
20 a 39 anos	43(27,7%)	51(32,9%)	4(2,6%)	56(36,1%)	1(0,7%)	155(100%)
40 a 49 anos	17(25,0%)	15(22,1%)	3(4,4%)	33(48,5%)	0(0,0%)	68(100%)
50 a 59anos	6(19,3%)	7(22,6%)	2(6,5%)	16(51,6%)	0(0,0%)	31(100%)
+ de 60 anos	12(30,8%)	9(23,0%)	6(15,4%)	12(30,8%)	0(0,0%)	39(100%)
Total	87(26,8%)	92(28,3%)	17(5,2%)	128(39,4%)	1(0,3%)	325(100%)

Tabela 4 – Distribuição percentual dos usuários, segundo a faixa etária e orientação para procura pelo serviço odontológico nas Unidades de Saúde do SUS, 2013.

Faixa etária	Profissional que realizou a orientação					Total
	Ninguém	Algum Familiar	ACS	Cirurgião dentista	Outros	
15 a 19 anos	12(37,5%)	15(46,9%)	5(15,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	32(100%)
20 a 39 anos	79(51,0%)	26(16,7%)	37(23,9%)	6(3,9%)	7(4,5%)	155(100%)
40 a 49 anos	38(55,8%)	7(10,3%)	21(30,9%)	1(1,5%)	1(1,5%)	68(100%)
50 a 59 anos	14(45,2%)	6 (19,3%)	8(25,8%)	3(9,7%)	0(0,0%)	31(100%)
+ de 60 anos	17(43,6%)	8(20,5%)	11(28,2%)	2(5,1%)	1(2,6%)	39(100%)
Total	160(49,2%)	62(19,1%)	82(25,2%)	12(3,7%)	9(2,8%)	325(100%)

Tabela 5 – Distribuição dos usuários, segundo a percepção sobre o horário do atendimento odontológico nas Unidades de Saúde do SUS e o grau de satisfação, 2013.

Horário do atendimento	Grau de Satisfação			TOTAL
	Satisfeito	Mais ou Menos	Insatisfeito	
Apropriado	307(98,1%)	6(1,9%)	0(0,0%)	313(100%)
Não apropriado	2(16,6%)	5(41,7%)	5(41,7%)	12(100%)
TOTAL	309(95,1%)	11(3,4%)	5(1,5%)	325(100%)

Tabela 6 – Distribuição dos usuários, segundo o tempo e o grau de satisfação com o agendamento da primeira consulta no serviço odontológico nas Unidades de Saúde do SUS, 2013.

Tempo	Grau de Satisfação			
	Satisfeito	Mais ou Menos	Insatisfeito	TOTAL
Demorou muito	4(30,8%)	6(46,1%)	3(23,1%)	13(100%)
Demorou pouco	70(86,4%)	10(12,3%)	1(1,3%)	81(100%)
Não demorou	226(99,1%)	2(0,9%)	0(0,0%)	228(100%)
Não sabe	2(66,7%)	1(33,3%)	0(0,0%)	3(100%)
TOTAL	302(92,9%)	19(5,9%)	4(1,2%)	325(100%)

Tabela 7 – Distribuição percentual dos usuários, segundo faixa etária e percepção sobre a condição de saúde bucal, 2013.

Faixa etária	Autopercepção da Saúde Bucal					TOTAL
	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim	
15 a 19 anos	3(9,4%)	9(28,1%)	13(40,6%)	6(18,8%)	1(3,1%)	32(100%)
20 a 39 anos	15(9,7%)	70(45,2%)	58(37,4%)	10(6,4%)	2(1,3%)	155(100%)
40 a 49 anos	5(7,4%)	26(38,2%)	31(45,6%)	4(5,9%)	2(2,9%)	68(100%)
50 a 59 anos	4(12,9%)	8(25,8%)	14(45,2%)	4(12,9%)	1(3,2%)	31(100%)
+ de 60 anos	3(7,7%)	17(43,6%)	12(30,8%)	7(17,9%)	0(0,0%)	39(100%)
TOTAL	30(9,2%)	130(40%)	128(39,4%)	31(9,5%)	6(1,9%)	325(100%)

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa sobre satisfação dos usuários com o serviço odontológico oferecido pelo Sistema Único de Saúde na atenção básica, ficou demonstrada predominância do sexo feminino e de jovens com baixa escolaridade e de baixa renda. A menor participação dos homens pode ser decorrente do maior vínculo com o trabalho ou pela não priorização a esses usuários (16).

O fato da predominância dos usuários ser do sexo feminino e do público jovem foi evidenciada em outro estudo (6); entre os participantes que tiveram acesso aos serviços odontológicos públicos na Estratégia da Saúde da Família, 60 indivíduos tinham idade menor ou igual a 37 anos e 33 tinham idade maior que 37 anos com predomínio do sexo feminino (81,7%).

A maior demanda nos serviços de saúde na Saúde da Família são de pessoas do sexo feminino, pois as mulheres assumem a responsabilidade de procurar atendimento para seus familiares e/ou amigos na sua comunidade. Um fator que contribui para maior utilização dos serviços de saúde por mulheres é a fisiologia e os seus ciclos de vida. Além disso, os serviços e atividades de atenção primária foram tradicionalmente direcionados ao grupo materno-infantil, sendo também ofertadas diversas ações para esse grupo prioritário, tais como: saúde da mulher, pré-natal, prevenção ao câncer ginecológico e de mama e saúde da criança (3).

De acordo com a tabela 1, 63,3% dos entrevistados não possuía o ensino fundamental completo. Isto pode ser explicado pela instalação das unidades de saúde da família em regiões de baixa renda, onde a escolaridade de usuários da ESF em geral é baixa. A população com menor grau de escolaridade tende a ser mais condescendente com os serviços de saúde que lhe são prestados, expressando graus mais elevados de satisfação (17).

Em relação à faixa etária dos usuários entrevistados, ficou constatado que 47,7% estão na faixa etária de 20 a 39 anos; 20,9% entre 40 a 49 anos; 12% com mais de 60 anos; 9,8% entre 15 a 19 anos e 9,5% entre 50 a 59 anos, o que pode influenciar os resultados de satisfação, pois no presente estudo os idosos tenderam a sentir-se mais satisfeitos com os serviços do que os jovens. Segundo alguns autores (18), para os mais idosos a utilização desses serviços pode ter significado a busca para satisfação de outras necessidades, e não apenas a resolução de um

problema de saúde, expresso em um agravo ou conjunto de sinais e sintomas, levando assim a uma maior satisfação.

Em relação ao motivo da procura pelo tratamento, ficou evidenciado que os usuários buscam o serviço odontológico na rede pública por necessidade de tratamento (39,4%), seguido de dor (28,3%) e revisão e prevenção (26,8%) (Tabela 3), mostrando assim que as Unidades estão servindo como porta de entrada do serviço de saúde e também de busca regular pelos usuários.

A Unidade da Saúde da Família, para funcionar como porta de entrada, deve ser acessível, constituir-se de serviço de procura regular e servir de filtro e ponto de entrada do fluxo pela rede assistencial na busca coordenada pelo médico generalista (19).

Vale ressaltar que os determinantes da utilização dos serviços de saúde estão relacionados a vários fatores como: necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença); características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; aos prestadores de serviços (tempo de graduação, especialidades, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento). Contam, também, a organização dos serviços (recursos disponíveis, características da oferta de serviços, disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios, modo de contratação e remuneração dos profissionais de saúde, acesso geográfico e social) e, por fim, a política de saúde, o tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (20).

Em relação a quem orientou usuário a procurar o serviço odontológico, 49,2% foram por conta própria e apenas 25,2% foram encaminhados por agente comunitário de saúde e 3,7% pelo cirurgião-dentista (Tabela 4), mostrando que a procura espontânea ainda predomina, evidenciando que a população está condicionada a ir à Unidade de Saúde procurar o serviço, não havendo uma ação efetiva do cirurgião-dentista no planejamento das ações, principalmente na organização das demandas nas Unidades de Estratégia da Saúde da Família.

Quanto à forma de agendamento da consulta, 25,2% das consultas foram agendadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Tabela 4), mostrando um avanço do trabalho e a grande resolutividade da ação desses profissionais quando identificam problemas de saúde na comunidade. Porém, pode também demonstrar

desvirtuamento da prática realizada pelos ACS, priorizando o agendamento das consultas, em vez das práticas de promoção e prevenção em saúde (14).

Dessa forma, a mudança do processo de trabalho parece ser um dos maiores desafios para os profissionais da Estratégia da Saúde da Família, principalmente para as equipes de saúde bucal. A ESF reconhece que o processo de trabalho é um dos pontos principais para a mudança da prática assistencial, bem como o modo de assistir as pessoas, a produção do cuidado, requerendo vínculo, divisão de responsabilidades e resolutividade, estando diretamente ligado à concepção de trabalho e à subjetividade de cada profissional e usuário (21).

A alta satisfação dos usuários em relação à localização da USF (93,8%) pode ser devido ao fato de que todas as Unidades da Saúde da Família do Município de Aquidauana, MS, estarem mapeadas de acordo com o número de pessoas e famílias, priorizando um número abaixo do estabelecido para estratégia da Saúde da família, pois o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicadas com a localização da unidade de saúde (20).

Portanto, a espacialização da Unidade de Saúde é um dos fatores fundamentais para satisfação dos usuários, principalmente quando está localizada próxima à população e atende as realidades locais. Vale ressaltar que os mapas devem ser pensados e produzidos em conjunto pelos gestores de saúde e a população, na busca de um melhor conhecimento do território, dos determinantes sociais, econômicos, culturais, educacionais e os condicionantes ambientais que influenciam no desenvolvimento dos agravos de saúde da população (22).

Esses fatores também são evidenciados na saúde bucal, em que o serviço público na área odontológica dá sinais de realinhamento conceitual e operativo, rompendo com o paradigma "odontocentrado" e a atitude corporativa isolacionista. Destacam-se o modelo de atenção em saúde bucal, organizado em rede, ou seja, a inserção na Estratégia Saúde da Família (ESF), a regulação e ampliação do acesso a linhas de cuidado e níveis tecnológicos, que incluem os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), bem como novas bases para a formação profissional, operando com melhor capacidade de resposta às aspirações e às necessidades individuais e coletivas da população, consolidando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (23).

Em relação ao horário em que é oferecido o atendimento odontológico, há uma grande satisfação (95,1%) (Tabela 5), fortalecendo as diretrizes preconizadas pelo SUS para atenção básica, quando prevê 40 horas semanais de trabalho para os profissionais de saúde; percebe-se, no entanto, que uma minoria está parcialmente satisfeita ou insatisfeita, alertando os gestores para a abertura de horários alternativos de atendimento como, por exemplo, o horário noturno, principalmente para aqueles que trabalham.

Vale ressaltar que a satisfação em relação ao acesso pode resultar de diversas possibilidades de adentrar os serviços de saúde, as quais estariam implicadas na localização da unidade de saúde, na disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas e a percepção que a população tem em relação a aspectos adequados ou inadequados (19, 24).

Ao analisar a forma como os usuários foram recebidos na Unidade de Saúde no serviço odontológico, 97,2% estão satisfeitos e em relação ao tempo de espera para marcar a primeira consulta, verificou-se que o serviço está eficiente. Foi evidenciado também que 92,9% estão satisfeitos com o tempo de espera para conseguir a vaga, sendo que 70,2 % relatam que não há demora para agendar consulta, evidenciando que não há dificuldades relacionadas à organização do serviço de saúde e à garantia de acesso à saúde bucal na atenção básica. No entanto, essa alta satisfação pode estar relacionada ao simples fato de terem conseguido o atendimento no serviço odontológico, o que não ocorria de forma universal antes da implantação do SUS.

Ao fazer avaliação da autopercepção sobre a condição de saúde bucal, 40% relataram estar boa; 39,4% consideraram regular, 9,5% afirmaram que estava ruim. Em relação à faixa etária, os maiores percentuais dos que consideraram a saúde bucal como boa estavam na faixa etária de 20 a 39 anos e com mais de 60 anos. Entre os que apontaram a saúde bucal como regular, a maioria estavam nas idades entre 15 a 19 anos, 40 a 49 anos e 59 a 59 anos. Notou-se também que a maioria que utiliza o serviço odontológico estava na classe economicamente ativa (Tabela 7).

A autopercepção em saúde é baseada na informação e nos conhecimentos de saúde e doença, levando em consideração experiências, hábitos, e meio social e cultural em que esta pessoa vive. Na saúde bucal, um dos componentes da

qualidade de vida refere-se a uma experiência subjetiva do indivíduo sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico, na qual a autoavaliação é importante, pois o comportamento é modulado pela percepção dessa condição, favorecendo a participação indireta da comunidade na formulação de decisões políticas e sociais, encorajando a adesão dos usuários a comportamentos saudáveis (25).

Outro estudo revelou que maior renda e escolaridade influenciam positivamente no acesso e também que a maior utilização do serviço de saúde bucal se dá entre indivíduos que declararam sua condição odontológica como boa ou muito boa (26).

Os resultados mostram a importância de avaliações periódicas realizadas com usuários no serviço de saúde, pois servem de ferramenta para corrigir o curso do programa, estratégia em andamento. Isto permite avançar na prática de avaliação no cotidiano da gestão em saúde, visando instituir mudanças na perspectiva dos princípios norteadores da atenção básica e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde, tomando o usuário o objeto central do processo de trabalho. Demonstra, também, que o instrumento aplicado é mais uma ferramenta eficaz para contribuir com os gestores na avaliação do grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde.

A metodologia empregada nesta pesquisa também foi utilizada em outros estudos, havendo alto percentual da avaliação positiva por parte do usuário, com a supervalorização da qualidade do atendimento recebido pode ter ocorrido, pelo fato da entrevista ter sido realizada dentro da Unidade de Saúde. Vale ressaltar, que as entrevistas nos domicílios poderiam ser empregadas, entretanto a dificuldade de encontrar usuários poderiam ser grande.

Outros aspectos que poderiam estar relacionados ao alto grau de satisfação podem ser pelo dos pacientes terem conseguido o agendamento para atendimento odontológico, uma vez que é comum encontrarem dificuldades e obstáculos para tratamento em outros serviços públicos e privados e outro é a intimidação do usuário em relação às respostas negativas, embora no momento da entrevista tenha sido reforçada a confidencialidade dos dados e que a participação não prejudicaria o andamento do tratamento (27).

Outro fator que pode ter contribuído para grande satisfação dos usuários é a maioria ter ido à busca de tratamento e não devido à dor, pois a dor é um fator considerável que gera insatisfação, principalmente, quando sentida durante os

procedimentos odontológicos, uma vez que a satisfação com a prática odontológica continua sendo muito associada à dor (27). Outros fatores que podem levar à insatisfação com a assistência são os intervalos muito grandes entre os retornos, atrasos das consultas, atendimentos excessivamente longos, insegurança, os quais não foram evidenciados neste estudo (28).

A alta satisfação retratada nesse estudo não significa como demonstrou os resultados, que a assistência Odontológica está ideal e que não necessita de melhorias, e sim demonstrou que a avaliação da satisfação dos usuários de saúde viabiliza e permite um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade, no entanto, esse processo não possui um modelo perfeito, que já tenha sido suficientemente testado e que possa ser aplicado de modo universal, o que aponta a necessidade de avançar com um modelo que oriente e facilite a tomada de decisões.

CONCLUSÃO

Houve uma alto percentual de satisfação com o serviço de saúde bucal oferecido pelo Sistema Único de Saúde e grande parte dos usuários buscou o serviço por conta própria e pela necessidade de tratamento. Quanto à autopercepção sobre a condição de saúde bucal, a maioria considerou como boa.

Agradecimentos

Agradecimentos ao CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) pelo auxílio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Nickel DA, Caetano JC, Calvo MCM. Modelo de avaliação da atenção em saúde bucal. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2009; 9(3):373-9.
2. Emmi DT, Barroso, RF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2008; 13(1):35-41.
3. Brandão ALRS, Giovanella L, Campos EA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2013; 18(1):103-14.
4. Santos CVL, Pereira ES. O desafio de profissionais e usuários de uma Unidade Saúde da Família. [Monografia]. Belém: Universidade do Estado do Pará; 2003.
5. Cerchiari GSF, Erdmann RH. Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública. *Rev. Adm. Pública* 2008; 42(5):925-48.
6. Oliveira RS, Magalhães BG, Gaspar GS, Rocha RACP, Góes PSA. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Pesqui Saúde* 2009; 11(4):34-8.
7. Jorge MSB, Guimarães JMR, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. *Rev Baiana Saúde Pública* 2007; 31(2):256-66.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: resultados do processo avaliativo 2004-2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Duarte MLC, Kantorski LP. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(1):47-52.
10. Sampaio J, Carvalho EM, Pereira GFC, Mello FMB. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(1):279-90.
11. Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface* 2011; 15(36):185-98.
12. Peterlini OLG, Zagonel IPS. Explorando a avaliação: um instrumento básico para o gerenciamento do cuidado em saúde coletiva. *Cogitare Enferm* 2003; 8(2):18-25.
13. Moimaz SAS, Saliba NA, Bino LS, Rocha NB. A ótica do usuário na avaliação da qualidade do programa de atenção odontológica à gestante. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2009; 9(2):147-53.
14. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(1):35-44.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Silva JA, Ribeiro LC, Silveira M. Avaliação do nível de satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família no Bairro Furtado Menezes - Juiz de Fora/MG. In: Anais do 14º Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2004 Set. 20-24; Caxambú, MG. Belo Horizonte: ABEP; 2004.

17. Barata RB. Condições de saúde da população brasileira. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 173-5.
18. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. Rev Latino-Am Enfermagem 2010; 18(3):148-56.
19. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2004.
20. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(Supl. 2):S190-8.
21. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saúde Pública 2007; 23(11):2727-39.
22. Goldstein RA, Barcellos C. Geoprocessamento e participação social: ferramentas para a vigilância ambiental em saúde In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 205-215.
23. Mello ALSF, Andrade SR, Moysés SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. Ciênc Saúde Coletiva 2014; 19(1):214-214.
24. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc Saúde Coletiva 2012; 17(11):2865-75.
25. Martins AMEB, Barreto SM, Silveira MF, Santa Rosa TTA, Pereira DP. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. Rev Saúde Pública 2010; 44(5):2955-64.
26. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Use of dental services and associated factors: a population-based study in southern Brazil. Cad Saude Publica 2009; 25(5):1063-72.
27. Pompeu JGF, Carvalho ILM, Pereira JA, Cruz Neto RG, Prado VLG, Silva CHV. Avaliação do nível de satisfação dos usuários atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Faculdade Novafapi em Teresina (PI). Odontol Clín-Cient 2012; 11(1):31-6.
28. Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. Ciênc Saúde Coletiva 2008; 13(1):43-9.

5 *CAPÍTULO* 2

PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL E RECOMENDAÇÕES DO USUÁRIO PARA MELHORIA DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO ⁴

PERCEPTION ON ORAL HEALTH AND USER'S RECOMMENDATIONS FOR IMPROVEMENT OF PUBLIC SERVICE DENTAL

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba. Universidade Estadual Paulista, Campus de Araçatuba, SP. Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva Social. Professora Titular do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Endereço: Unesp — Rua José Bonifácio, 1193 — Vila Mendonça — CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil. E-mail: sasaliba@foa.unesp.br

AYACH, Carlos. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual Paulista, Campus de Araçatuba, SP. Rua Pandiá Calógeras, nº 661, Aquidauana, MS – Centro. CEP: 79200000. E-mail: cayach@terra.com.br

GARBIN, Cléa Adas Saliba, Universidade Estadual Paulista, Campus de Araçatuba, SP. Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva Social. Professora doutora adjunta do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Endereço: Unesp — Rua José Bonifácio, 1193 — Vila Mendonça — CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil. E-mail: cgarbin@foa.unesp.br.

Autora para Correspondência:

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba. Universidade Estadual Paulista, Campus de Araçatuba, SP. Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva Social. Professora Titular do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Endereço: Unesp — Rua José Bonifácio, 1193 — Vila Mendonça — CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil. E-mail: sasaliba@foa.unesp.br

⁴ Artigo enviado para Revista Ciência e Saúde Coletiva
Normas de acordo com a Revista Ciência e Saúde Coletiva

PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL E RECOMENDAÇÕES DO USUÁRIO PARA MELHORIA DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO

RESUMO

O objetivo foi analisar a percepção sobre saúde bucal e as recomendações dos usuários para a melhoria da qualidade do serviço odontológico prestado no Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo epidemiológico, tipo inquérito, de caráter transversal, tendo sido realizada uma análise qualitativa das respostas das questões discursivas das entrevistas realizadas com 390 usuários do serviço público odontológico. As questões referiam-se a autoavaliação da saúde bucal e avaliação da equipe e do serviço odontológico prestado. Sobre a questão “*Como esta sua saúde bucal?*”, as respostas foram classificadas em três grupos: muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim e posteriormente foram identificadas categorias sobre o motivo das respostas em: presença da doença, cuidado com a saúde, dor, educação em saúde, negligência com a saúde, tempo e medo. Quanto às sugestões para melhoria do serviço, foram evidenciadas as seguintes categorias: infraestrutura, acesso, humanização e educação em saúde. Dentre as respostas sobre a saúde bucal, a principal justificativa dos que consideram como boa foi o cuidado com a saúde e dos que responderam como regular e ruim foi a presença das doenças. Como sugestão para melhoria do atendimento, 15,4 % dos entrevistados apontaram a infraestrutura; 8,2% o acesso; 6,9% a humanização e 1% a educação em saúde. Conclui-se que a principal justificativa apresentada para uma boa saúde bucal foi o cuidado com a saúde. Houve poucas recomendações para o aprimoramento da qualidade e resolutividade do serviço prestado.

Palavras-chave: Avaliação em saúde, Autoavaliação, Saúde bucal

**PERCEPTION ON ORAL HEALTH AND USER'S
RECOMMENDATIONS FOR IMPROVEMENT OF PUBLIC SERVICE
DENTAL**

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the oral health perception and recommendations of users to improve the quality of dental services provided in the Unified Health System. It is an epidemiological study, survey type, cross character, having been carried out a qualitative analysis of the answers of discursive questions on interviews with 390 members of the public dental service. The questions were related to self-assessment and evaluation of oral health team and provided dental service. On the question "How this your oral health," the answers were classified into three groups: very good / good, fair, poor / very poor and were later identified categories on the occasion of the responses: presence of the disease, beware health, pain, health education, neglect of health, time and fear. As for suggestions to improve the service, the following categories were found: infrastructure, access, humanization and health education. According to the responses of the self-perception of oral health status, the main reason of which they consider as very good and good was the health care and who responded as fair and poor was the presence of disease. As a suggestion for improvement of care, 15.4% said the infrastructure; 8.2% lead; 6.9% to humanization and 1% health education. It is concluded that the main reason given for good oral health was health care and there were few recommendations for improving the quality and resolution of service.

KEYWORDS: Health evaluation, Self-assessment, Oral health.

INTRODUÇÃO

Os usuários no setor saúde exercem papel essencial no planejamento das estratégias e nos programas de assistência, pois estabelecem uma relação cotidiana com os serviços de saúde e com profissionais que ali atuam. Essa ação vai além da simples procura pelo serviço. Inscreve-se numa prática pluridimensional e assume uma dimensão política^{1,2}.

Com advento do Sistema Único de Saúde, houve o fortalecimento da participação popular e das políticas de avaliação, desta forma, o controle social representa a expressão mais viva da sociedade nas tomadas de decisões pelo Estado, pressupondo a concepção do usuário com competência para avaliar e intervir, modificando o próprio sistema³.

De acordo com Ceccin e Merphy (2009)⁴, o saber que os usuários adquirem na utilização concreta dos serviços básicos de saúde pode ocupar um espaço importante no aprimoramento da saúde prestada na atenção básica. Para Houle (2008)⁵, as histórias de vida são o resultado da elaboração de uma experiência ou de experiências de vida [...] e, por mais singulares que elas sejam, podem ser consideradas como experiências "da vida em sociedade".

Avaliar a percepção do usuário sobre o serviço de saúde prestado é de fundamental importância, pois a avaliação tem sido empregada em diferentes áreas e de várias formas, ora como uma ação externa que analisa determinada intervenção ou problema, ora como etapa do planejamento da gestão das instituições, de programas e projetos, acompanhando as ações voltadas a mudanças desde o seu primeiro desenho⁶.

A percepção do usuário no processo saúde-doença é caracterizada conforme a época na qual se estabelece; baseia-se no modo de vida e abrange uma variedade de contextos marcados por diferenças culturais, sociais, econômicas e individuais⁷. Cada usuário possui uma determinada percepção sobre qualidade e, muitas vezes, esta diferença tem relação até mesmo com o "estado de espírito" no momento da prestação de serviço. As pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos de sua vida⁸.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem sido o principal responsável pelo processo de avaliação no campo da atenção primária, desenvolvendo um conjunto de iniciativas para avaliação do monitoramento dos serviços de saúde, fornecendo instrumentos para pesquisas quantitativas e qualitativas, para que ocorram as mudanças no nível local de forma rápida e objetiva, buscando um padrão de qualidade comparável nacional, regional e municipal⁹.

Na odontologia, a avaliação da autopercepção do estado de saúde bucal e da necessidade de cuidado é realizada para verificar a importância da saúde bucal e da necessidade de tratamento, bem como de melhorar a adesão ao tratamento e estimular comportamentos saudáveis. Tem um aspecto multidimensional, dependendo da compreensão do indivíduo do que é normal na saúde bucal e de sintomas específicos que ele apresenta, referindo uma experiência subjetiva do indivíduo sobre o seu bem estar funcional, social e psicológico. Desta forma, indicadores desenvolvidos para mensurar percepções subjetivas incluem a autoavaliação da saúde bucal, a percepção da necessidade de tratamento e a satisfação com o estado de saúde bucal ^{10,11}.

Pesquisar a respeito da satisfação dos usuários, principalmente na Atenção Básica sobre o serviço prestado é uma tarefa essencial para a gestão, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação do desempenho sob a perspectiva do usuário, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pela organização, pois a ESF atua sob a luz dos princípios de integralidade, hierarquização, territorialização e trabalho em equipe interdisciplinar, tendo como uma de suas principais metas a redução das desigualdades regionais por meio de intervenções personalizadas e individualizadas ³.

A percepção é verificada por meio dos seus componentes tangíveis e intangíveis. A tangibilidade de um serviço é aquilo que o usuário vê e sente como a aparência física do local de trabalho. Os componentes intangíveis são amabilidade e cordialidade da equipe de odontologia, ou seja, estão diretamente ligados ao relacionamento da equipe profissional com os usuários ¹².

Portanto, compreender o conceito subjetivo da saúde bucal possibilita conhecer quais são os fatores relacionados à autoavaliação positiva ou negativa da condição de saúde bucal na população. A autoavaliação negativa pode estar associada a sentimentos de dor, mal estar e interações sociais, culturais, psicológicas e ambientais e a positiva a bons tratamentos, a resolutividade dos serviços e também a humanização, principalmente no acolhimento e na criação de vínculos entre profissionais e usuários ¹³.

Neste artigo nosso objetivo foi avaliar a percepção do usuário sobre a própria condição de saúde bucal e a satisfação com o serviço odontológico prestado na rede pública da atenção básica brasileira.

METODOLOGIA

Este trabalho é parte integrante de uma pesquisa multicêntrica, realizado em três municípios de Estados distintos do Brasil sobre ótica da avaliação da satisfação dos usuários do serviço odontológico prestados nas Unidades de Saúde da Atenção Básica Brasileira.

Trata-se de um estudo epidemiológico, tipo inquérito, de caráter transversal. Foi realizada uma análise qualitativa das respostas das questões discursivas das entrevistas realizadas com 390 usuários do serviço público odontológico do município de Aquidauana, MS. As seguintes questões foram analisadas: *“Na sua opinião, como está a sua saúde bucal?”* e *“Por que?”*; *“Diga por favor, o que precisa ser melhorado no atendimento odontológico desta Unidade de Saúde”*; *“O que o dentista dessa unidade de saúde e a equipe dele poderiam fazer para que o senhor (a) se sentisse mais satisfeito com a sua saúde bucal?”*

Para melhor compreender a percepção do usuário sobre a própria condição de saúde bucal e também as recomendações apresentadas para melhoria do atendimento prestado, foram adotadas o método de análise de conteúdo, a qual consiste na classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos, que reúnem um grupo de elementos com caracteres comuns ¹⁴.

Após leitura criteriosa foram identificadas as palavras-chave e organizadas em grupos de respostas para permitir a agregação, numeração e a rerepresentação do conteúdo. Desta forma, as questões abertas foram transcritas separadamente de acordo com a fala do sujeito e posteriormente divididas em categorias.

Para as respostas da pergunta fechada sobre a percepção da própria condição de saúde bucal, os participantes foram divididos em três grupos: muito bom e bom, regular, ruim e muito ruim. Posteriormente foram separadas as respostas de cada grupo e as seguintes categorias foram identificadas: cuidado com a saúde, presença da doença, dor, medo, negligência com a saúde, tempo, educação em saúde.

Quanto às respostas das questões abertas sobre que precisava ser melhorado no atendimento odontológico na Unidade de Saúde, tanto na organização pela gerência como pela equipe de saúde bucal, os resultados foram agrupados em cinco categorias: nada, infraestrutura, acesso, humanização e educação em saúde.

As questões qualitativas analisadas fazem parte de um questionário composto de 33 questões, sendo 30 fechadas e 3 abertas, adaptadas dos instrumentos propostos pelo Programa

Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ)^{15,9}.

Foi realizada também a caracterização socioeconômica dos usuários entrevistados, para análise dos dados, os atores foram agrupados de acordo com o gênero. Os dados quantitativos foram processados, utilizando-se o programa estatístico Epi Info, versão 3.5.2 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), utilizando precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% e fator de correção 1

Como critério de exclusão foi definido que não deveriam ser entrevistados pacientes que estavam aguardando para agendar a primeira consulta, os que iam realizar o primeiro atendimento, usuários abaixo de 18 anos e seus responsáveis e os que apresentassem alguma impossibilidade de responder ao instrumento utilizado.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética com seres humano, sendo como instituição proponente a Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP, CCAE: 05567113.8.1001.5420, com o parecer nº. 353.893 de 21/06/2013.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Nesta pesquisa sobre a autopercepção do usuário das condições de saúde bucal e as recomendações para a melhoria da qualidade do serviço odontológico prestado no Sistema Único de Saúde na atenção básica, foi observado que alto percentual dos usuários consideram a sua saúde bucal como boa e grande parte afirmou que o serviço não deveria ser modificado. Do total de entrevistados 73,1% eram mulheres; 47,2% estavam na faixa etária de 20 a 39 anos; 44,4% ganhavam de 1 a 2 salários mínimos; 25,4% com cinco anos de estudo e 63,3% são casados ou tem união estável (Tabela 1).

Tabela 1- Perfil dos usuários, segundo gênero, faixa etária, condição sócio econômica, estado civil, escolaridade dos usuários do serviço odontológico do SUS, 2013.

Perfil dos Usuários	n	%
Gênero		
Masculino	105	26,9
Feminino	285	73,1
Faixa etária		
15 a 19	35	9,0
20 a 39	184	47,2
40 a 49	86	22,0
50 a 59	40	10,3
mais de 60	45	11,5
Condição Sócioeconômica		
Desempregado	67	17,2
Renda menor de 1 salário	67	17,2
Renda de 1 a 2 salários	173	44,3
Renda de 2 até 5 salários	26	6,7
Renda de 5 a 10 salários	3	0,8
Não Sabe/não respondeu	54	13,8
Escolaridade		
Analfabeto	7	1,8
Fundamental (1 a 5 série)	99	25,4
Fundamental (6 a 9 série)	79	20,3
Médio incompleto	63	16,1
Médio completo	83	21,3
Superior incompleto	19	4,9
Superior completo	20	5,1
Não sabe/não respondeu	20	5,1
Estado civil		
Casado/união estável	247	63,3
Solteiro	107	27,5
Viúvo	16	4,1
Separado/divorciado	20	5,1
Total de Entrevistados	390	100

Na tabela 2, nota-se que dentre os usuários que não tem horário definido de trabalho, 87,4% são do sexo feminino e 12,6% do sexo masculino, podendo explicar a predominância de mulheres nos atendimentos prestados na rede do Sistema Único de Saúde, no entanto as mulheres são consideradas ainda, pela maioria dos estudos as que mais se preocupam com a saúde e que procuram mais o serviço ¹⁶.

Tabela 2 – Distribuição percentual da ocupação dos usuários do serviço odontológico do SUS, segundo gênero, 2013.

Gênero	Ocupação		Total
	Sem Horário definido	Com horário definido	
Masculino	23(12,6%)	81(39,5%)	104(27,0%)
Feminino	159(87,4%)	124(60,5%)	283(73,0%)
Total	182(47,0%)	205(53,0%)	387(100%)

Observação: 3 Usuários recusaram responder esta questão.

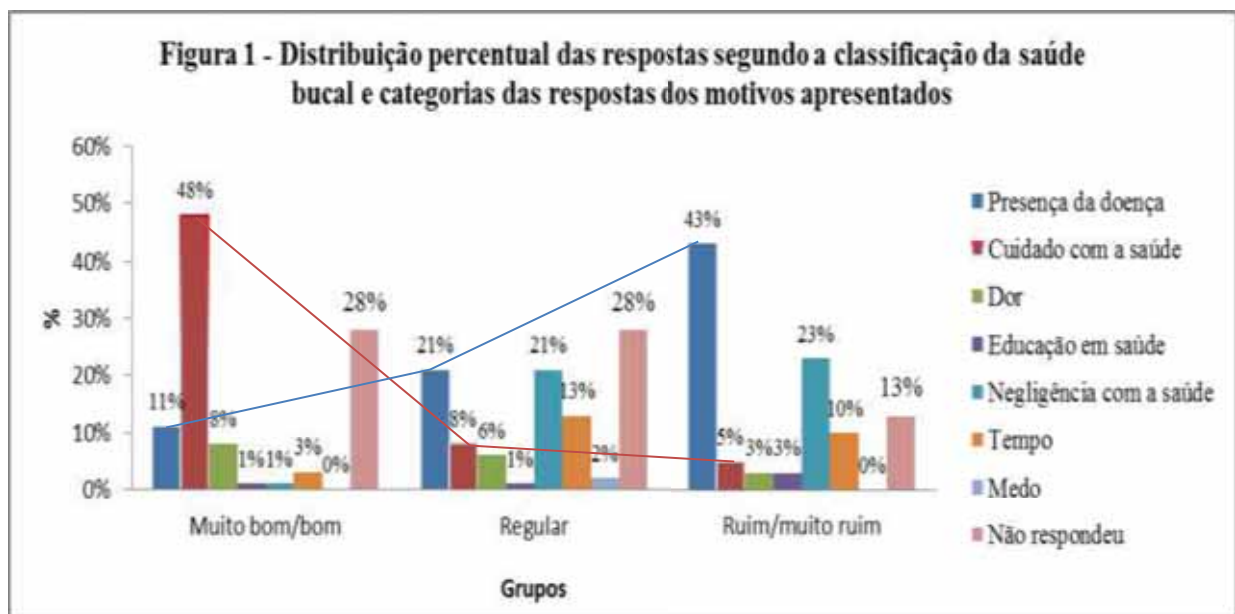
Quanto à autopercepção com o grau de escolaridade, foi observado que 53,6% consideram a sua saúde bucal como muito boa e boa, 36,4% regular e 10% ruim e muito ruim. Dentre aqueles que consideraram como muito boa/boa a saúde bucal, 25,4% tem ensino médio completo; dos que responderam como regular, 26,1% cursaram até o quinto ano do ensino fundamental e dos que afirmaram como ruim/muito ruim, 33,3% tem também até o quinto ano do ensino fundamental (Tabela 3), corroborando com o estudo de Moura et al. (2014)¹³, que constataram uma melhor autoavaliação da saúde bucal entre os indivíduos de maior escolaridade.

Araújo et al. (2009)¹⁷ enfatizaram que quanto maiores renda e escolaridade, influenciam positivamente no acesso e também que a maior utilização do serviço de saúde bucal dá-se entre indivíduos que classificaram sua condição odontológica como boa ou muito boa.

Tabela 3 – Distribuição do percentual dos usuários, segundo escolaridade e autopercepção da saúde bucal no serviço odontológico do SUS, 2013.

Escolaridade	Autopercepção de Saúde bucal			TOTAL
	Muito boa/boa	Regular	Ruim/Ruim	
Analfabeto	4(1,9%)	0(0,0%)	3(7,7%)	7(1,8%)
Fundamental (1 a 5 série)	49(23,4%)	37(26,1%)	13(33,3%)	99(25,4%)
Fundamental (6 a 9 série)	40(19,1%)	32(22,5%)	7(17,9%)	79(20,2%)
Médio incompleto	33(15,8%)	22(15,5%)	8(20,5%)	63(16,2%)
Médio completo	53(25,4%)	26(18,3%)	4(10,3%)	83(21,3%)
Superior incompleto	10(4,8%)	8(5,6%)	1(2,6%)	19(4,9%)
Superior	7(3,4%)	13(9,2%)	0(0,0%)	20(5,1%)
Não respondeu	13(6,2%)	4(2,8%)	3(7,7%)	20(5,1%)
TOTAL	209(53,6%)	142(36,4%)	39(10%)	390(100%)

A figura 1 e o quadro 1 abaixo, apresentam as respostas e os percentuais referentes à pergunta: *“Por que o senhor considera a saúde bucal como muito boa/boa, regular e ruim/muito ruim”*. Constatou-se que quanto pior a avaliação, maior o percentual relacionado à presença das doenças da boca, negligência e medo em relação ao atendimento. No entanto, entre usuários que avaliaram a sua saúde bucal positivamente, os cuidados com saúde prevaleceram nas respostas, corroborando com o estudo de Reis et al. (2009)⁷, dentro do qual os entrevistados apontaram uma associação entre saúde bucal e autocuidado, com este assumindo uma maior importância na manutenção da saúde.



Quadro 1 – Respostas dos usuários do serviço odontológico sobre os motivos da classificação da saúde bucal, 2013.

Categorias	Grupos		
	Muito bom/bom	Regular	Ruim/Muito ruim
Presença da Doença	<p>“Não tenho cárie, tártaro, passo fio dental e escovo os dentes”</p> <p>“Uma boca sem cárie é muito bom”</p> <p>“Tem alguns dentes estragados”</p>	<p>“Estou com cárie”</p> <p>“Tem alguns dentes faltando e outros obturados e tratados”</p> <p>“De vez em quando sinto um gostinho, não sabe se é da boca ou do estômago”</p> <p>“Vou arrancar dente, mas estou tratando”</p>	<p>“Porque estou com muitas cáries”</p> <p>“Tem muita coisa para fazer (canal, extração)”</p> <p>“Gostaria de tirar tudo, mas eles não tiram. A gente escova mas tem mau hálito, o problema é na raiz, só tenho 7 dentes.”</p> <p>“Os dentes estão caindo tudo e está tudo estragado.”</p>
Cuidado com a saúde	<p>“Procuo vir sempre ao dentista”</p> <p>“Porque eu cuido”</p> <p>“Porque faço escovação, passo fio dental”</p> <p>“Antes de ter algum problema, já venho fazer mais prevenção”</p> <p>“Não tenho dente para tratar, todos continuaram do mesmo jeito da última vez que fui ao dentista”</p>	<p>“Estou tratando”</p> <p>“Porque só agora que estou procurando tratamento”</p>	
Dor	<p>“Sei lá, antes eu sentia dor, agora não”</p> <p>“Sou uma pessoa que não tenho dor de dente, procuro o dentista de 6 em 6 meses”</p> <p>“Graças a Deus não sinto nada.”</p>	<p>“Fazer canal, dor, demorei para vir”</p> <p>“Senti dor de dente”</p> <p>“Está doendo a restauração feita pelo dentista”</p> <p>“Estou com dor”</p>	<p>“Estou com dor”</p>
Educação em saúde	<p>“Eu já arranquei quase todos os dentes, se eu tivesse a informação de como tratar os dentes eu não perderia muitos dentes”</p>	<p>“Fazer escovação não sei corretamente”</p>	<p>“Estou com 61 anos, na infância quando doíam os dentes, os pais mandavam mostrar a raiz para o sol. A grande maioria dos dentes foi extraída por quem não tinha diploma.”</p>
Negligência com a saúde	<p>“Preguiça de ir a Unidade”</p> <p>“Não é culpa da dentista é minha culpa mesmo”</p>	<p>“Nunca vim ao dentista”</p> <p>“Porque eu nunca fiz regularmente o tratamento”</p> <p>“Descuido”</p> <p>“Acordo de manhã e no almoço não escovo os dentes, só escovo os dentes a noite”</p>	<p>“Estragou todos os dentes e o culpado sou eu, vou ter que colocar uma perereca na boca”</p> <p>“Fiquei algum tempo sem ir ao dentista”</p> <p>“Eu não tive cuidado quando criança, não houve interesse já usa aparelho de encaixe na frente (ponte). A dentista que procurou, pois comecei o tratamento e não terminei”</p>
Tempo	<p>“Devido o tempo que a gente tem é pouco para cuidar da nossa saúde.”</p> <p>“Não tenho muito tempo pois viajo muito”</p>	<p>“Faz tempo que não venho ao dentista”</p> <p>“Não tem tempo para fazer tratamento”</p>	<p>“Faz tempo que não vai ao dentista”</p> <p>“Não tenho tempo”</p>
Medo	<p>“Agora estou conseguindo tratar, eu tinha medo e agora não, tenho segurança para tirar todos os meus dentes”</p>	<p>“Tenho medo por isso demoro para vir”</p>	

Afonso-Souza et al. (2007)¹⁸ sugeriram duas hipóteses para a avaliação positiva: a primeira é consequência de um bom tratamento, de uma maior oportunidade de receber tratamentos preventivos com reflexos positivos nas condições clínicas de saúde bucal; a segunda estaria relacionada à ocorrência de um bem-estar psicológico associado ao cuidado com a saúde.

No entanto, dentre aqueles que avaliaram a condição de saúde bucal como regular, ruim e muito ruim, emergiu a presença das doenças bucais, com referência também à dor. Vale ressaltar que desequilíbrios nas condições de saúde bucal da população podem desencadear mudanças comportamentais, principalmente quando relacionam a dor com o processo saúde/doença bucal, mobilizando às vezes, as pessoas a cuidarem dos seus descendentes para que não passem pelas mesmas situações de desconforto e sofrimento⁷.

Outro aspecto abordado pelos usuários que avaliaram as condições de saúde bucal negativa é o fator medo, pois os atendimentos curativos em odontologia ocasionam sensibilidade, sendo às vezes necessária a utilização de anestésias locais, que já demonstraram uma alta evasão ao tratamento. Em pesquisa realizada no Canadá, os resultados demonstram que o medo e a ansiedade são motivos comuns no cancelamento de consultas odontológicas^{19,20,21}.

O medo surge nos indivíduos de duas formas, distintas ou conjugadas, que são: através de suas próprias experiências e das expectativas e experiências dos outros. Ou seja, os indivíduos vivenciam o medo ou já o encontram estabelecido e o assimilam. As situações odontológicas traumáticas vividas pelos pacientes influenciam a sua postura atual frente ao profissional¹⁹.

Desta forma, entender o conceito subjetivo da saúde bucal possibilita investigar quais são os fatores associados à autoavaliação positiva ou negativa da condição da saúde bucal da população em estudo, pois muitas vezes a avaliação negativa pode ser resultado de experiências vivenciadas pelo indivíduo relacionadas a múltiplos fatores. Nesse sentido, a autoavaliação é importante, pois o comportamento é modulado pela percepção dessas condições, favorecendo a participação da comunidade na formulação de decisões políticas e sociais, encorajando a adesão dos usuários à mudança de hábitos e comportamentos^{11,13}.

Sabe-se que as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual os indivíduos pensam, sentem e agem a respeito de sua saúde^{12,22}.

[...] classificar a saúde em boa, má ou razoável é também definir a qualidade de vida, pois ela surge das condições de classe social, das relações no trabalho, da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente saudável, do acesso à educação, ao transporte, ao lazer, aos serviços de saúde, enfim, tudo o que diz respeito à vida.

Em relação às respostas sobre a pergunta **“Diga, por favor, o que precisa ser melhorado no atendimento odontológico na unidade de saúde?”**, 52,8% avaliaram positivamente o serviço. Quanto às respostas da questão **“O que o dentista dessa unidade de saúde e a equipe dele poderiam fazer para o que o (a) senhor (a) se sentisse mais satisfeito com a sua saúde bucal?”**, 63,8% afirmaram que a equipe deveria continuar com o mesmo atendimento. Destacam-se alguns discursos classificados nesta categoria:

“Não precisa ser melhorado, venho uma vez por semana”

“Não precisa fazer nada, esta tudo certo”

“Nada, são atenciosos, profissionais ótimos”

“Apesar de ter pego atestado várias vezes e faltado, a dentista é excelente e faz seu trabalho muito bem feito”

A avaliação positiva do serviço de saúde bucal pelos usuários deve-se muito a avanço das políticas públicas de saúde, principalmente depois da implantação do Sistema Único e da efetivação da Estratégia da Saúde da Família como a principal modelo de atenção a saúde, ofertando atenção contínua e integral aos usuários, superando modelos de atenção anteriores, tradicionalmente considerados pouco resolutivos ²³.

Outro aspecto para uma boa avaliação é o cumprimento das diretrizes preconizadas pela Estratégia da saúde da família que prevê uma equipe mínima de profissionais com regime de 40 horas semanais, aumentando as chances de promover um maior vínculo com os usuários, exercer o cuidado de forma longitudinal e fazer uma oferta de serviços articulada com toda a rede de serviços de saúde ²³.

Apesar da alta satisfação dos usuários, tanto no serviço prestado quanto no atendimento dado pela equipe de saúde bucal algumas sugestões foram apontadas para a melhoria da qualidade e resolubilidade do serviço odontológico como: infraestrutura, acesso, humanização e educação e saúde.

Em relação à infraestrutura 15,4 % relataram que o serviço deve ser aprimorado e 4,9% que a equipe de saúde bucal deve oferecer condições melhores de atendimento. No aspecto da infraestrutura foram mencionadas melhorias e aquisição de equipamentos odontológicos, manutenção na estrutura física da Unidade e nos equipamentos, aquisição de

materiais de consumo, bem como a organização do serviço, dentre as recomendações que mais prevaleceram, destacaram-se:

“Melhorar a estrutura e equipamento, às vezes não tem ar no equipamento, água.”

“Mais preparo, mais recursos, meu esposo teve que fazer tratamento, pois os dentes estavam amolecendo e teve que pagar particular”

“Aumentar o posto, pois quando tem muita gente fica um barulho na porta do dentista.”

“O posto está muito bem preparado, falta condições físicas e materiais, pois o dentista não tem o que fazer. É uma questão de gestão pública”

“Seria bom se tivesse no PSF da vila os aparelhos de raio x e os aparelhos para que o médico realizasse tratamento de canal para não sermos encaminhados para outro lugar”

“Organizar a entrega de materiais para os postos de saúde, porque às vezes não tem atendimento porque falta material”

“Poderia ter um serviço mais completo, mudança na estrutura física da Unidade para atender a demanda”

“Falta Manutenção nos aparelhos”

Do total de entrevistados, 8,7% mencionam que a gerência local de saúde deveria melhorar o acesso e 3,3% apontam que a equipe deve estruturar melhor o atendimento para aumentar o acesso dos usuários ao serviço. Nesta categoria, foi relatado aumento do número de vagas, horários alternativos para as pessoas que trabalham com horário definidos, mais profissionais, agilidade na marcação das consultas e organização das agendas de atendimento. Nas sugestões mais evidenciadas, destacaram-se:

“Demora para ser consultado, marca numa semana e é atendido na outra”

“Mais rapidez no agendamento”

“Ter horário noturno”

“Precisa ter mais consciência do trabalho da dentista e da Unidade, ter mais tempo da Unidade para atendimento. Depois que chega, não atende mais além dos pacientes que estão agendados mesmo que tenha vagas”

“Aumentar o número de vagas, ou profissional”

“Precisa ser melhorado o número de pessoas atendidas, só atende 4 pessoas. Aumentar as vagas”

“Aumentar o número de pacientes, pois hoje teve gente que teve que foi embora. Se o idoso é preferencial tem que ter um guichê especial para eles.”

O acesso é influenciado por diversos fatores, destacando o fator geográfico (distância), ausência de infraestrutura, ausência de serviços, qualidade do atendimento e presença de vagas, fatores que dificultam a acessibilidade dos serviços, sendo que a maior sugestão para

melhoria neste aspecto foi quanto ao tempo para conseguir o agendamento e horários alternativos para realizar tratamento e principalmente em relação ao número de vagas que é o maior desafio para o SUS, apesar de conquistas neste sentido, com aumento da cobertura na atenção primária e avanço na equidade. No entanto, em relação à distância não houve reclamações ou sugestões, o que já era esperado, uma vez que as unidades de saúde em foco estão localizadas no território onde as famílias a elas cadastradas residem^{7,24}.

Um aspecto que merece atenção, é que os usuários quando relatam do acesso, fazendo menção à atenção média complexidade, ou seja, muitas referências ruins na rede básica tem referência com experiências frustradas no acesso à média complexidade, mostrando a fragilidade ainda da articulação entre os serviços da rede primária com os serviços especializados. Nota-se que os usuários identificam na rede básica, profissionais que não podem efetivamente fazer tudo o que julgam necessário para que os pacientes sintam-se bem cuidados ou para que tenham uma boa condição de saúde bucal. Para melhoria do acesso no serviço especializado os usuários sugeriram:

“Melhorar o espaço e as condições, pois a sala é apertada. Aqui não extrai qualquer dente, precisa ser encaminhado para o CEO.”

“A demora para agendar especialidade”

“Fazer atendimento especializado tudo na unidade”

“Ter dia para extrair, para não precisar ir para o CEO conforme a vizinha falou.”

“Na verdade quando público, quando a gente perde um dente seria bom que o SUS colocar outro no lugar, mas este tratamento não faz”

“Fazer mais outros tipos de tratamento”

“Fazer extração do dente na Unidade, não faz canal e só faz limpeza.”

Outro fator sugerido pelos usuários é referente à humanização dos serviços, em que 7,5% apontam que a gerência deve implantar uma política de humanização e 6,2% que os profissionais de saúde devem melhorar a forma de atendimento. Muitos fatores estão relacionados à humanização, como: a relação entre profissional e usuário, respeito pelos horários de atendimento e principalmente o acolhimento, pois este engloba duas dimensões, sendo a primeira o momento da recepção dos serviços de saúde relacionando-se ao primeiro contato do usuário, e a segunda, a relação com o trabalho do profissional, ou seja, o relacionamento entre trabalhador e usuário, efetuado a qualquer momento do atendimento e que ajuda na avaliação positiva por parte dos usuários²⁵. Dentre as recomendações mais observadas, destacam-se:

“A ajudante precisa trabalhar com vontade”
“Atendimento, falta de informações”
“Horário de chegada do dentista”
“Que a equipe chegasse mais cedo”

Uma ferramenta ligada à humanização é o vínculo, sendo instrumento importante pois busca promover a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da equipe e a população da área de cobertura, indo além do estabelecimento de um simples contato, mas sim uma real aproximação dos trabalhadores de saúde ²⁶. Segundo Silva Júnior e Mascarenhas (2004) ²⁷, o vínculo tem três dimensões: a afetividade, a relação terapêutica e a continuidade, ou seja, o fortalecimento do vínculo e do mútuo sentimento de confiança entre profissional e paciente. Estas dimensões são evidenciadas nos discursos abaixo:

“No atendimento nada, só precisava ter o nome do dentista na porta porque assim eu e outros pacientes saberíamos o nome do dentista”
“Elaborar e participar de projetos de melhoramento do atendimento.”
“Nada, forma de pegar na boca da gente é muito devagar me sinto insegura”
“Ter mais dia de atendimento para adulto só atende dois dias.”

Vale ressaltar que a humanização em saúde é definida pelo valor atribuído ao esforço dos sujeitos na produção da saúde, quando se contemplam a autonomia, o protagonismo, a corresponsabilidade e a vinculação das instâncias, colocando em evidência categorias como vínculo, responsabilidade, autonomia ²⁸.

O Ministério da Saúde visando melhorar esta situação propôs a Política Nacional Humanização (Humaniza SUS), determinando que a humanização seja o eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Tal proposta tem como objetivos prioritários aumentar a facilidade de acesso aos serviços prestados pelo SUS, promover maior resolutividade aos problemas dos usuários, garantir direitos dos usuários, gestão participativa, assim como educação permanente aos trabalhadores Brasil ²⁹.

Outro aspecto abordado pelos usuários esta relacionado à educação, onde 1% dos usuários relatou que a gerência de saúde deve oferecer as informações educativas para a população e 3,1% responsabilizaram os profissionais de saúde na educação em saúde. Deve salientar que a educação em saúde vai desde a cordialidade, gentileza e comunicabilidade como fatores importantes para o restabelecimento da saúde, mas salienta o significado positivo de receber uma atenção maior, bem como informações de como prevenir sobre as doenças bucal ⁷. Entre as recomendações para solicitadas destacam-se:

“Se o dentista me informasse mais sobre como me prevenir...”
“Explicar e perguntar mais o que o paciente necessita para melhorar o atendimento”
“Poderiam fazer palestras para orientar mais os pacientes.”

De acordo com as respostas, há uma pequena porcentagem de usuários que sugeriram que deveria ser melhorada a educação em saúde. Ao contrário do que afirmava o estudo de Sala et al. (2011)³⁰, onde as questões envolvendo educação tiveram as piores avaliações por parte dos usuários, vale ressaltar, que as práticas educativas são uma das diretrizes preconizadas na atenção básica, principalmente na promoção e prevenção da saúde.

Quanto às limitações deste estudo, inicialmente deve-se considerar que se trata de uma pesquisa do tipo transversal, havendo as limitações inerentes a esse tipo de pesquisa. Os participantes da pesquisa foram usuários que estavam recebendo atendimento odontológico no serviço público municipal, embora tenham sido informados que haveria a confidencialidade dos dados e que a participação não prejudicaria a assistência nos serviços de saúde, é possível justificar a alta porcentagem de satisfação com receio de represálias como, por exemplo, a dificuldade de acesso às unidades de saúde da família.

Outro aspecto que pode ter influenciado nas respostas foi o horário e o local para a coleta de dados, o estudo ficou sujeito a uma população que não tem horário definido de trabalho. Esta característica da amostra pode ter influenciado os resultados, por meio de uma percepção específica como a influência do gênero e saúde. Segundo Moimaz et al. (2010)³, situação semelhante é encontrada na maioria dos estudos realizados em serviços de saúde, nos quais o público feminino é sempre predominante.

No entanto, verificou-se que estudos sobre avaliação subjetivas na saúde, principalmente no setor odontológico, abordando análise de conteúdo, são fundamentais para entender melhor a realidade local da população, pois segundo Minayo (2001, p. 74)³¹, a análise de conteúdo constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Tais funções podem ser complementares, com aplicação tanto em pesquisas qualitativas, como quantitativas.

Desta forma, é importante saber como a população adstrita às equipes de saúde avalia o atendimento oferecido de modo a repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento e a viabilização de políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos e controle de enfermidades³².

CONCLUSÃO

Conclui-se que alto percentual dos usuários classificaram a saúde bucal como muito boa e boa e o principal motivo para esta avaliação foi o cuidado com a saúde e para os que afirmaram como regular, ruim e muito ruim, foi a presença das doenças. Poucas foram as recomendações relacionadas à infraestrutura, acesso, humanização e educação em saúde. Maioria considera que o atendimento não deve ser modificado. Desta forma, a percepção do usuário é importante para aprimoramento da qualidade da prestação dos serviços e na viabilização de políticas de promoção e prevenção da saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos ao Ministério da Saúde, CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) pelo auxílio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 th ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
2. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad Saúde Pública* 1998;14 (2):355-65.
3. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba N.A. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis* 2010;20 (4):1419-40.
4. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micro político e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface Comunic Saúde Educ* 2009;13:551-42.
5. Houle G. A sociologia como ciência da vida: a abordagem biográfica. In: Poupart J.; Deslauries JP, Groulx AL, Mayer R, Pires A, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 317-34.
6. Minayo MC. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. *Saude Transform Soc* 2011;1(3):2-11.
7. Reis C, Martelli Júnior H, Franco BM, Santos AA, Ramalho LMP. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: a voz do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(4):1287-95.
8. Fadel MAV, Regis Filho GI. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Rev Adm Pública* 2009;43(1):7-22.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Shields M, Shoostari S. Determinants of self-perceived health. *Health Rep* 2001;13(1):35-52.
11. Martins AMEBL, Barreto SM, Silveira MF, Santa-Rosa TTA, Pereira RD. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2010;44(5):912-22.
12. Silva SRC, Rosell FL, Valsecki Júnior A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006;6(4):405-10.

13. Moura C, Gusmão ES, Santilo PMH, Soares RSC, Cimões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014;30(3):611-22.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. São Paulo: Ed. 70; 2004.
15. Brasil. Ministério da Saúde. *Resultados do processo avaliativo 2004-2005*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Brandão ALRS, Giovanella L, Campos EA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(1):103-14.
17. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Use of dental services and associated factors: a population-based study in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2009;25(5):1063-72.
18. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Weneck GL, Lopes CS. Association between routine visits for dental checkups and self-perceived oral health in na adult population in Rio de Janeiro: the Pró-Saúde Study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(5):393-4.
19. Carvalho RWF, Falcão PGCB, Campos GJL, Campos AS, Pereira JC, Pereira MAS. et al Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores predictores em brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(7):1915-22.
20. Cruz JS, Cota LOM, Paixão HH, Pordeus IA. A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1997;11(4):307-13.
21. Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G. Dental anxiety among 18-yr-olds in Norway. Prevalence and related factors. *Eur J Oral Sci* 1998;106(4):835-43.
22. Bastos JRM, Saliba NA, Unfe, B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. *Rev Paul Odontol* 1996;18(4):38-42.
23. Godoi H, Mello AL, Caetano JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(2): 318-332.
24. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface Comum Saúde Educ* 2014;14(35):797-810.
25. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R.; organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3rd ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 71-112.

26. Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface Comum Saúde Educ* 2011;15:185-98.
27. Silva Júnior AG, Mascarenhas MM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2004. p. 241-57.
28. Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Saliba O. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saude Soc* 2014;23(1):265-76.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: política nacional de humanização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
30. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidade de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc* 2011;20(4):948-960.
31. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 19ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2001.
32. Cotta RMM, Reis RS, Carvalho AL, Batista KCS, Castro FAF, Alfenas RCG. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. *Physis* 2008;18(4):745-66.

COLABORAÇÃO DOS AUTORES:

Todos os autores participaram da concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

6 *CAPÍTULO* 3

Saúde bucal na rede pública: estudo sobre o acesso, humanização e confiabilidade no serviço prestado ⁵

Oral health in the public dental health service: study on dental service access, humanization and reliability.

AYACH, Carlos. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, SP. Rua Pandiá Calógeras, nº 661, Aquidauana,MS – Centro. CEP: 79200000. E-mail: cayach@terra.com.br

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, SP, Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva Social. Professora Titular do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho. Endereço: Unesp — Rua José Bonifácio, 1193 — Vila Mendonça — CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil. E-mail: ssaliba@foa.unesp.br.

GARBIN, Cléa Adas Saliba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, SP, Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva Social. Professora doutora adjunta do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho. Endereço: Unesp — Rua José Bonifácio, 1193 — Vila Mendonça — CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil. E-mail: cgarbin@foa.unesp.br.

⁵ Artigo enviado para Revista Brasileira de Epidemiologia
Normas de acordo com a Revista Brasileira de Epidemiologia

Saúde bucal na rede pública: estudo sobre o acesso, humanização e confiabilidade no serviço prestado.

RESUMO

Objetivo deste estudo foi avaliar o acesso, a humanização, resolutividade e a confiabilidade no serviço de saúde bucal na área de abrangência da atenção básica do Sistema Único de Saúde. Amostra constou de 390 indivíduos que estavam recebendo atendimento odontológico na rede pública no ano de 2013. Foi realizado um estudo transversal, tipo inquérito. Verificou-se que à satisfação do usuário do serviço oferecido, em relação ao acesso, 97,7% estavam satisfeitos com a forma que foi recebida na Unidade; 75,1% disseram que não houve demora em marcar a primeira consulta; 94,1% estavam satisfeitos com o tempo de agendamento; 24% foram encaminhados para o serviço especializado. Quanto à humanização, 55,6% afirmaram que o atendimento dado pela equipe de saúde bucal foi muito bom; 96,4% estavam satisfeitos com o serviço prestado; no entanto, 42,6% não souberam dizer o nome do cirurgião-dentista. Nos aspectos sobre confiabilidade, resolutividade e ouvidoria no serviço de saúde bucal, 96,7% confiavam na equipe odontológica; 95,6% disseram que o tratamento recebido na atenção básica estava resolvendo os problemas de saúde bucal; 77,9% nunca precisaram fazer reclamação e 59,2% não sabiam onde reclamar. Conclui-se que houve uma alto percentual de satisfação dos usuários sobre acesso e humanização no serviço odontológico do Sistema Único de Saúde; grande parte dos usuários sentiu confiança no atendimento dado pelo cirurgião-dentista e consideraram que seus problemas de saúde bucal seriam resolvidos na atenção básica. No entanto, a maioria não tinha conhecimento sobre a atividade da ouvidoria.

Palavras-chave: Avaliação em saúde, Acesso aos serviços de saúde, humanização da assistência, Saúde bucal.

Oral health in the public dental health service: study on dental service access, humanization and reliability.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess access, humanization, resolution and reliability in the public dental service. This is a quantitative cross-sectional study. Responses of 390 users of dental services of the Brazilian primary care in the year 2013 were analyzed. Of total respondents, there was a predominance of female users with low socio-economic level and low schooling. As for the satisfaction of the service provided in relation to access, 97.7% were satisfied with the service provided in the health unit; 75.1% said that there was no delay in appointing the first visit; 94.1% were satisfied with the scheduling time; 24% were referred to specialized service. As to humanization, 55.6% reported that the care given by the oral health team was very good; 96.4% were satisfied with the service provided; however, 42.6% did not know the name of the dentist. Regarding aspects of reliability, resolution and ombudsman in oral health services, 96.7% trusted the dental staff; 95.6% said that treatment received in primary care solved their oral health problems; 77.9% had never complained and 59.2% did not know where to complain. It was concluded that there was a high percentage of satisfaction on access and humanization of dental services in the Unified Health System; most users felt confidence in the care given by dentists and considered that their oral health problems would be solved in primary care; however, most were unaware of the ombudsman's activity.

Keywords: Health evaluation, Health Services Accessibility, Humanization of Assistance, Oral health

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, com a inclusão da saúde bucal na equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF), houve um avanço no setor odontológico, com ampliação do acesso e com inversão nos tipos de tratamentos, passando do modelo tradicional para o cuidado integral e contínuo, desenvolvido em uma área definida com equipe multiprofissional e com a participação popular¹.

O uso de serviços odontológicos é influenciado por fatores que predispõem ou restringem os indivíduos quanto à procura destes serviços, e esta propensão está relacionada com fatores inerentes ao usuário, ao contexto social e ao próprio sistema de saúde, tais como: características sociodemográficas, culturais, custo dos serviços oferecidos, acesso, humanização, confiabilidade, resolutividade e percepção de necessidade de tratamento².

O acesso é a primeira etapa a ser vencida pelo usuário na busca de atendimento para resolução das necessidades de saúde³, ou seja, representa as possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, envolvendo algumas questões, tais como: disponibilidade ou não do serviço, a distância, os horários que a unidade atende, recursos disponíveis, a capacitação técnica dos profissionais que atuam na unidade, bem como a acessibilidade e aceitabilidade dos serviços¹.

Na saúde bucal, o acesso aos serviços rompeu com paradigmas "odontocentrados" e a atitude corporativa isolacionista, reorientando o modelo de atenção em saúde bucal no Brasil, tornando a atenção primária articulada ao conjunto da rede de serviços, com o estabelecimento dos fluxos de referência e contrarreferência para as diversas especialidades odontológicas⁴.

Nos serviços de saúde, a humanização tem ocupado uma posição de destaque no planejamento das ações para melhoria da qualidade dos serviços de saúde, pois a principal proposta do Ministério da Saúde para este setor é a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS)⁵, que constitui atualmente o eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, tendo como propostas prioritárias aumentar a facilidade de acesso aos serviços prestados pelo SUS, promover maior resolutividade aos problemas dos usuários, garantir direitos dos usuários, gestão participativa, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Representando assim a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento entre o serviço e a população⁶, abrangendo outros fatores como o acolhimento que são as relações que se estabelecem entre

usuário e o profissional em qualquer momento do atendimento não se restringindo na recepção dos serviços ⁷ e o vínculo, que vai além de um simples contato, pois aproxima o profissional com o contexto social dos usuários compreendendo suas condições de vida e comprometendo-se com elas ⁸.

A humanização no serviço odontológico é uma ferramenta importante no desenvolvimento das relações interpessoais, principalmente no entendimento entre a pessoa assistida e o profissional, ampliando a visão da equipe odontológica em relação às práticas em saúde, mudando o paradigma de se preocupar somente com a sintomatologia do tratamento, mas pensar no usuário como um todo, não ignorando o seu estado emocional e nem o seu contexto de vida ⁹.

No entanto, vários desafios ainda são enfrentados na busca da qualidade na assistência da saúde, principalmente no que se refere ao acesso, à humanização e a resolutividade, pois estes fatores podem contribuir com a insatisfação ou satisfação dos usuários com o serviço prestado, podendo também ser responsáveis pela evasão ou uma melhor adesão ao tratamento proposto¹⁰.

Portanto, a avaliação do serviço de saúde pela população implica a possibilidade dos usuários intervirem na gestão, tanto na proposição de políticas e ações, quanto na fiscalização de sua efetivação, pressupondo a concepção do usuário como corresponsável e com competência para avaliá-la, bem como nela intervir e modificá-la, sendo um importante indicador de qualidade¹¹.

Desta forma, visando conhecer melhor o contexto organizacional da rede da atenção integral em saúde bucal, o objetivo neste estudo foi avaliar o acesso, a humanização, resolutividade e a confiabilidade no serviço público odontológico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, na forma de inquérito de caráter transversal, no qual foram analisados os aspectos relacionados ao acesso, humanização, confiabilidade, resolutividade e ouvidoria nas unidades públicas de saúde, cuja população de estudo foram usuários do serviço odontológico da Atenção Básica de Saúde.

O estudo faz parte de um projeto financiado pelo CNPQ, realizado em três municípios diferentes no Brasil sobre a satisfação do usuário com o serviço público odontológico. Os dados utilizados nesta pesquisa são as respostas das entrevistas realizadas com 390 usuários da atenção primária do município de Aquidauana, MS no ano de 2013, cujo tamanho foi determinado considerando a população adulta estimada na região para uma prevalência de 50% de adultos satisfeitos.

Como critérios de exclusão dos sujeitos da pesquisa, não foram entrevistados os usuários que estavam aguardando para agendar a primeira consulta, os que iam realizar o primeiro atendimento, usuários abaixo de 18 anos e seus responsáveis e os que apresentassem alguma impossibilidade de responder ao instrumento utilizado.

Para realização da entrevista, foi elaborado um questionário composto de 33 perguntas, baseado em instrumentos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde sobre avaliação no serviço de saúde, sendo realizado um estudo piloto nas unidades de saúde para correção e adequação do instrumento.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individualizada e conduzida por um pesquisador treinado. Os locais escolhidos para realizar as entrevistas foram: a sala de espera, as varandas, salas que não estavam sendo utilizadas e também os consultórios das Unidades de Saúde, dependendo da disponibilidade do espaço oferecido, procurando assim, preservar e resguardar o sigilo das respostas, evitando vieses da pesquisa. O tempo médio da duração das entrevistas foi de dez minutos e no final, o entrevistado recebeu um kit de higiene bucal.

As variáveis estudadas incluíram as características dos usuários quanto ao gênero, faixa etária, grau de escolaridade, condições socioeconômicas, estado civil, os aspectos relacionados ao acesso, humanização, confiabilidade, resolutividade e ouvidoria.

Para análise e processamento dos dados, foi utilizado o programa estatístico Epi Info, versão 7.1.4 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e planilha do programa Excel da Microsoft. A análise estatística compreendeu a descrição das variáveis por meio da frequência simples.

Foi apresentado a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo as informações sobre o objetivo da pesquisa, seu caráter voluntário e de não identificação, assim como a forma de coleta, análise e destino dos dados, como também a possibilidade de, a qualquer momento, não mais fazer parte da pesquisa, tendo risco mínimo à população envolvida.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética com seres humanos da Plataforma Brasil, tendo como instituição proponente a Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP, CCAE: 05567113.8.1001.5420, com o parecer nº. 353.893 de 21/06/2013.

RESULTADOS

Na análise das características socioeconômicas e demográficas dos 390 entrevistados no serviço odontológico nas unidades da atenção básica no Sistema Único de Saúde, houve a predominância de usuários do gênero feminino, com baixa renda e com baixo grau de escolaridade (Tabela 1).

Tabela 1- Número absoluto e percentual, segundo gênero, faixa etária, condição sócio econômica, estado civil, escolaridade dos usuários do serviço odontológico do SUS, 2013.

Características	n (%)
Gênero	
Masculino	105 (26,9%)
Feminino	285 (73,1%)
Faixa etária	
15 a 19	35 (9,0%)
20 a 39	184 (47,2%)
40 a 49	86 (22,0%)
50 a 59	40 (10,3%)
mais de 60	45 (11,5%)
Condição Sócio econômica	
Desempregado	67 (17,2%)
Renda menor de 1 salário	67 (17,2%)
Renda de 1 a 2 salários	173 (44,3%)
Renda de 2 até 5 salários	26 (6,7%)
Renda de 5 a 10 salários	3 (0,8%)
Não Sabe/não respondeu	54 (13,8%)
Escolaridade	
Analfabeto	7 (1,8%)
Fundamental (1 a 5 série)	99 (25,4%)
Fundamental (6 a 9 série)	79 (20,3%)
Médio incompleto	63 (16,1%)
Médio completo	83 (21,3%)
Superior incompleto	19 (4,9%)
Superior completo	20 (5,1%)
Não sabe/não respondeu	20 (5,1%)
Estado civil	
Casado/união estável	247 (63,3%)
Solteiro	107 (27,5%)
Viúvo	16 (4,1%)
Separado/divorciado	20 (5,1%)
Total de Entrevistados	390 (100%)

Em relação às variáveis do acesso ao serviço odontológico, 75,1% relatou que não demorou em conseguir; 79% afirmaram que a forma do agendamento é por ordem de chegada; 52,1% considerou que o tempo na sala de espera para ser chamado para o tratamento odontológico não é demorado; 24,4% afirmaram que já foram encaminhados para atenção especializada (Tabela 2).

Tabela 2- Número de usuários, segundo as variáveis relacionadas ao acesso no serviço odontológico do SUS, 2013.

Acesso	n	%
Motivo da procura pelo serviço odontológico		
Dor	105	26,90
Extração	64	16,40
Tratamento	220	56,40
Outros	1	0,30
Orientação para procurar do serviço odontológico		
Ninguém	217	55,60
Algum familiar/ amigo	65	16,70
ACS	87	22,30
Cirurgião dentista	12	3,10
Outros	9	2,30
Distância entre a casa e o consultório		
Perto	301	77,20
Razoável	75	19,20
Longe	14	3,60
Demora no agendamento da 1º consulta		
Demorou muito	13	3,30
Demorou pouco	81	20,80
Não demorou	293	75,10
Não sabe/não respondeu	3	0,80
Forma do agendamento da consulta		
Com Hora marcada	46	11,80
Em turnos definidos	6	1,50
Por ordem de chegada	308	79,00
Encaixe	28	7,20
Outros	2	0,50
Tempo na sala de espera		
Muito demorado	22	5,60
Pouco demorado	163	41,80
Não é demorado	203	52,10
Não sabe/não respondeu	2	0,50
Total de usuários encaminhados para o Centro de Especialidade Odontológica		
Sim	95	24,4
Não	287	73,6
Não sabe/não respondeu	8	2
Total de Entrevistados	390	100

Dos usuários que foram encaminhados, 88,4% conseguiram agendamento no Centro de Especialidade Odontológica e 80 % estavam satisfeitos em ter conseguido marcar a consulta com especialista (Tabela 3), no entanto, quando perguntados sobre o tempo que levou para agendar, o grau de satisfação diminuiu para 66,7%, sendo que 32,1 % esperaram até uma semana e 29,8% de duas a três semanas para conseguir a vaga (Tabela 4).

Tabela 3 – Total de usuários atendidos na atenção básica que conseguiram agendamento na atenção especializada do serviço odontológico SUS, 2013.

Agendamento	n	%
Do total de encaminhados para o Centro de Especialidade Odontológica que conseguiram agendar		
Sim	84	88,4
Não	11	11,6
Não sabe/ não respondeu	1	1,1
Grau de satisfação por ter conseguido o agendamento no Centro de Especialidade Odontológica		
Satisfeito	76	80
Mais ou menos	5	5,3
Insatisfeito	14	14,7
Total de Entrevistados	95	100
O Cirurgião-dentista da atenção especializada conversou sobre o tratamento?		
Sim	50	59,5
Algumas vezes	9	10,7
Não	25	29,8
Teve facilidade em falar com o Cirurgião-dentista especialista?		
Sim	48	57,1
Não	22	26,2
Nunca precisou	13	15,5
Não sabe/não respondeu	01	1,2
Total de entrevistados	84	100

Tabela 4 - Número de usuários, segundo o grau de satisfação com o tempo de agendamento na atenção especializada odontológica do SUS, 2013.

Tempo de agendamento	Grau de Satisfação			TOTAL
	Satisfeito	Mais ou menos	Insatisfeito	
1 dia	3(5,4%)	0(0,0%)	0(0,0%)	3(3,6%)
até 1 semana	25(44,6%)	1(5,3%)	1(10%)	27(32,1%)
2 a 3 semanas	17(30,3%)	7(36,8%)	1(10%)	25(29,7%)
1 mês	5(8,9%)	4(21,1%)	5(50%)	14(16,7%)
Mais de 1 mês	4(7,1%)	7(36,8%)	3(30%)	14(16,7%)
Outros	1(1,8%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(1,2%)
TOTAL	56(66,7%)	19(22,6%)	10(10,7%)	84(100%)

Nos aspectos sobre a humanização, confiança e reolutividade, houve um alto percentual de usuários que relatam que o serviço odontológico prestado na rede pública está satisfatório, sendo que 96,9 % disseram que o horário que o cirurgião-dentista trabalha é bom; 55,6% consideraram o atendimento dado pela equipe muito bom; 96,7% sentiram confiança no trabalho do Cirurgião-dentista e 95,6 afirmaram que os seus problemas de saúde bucal iriam ser resolvidos na atenção primária, no entanto, 42,6 não souberam dizer o nome do profissional que os atendeu (Tabela 5).

Tabela 5- Número de usuários, segundo as variáveis relacionadas à humanização no serviço odontológico do SUS, 2013.

Humanização	n	%
Horário que o Cirurgião-dentista trabalha é bom		
Sim	378	96,90
Não	12	3,10
Recebeu informações sobre a sua condição de saúde bucal		
Sim	358	91,80
Não	22	5,60
Não sabe	10	2,60
Consegue tirar dúvidas sobre o tratamento		
Sim	249	63,90
Sim, algumas vezes	84	21,50
Não	18	4,60
Nunca precisou	36	9,20
Não sabe/não respondeu	3	0,80
Atendimento dado pelo Cirurgião-dentista e equipe		
Muito bom	217	55,60
Bom	156	40,00
Regular	14	3,60
Ruim/muito ruim	0	0,00
Não respondeu	3	0,80
Sabe o nome do Cirurgião-dentista que esta te atendendo		
Sim	224	57,40
Não	166	42,60
Sente confiança no atendimento dado pelo Cirurgião-dentista		
Sim	377	96,7
Não	7	1,8
Mais ou menos	4	1,0
Não sabe/não respondeu	2	0,5
O Cirurgião-dentista da atenção básica está resolvendo seus problemas de saúde bucal?		
Sim	373	95,6
Não	8	2,10
Não sabe/não respondeu	9	2,30
Total de entrevistados	390	100

Quando perguntado sobre o serviço de ouvidoria do SUS, 59,2% não souberam dizer onde poderiam fazer as reclamações e 77,9 % nunca precisaram emitir opinião sobre o serviço odontológico prestado na rede pública (Tabela 6).

Tabela 6 – Número de usuários, segundo o conhecimento sobre o serviço de ouvidoria SUS, 2013.

Questões	n	%
Quando não é bem atendido no serviço odontológico sabe onde reclamar?		
Sim	159	40,80
Não	231	59,20
Quando quer fazer alguma reclamação ou sugestão sobre o serviço, consegue?		
Sim	41	10,50
Sim, mas com dificuldade.	11	2,80
Não	24	6,20
Nunca precisou	304	77,90
Não sabe/ não respondeu	10	2,60
Total de entrevistados	390	100

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa sobre avaliação do acesso, a humanização, resolutividade, confiabilidade e ouvidoria no serviço odontológico prestado no Sistema Único de Saúde, houve um alto percentual de satisfação em relação ao acesso, humanização e grande parte dos usuários confiavam no atendimento odontológico recebido e a maioria afirmou que o serviço na atenção básica iria resolver os problemas de saúde bucal, no entanto, poucos têm conhecimento sobre os serviços de ouvidoria.

De um modo geral, foi evidenciada uma alta satisfação dos usuários que estavam recebendo atendimento odontológico do município de Aquidauana MS, corroborando com a avaliação de satisfação da pesquisa mundial de saúde, na qual um dos critérios que obteve as melhores pontuações de satisfação foram aspectos da humanização e as competências dos profissionais¹². No entanto, contradizendo o estudo dos autores¹³, em que 58% da população do Brasil se mostraram insatisfeitos com o funcionamento da assistência de saúde.

Com relação ao acesso aos serviços de saúde (Tabela 2), 33,3% dos usuários vão em busca de tratamento, 55,6% procuram atendimento por conta própria, 77,2% consideram próxima a Unidade de saúde, 79% falaram que o agendamento é por ordem de chegada e 52,1% relataram que não demora a serem atendidos, o que evidencia a ESF como porta de entrada do sistema.

De acordo com a Tabela 2, 75,1% dos usuários entrevistados afirmaram que não demorou a agendar a consulta odontológica na atenção básica, similarmente os autores¹⁴ também descreveram em seu estudo certa tranquilidade para o agendamento de consulta na unidade principalmente nas ESF, mostrando assim, que não há demanda reprimida no serviço, bem como a formação de filas para o agendamento.

Neste sentido, é de primordial importância a organização da demanda por parte dos gestores, pois um dos principais obstáculos encontrados nos serviços são as filas para agendamento, o que pode gerar desistência dos usuários em utilizarem os serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde^{10,15}. Apesar da renda predominante dos usuários estar na faixa de um a dois salários mínimos, este não foi o principal motivo atestado por eles para a procura do tratamento, mas sim, a procura foi por demanda espontânea.

O alto percentual de usuários que procuram o serviço sem indicação, pode estar relacionado ao modelo de agendamento instituído nas UBS e conseqüentemente nos serviços de saúde bucal, onde as organizações da demanda estão focadas na procura espontânea, pois

os tratamentos odontológicos iniciados, geralmente são oferecidos a usuários que demandam o serviço com alguma queixa odontológica¹⁶.

Esta constatação ficou evidenciada com a pequena atuação da equipe de saúde bucal na organização do serviço de saúde, pois somente 3,1% dos usuários foram encaminhados para Unidade com indicação dos Cirurgiões-Dentistas, mostrando assim, a existência de um nó crítico na atuação destes profissionais na Estratégia da Saúde da Família, havendo a necessidade de mudanças de paradigmas, bem como reformulação de conceitos por parte dos profissionais odontólogos, passando do foco meramente curativista para uma visão mais estrategista.

Em relação à utilização do serviço especializado, do total de usuários entrevistados, 24,4% foram encaminhados para o Centro de Especialidade Odontológica (CEO), mostrando assim, que o serviço público odontológico da atenção básica está conseguindo resolver os problemas de saúde bucal da população (Tabela 3).

Outro fator abordado foi o acesso ao serviço especializado. Do total de usuários entrevistados que foram encaminhados para o CEO, 88% conseguiram agendar a consulta, sendo que 80% estão satisfeitos por terem conseguido agendar uma consulta, no entanto, quanto ao tempo para marcar a consulta 66,7% estão satisfeitos, 22,6 % mais ou menos e 10,7% insatisfeitos, mostrando assim, que o Centro de Especialidade Odontológica está servindo de suporte para resolução das necessidades de saúde bucal. (Tabela 3)

Ao se analisar os aspectos da humanização no centro de especialidade odontológica em comparação com a atenção básica, 91,8 % já tiveram informação de como está o estado da saúde bucal; 63,8% conseguem tirar as dúvidas com o cirurgião dentista. Esta porcentagem diminui para 59,5% dos usuários que foram tratados no CEO que tiveram informação sobre o tratamento e 57,1% conseguiram tirar as dúvidas, 26,2% não conseguiram e 15,5% não precisaram falar com o cirurgião dentista (Tabela 3).

No entanto, a implementação da atenção secundária atualmente é um grande desafio para o alcance da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no desenvolvimento do fluxo de referência e contrarreferência, através do qual as informações e os usuários trafegam no sistema. Vale ressaltar que os CEOS são as unidades de referência para a Atenção Básica¹⁷.

Desta forma, o acesso não é somente a maior ou menor facilidade da população em conseguir a consulta, pois compreende outros fatores como: a oferta do serviço; distribuição geográfica; disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos; financiamento;

o modelo assistencial; acessibilidade, aceitabilidade e a informação sobre o serviço prestado¹⁸.

No aspecto da humanização (Tabela 5), 96,9% dos usuários relataram que o horário do atendimento odontológico era bom; 91,8 % já tiveram informação de como está o estado da saúde bucal; 63,8% conseguem tirar as dúvidas com o cirurgião dentista e 55,6% consideraram o atendimento dado muito bom.

Confirmando assim, as proposições dos pesquisadores¹⁹ segundo as quais os usuários do Programa de Saúde da Família expressam um alto grau de satisfação em relação à dimensão relacional, em todos os seus atributos: respeito, consideração, escuta, compreensão, acolhida e gentileza por parte dos profissionais da equipe, portanto, em relação à qualidade dos profissionais de saúde.

Esta avaliação positiva pode ser motivada pelo horário de atendimento integral e também devido à implantação do HumanizaSUS pelo Ministério da Saúde, que tem como objetivo a transformação das práticas de atendimento, com uma visão mais integrada e acolhedora⁵.

No entanto, verificou-se que 21,5% dos usuários não conseguiram tirar dúvidas e 42,6% não souberam responder qual o nome do cirurgião dentista que os atendeu, mostrando falhas no relacionamento interpessoal entre profissional e usuário, principalmente na criação de vínculos, pois a ida ao dentista é um momento de grande significado emocional para o paciente, pois, afinal, o fato de permitir que alguém trate de sua boca, transforma-se em um ato de grande intimidade²⁰.

A tabela 5 demonstra que 96,7% dos usuários do serviço odontológico da atenção básica tinham confiança no trabalho desenvolvido pelo cirurgião-dentista e 95,6% afirmaram que o atendimento dado na atenção básica estava resolvendo os seus problemas de saúde bucal, evidenciando que o serviço de saúde bucal na rede pública está atendendo as expectativas da população.

A resolutividade pode ser entendida como a eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adstrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e os fatores de risco aos quais essa população está exposta²¹.

A alta taxa de satisfação com a atenção básica pode estar relacionada ao simples fato da realização dos procedimentos ou pela solução dos problemas de dor, pois os usuários baseiam seus julgamentos de satisfação em vários critérios, como a rapidez, a organização, a amabilidade e a resolutividade do problema que aflige²⁰, relacionando a resolutividade dos

problemas com outros fatores como: competência na execução do tratamento, profissional atualizado e tratamento sem dor.²²

Nas questões sobre ouvidoria, 59,2% dos usuários não sabiam dizer onde reclamar quando houvesse algum problema na assistência a saúde; 77,9% nunca precisaram fazer reclamação, dando indícios que a ouvidoria no Sistema Único está no estágio incipiente, constatando assim, que existe um desconhecimento desta ferramenta por parte do usuário, havendo a necessidade de maior divulgação do serviço.

As ouvidorias do SUS devem captar a demanda e transmiti-la a instâncias responsáveis para que sejam tomadas as providências, sendo desta forma uma instrumento mediador entre o população e o sistema, devendo ser capaz de captar a satisfação do usuário e detectar os problemas locais²³.

Embora este estudo forneça informações importantes sobre a utilização de serviços odontológicos na rede pública, não se pode deixar de considerar as suas limitações, inicialmente devido ao desenho transversal do estudo, havendo limitações pertinentes a este tipo de pesquisa, como por exemplo, os resultados obtidos referenciam hipóteses relativas aos fatores associados.

Em segundo lugar, os participantes são usuários que estavam em tratamento odontológico e as entrevistas foram realizadas na sala de espera das Unidades de Saúde, antes e depois da realização do tratamento no horário de funcionamento da Unidade de Saúde, que corresponde ao horário comercial. Este fato implicou em participação mais elevada de mulheres na amostra e de indivíduos que não trabalham. Portanto, não pode ser descartada a hipótese de que os resultados obtidos estejam superestimados.

CONCLUSÃO

Houve uma alto percentual de satisfação dos usuários sobre acesso e humanização no serviço odontológico do Sistema Único de Saúde; grande parte dos usuários sentiu confiança no atendimento dado pelo Cirurgião-dentista e consideraram que seus problemas de saúde bucal seriam resolvidos na atenção básica, no entanto, a maioria não tinha conhecimento sobre ouvidoria.

Agradecimentos

Agradecimentos ao CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) pelo auxílio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMSM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc Saúde Coletiva*2012;17(11):2903-12.
2. Miranda CDC, Peres MA. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro2013;29(11):2319-2332.
3. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Naudver TM, Davi R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm* 2007;20(1):12-7.
4. Mello ALSF, Andrade SR, Moysés SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciênc Saúde Coletiva*2014;19(1):205-14.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Lima ENA, Souza ECF. Percepção sobre ética e humanização na formação odontológica. *RGO*2010;58(2):231-8.
7. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Cienc Saude Coleiva*2005; 10 (3):.585-97.
8. Silveira Filho, A.D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. *Bol. Prog. Saúde Família* 2002;2(6):36-43.
9. Mota LQ, Santos TA, Magalhães DBL. Humanização do atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos nos campos de estágio. *Rev Bras Ciênc Saúde*2012;16:537-544.
10. Cunha ABO, Vieira-Da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Publica* 2010;26(4):725-37.
11. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: A satisfação dos usuários. *Ver Baiana Saúde Publica*2007;32(2):258-68.
12. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: S109-18.

13. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB et al. Pesquisa mundial de saúde 2003: o Brasil em números. RADIS 2004; (23): 14-33.
14. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema único de saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2006.
15. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface Comun Saúde Educ 2010;14(35):797-810.
16. Bulgareli J, Cortellazi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. Ciênc saúde Coletiva 2014;19(2):383-91.
17. Vasquez FL, Guerra LM, Vitor ESA, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC, et al. Referência e Contrarreferência na atenção Secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. Ciênc Saúde 2014;19(1):245-35.
18. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBD, Lima AMD, Masote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre a atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad Saúde Publica 2008; 24(Supl. 1):S148-158.
19. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad Saúde Pública 1988;14(2):429-35.
20. Leão ATT, Dias K. Avaliação dos serviços de saúde prestados por faculdades de Odontologia: a visão do usuário. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva 2001; 2(1):40-6.
21. Brasil. Portaria nº 3.925, de 17 de novembro de 1998. Aprova o Manual para organização da Atenção Básica no Sistema único de Saúde. 1998; 17 nov.
22. Bottan ER, Santos SC, Furlani MA. Imagem do cirurgião-dentista: a percepção de indivíduos adultos. In : Anais do Salão de Iniciação Científica; 2004; Porto Alegre.: UFRGS; 2004.
23. Antunes LR, Ouvidorias do SUS no processo de participação popular. Rev Saúde Coletiva 2008;5(26); 238-41.

7 CONCLUSÃO GERAL

Conclui-se que houve alto grau de satisfação com o serviço odontológico prestado no Sistema Único de Saúde, tanto na atenção básica, quanto na atenção especializada, em relação ao acesso, humanização, confiabilidade e resolutividade, no entanto, houve a predominância dos usuários que não sabiam dizer a onde reclamar quando tem algum problema com atendimento. Grande parte dos usuários classificou a condição de saúde bucal como boa e a principal justificativa apresentada foi o cuidado com a saúde. Poucas foram as sugestões propostas para melhoria da qualidade dos serviços odontológicos, dentre as apresentadas, destacam-se as relacionadas com infraestrutura, acesso, humanização e educação em saúde.

8 CONSIDERAÇÃO FINAL

A pesquisa considerando a percepção do usuário permite a identificação da realidade vivenciada pelo indivíduo, possibilitando a compreensão mais detalhada das principais dificuldades e expectativas quanto às suas reais necessidades. Na maioria das vezes essas informações não são expostas durante o atendimento, ou mesmo nos meios disponibilizados para sugestões ou reclamações.

É de extrema importância que os gestores de saúde viabilizem meios ou executem práticas avaliativas utilizando a opinião do usuário sobre o serviço prestado, pois desta forma as informações geradas a partir da avaliação dos usuários, tornam-se ferramentas de extrema importância para aprimoramento, reestruturação, organização e elaboração de estratégias nos serviços de saúde, bem como a alocação correta dos recursos financeiros, visando a melhoria da resolutividade do atendimento e da qualidade de vida da população.

ANEXOS

Anexo A - Referências da Introdução Geral

Bastos GAN, Fasolo LR. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional Rev bras epidemiol. 2013; 16(1):114-24.

Brasil. Ministério da Saúde. Resultados do processo avaliativo 2004-2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização .Brasília: Ministério da Saúde; 2010:242.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. Cad Saúde Pública. 2004; 20(Suppl 2): S220-30.

Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad Saúde Pública2006; 22(6):1267-76.

Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. J Dent Res.1998;77(7):1529-38.

Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad Saúde Pública. 2012; 28 (Suppl): S81-9.

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad Saúde Pública 2006; 22(8):1649-59.

Kraemer, MEP. Avaliação da aprendizagem como construção do saber. Rev Gestão Universitária. 2006 [citado 2006 jul 19]104. Disponível em:

<http://www.gestaouniversitaria.com.br/artigos/avaliacao-da-aprendizagem-como-construcao-do-saber>.

Luchi CA, Peres KG, Bastos JL, Peres MA. Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos. Rev Saúde Pública. 2013; 47(4):740-51.

- Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saúde Pública*.2009; 25(2):421-35.
- Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(4): 723-34
- Peres KG, Cascaes AM, Leão ATT, Côrtes MIS, Vettore MV. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(Supl. 3): 19-28.
- Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(12): 2316-22.
- Rodrigues CAQ, Silva PLV, Caldeira AP, Pordeus IA, Ferreira RC, Martins AMEBL. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(6): 1039-50.
- Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do SUS. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003.p.28-49.
- Reis C, Martelli Júnior H, Franco BM, Santos AA, Ramalho LMP. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: a voz do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(4):1287-95.
- Silva DD, Held RB, Torres SVS, Sousa MLR, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6): 1145-53.
- Stenzel ACB, Misoczky MC, Oliveira AI. Satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde. In: Misoczky MC, Bordin R. *Gestão local em saúde: práticas e reflexões*. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2004. p. 87-102.
- Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública* .2005; 21(Suppl 1):S54-64.
- Tamak EM, Barbieri AR, Cazola LHO, Andrade SMO, Tanaka OY. A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010; 10(Suppl 1): S201-8.

Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(4): 821-8.

Trad LA, Castellanos MEP, Guimarães MCS. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(6):1007-13.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Suppl2):S190-8.

Vale EB, Mendes ACG, Moreira RS. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(Supl.3): 98-108.

Anexo B - Referências da Metodologia

Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. São Paulo: Ed. 70; 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Censo 2010.2010 [citado 2010 dez 11].

Disponível em censo2010.ibge.gov.br

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População do Brasil: domicílios particulares permanentes.2010 [citado 2011 ago 5]. Disponível em censo2010.ibge.gov.br

ANEXO C - Questionário da pesquisa da satisfação dos usuários do serviço odontológico da rede pública do Município de _____

() UBS: _____ () USF: _____	Data da entrevista: ___/___/___	Sexo: () M () F
Idade: _____	Profissão: _____	Estado Civil: _____
Grau de escolaridade: () Analfabeto () Fundamental (1º a 5º série) () Fundamental (6º a 9º série) () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () superior completo () Pós-graduação () Não sabe/ não respondeu		
Condições socioeconômicas: () Desempregado () Renda menor de 1 salário () Renda entre 1 a 2 salários () Renda de 2 até 5 salários () Renda de 5 a 10 salários () Renda mais de 10 salários () Não sabe/ não respondeu		

1) Qual o motivo pelo qual o(a) senhor(a) procurou o serviço odontológico dessa unidade de saúde?

() Revisão/prevenção () dor () Extração () Tratamento () Outros () Não sabe/ Não respondeu

2) Quem orientou o(a) senhor(a) a procurar o serviço odontológico dessa unidade de saúde?

() Ninguém () Algum familiar ou amigo () ACS () Cir - dentista da ESF
() Outro. Especificar: _____

3) O que o(a) senhor(a) acha da distância da sua casa até o consultório do dentista dessa unidade de saúde?

() Perto () Razoável () Longe () Não sabe/não respondeu

Com relação a isto o(a) Sr(a) se sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

4) Como o(a) senhor(a) se sente sobre a forma como é recebido ao procurar o serviço odontológico dessa unidade de saúde? () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

5) O horário que o dentista dessa unidade de saúde trabalha é bom (adequado, apropriado, cômodo) para o senhor(a)?

() Sim () Não () Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o (a) senhor (a) se sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

6) O senhor(a) considera que o tempo de espera para agendar a sua consulta com o dentista dessa unidade:

() Demorou muito () Demorou pouco () Não demorou () Não sabe/ Não respondeu

Com esse tempo o (a) Sr(a) se sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

7) Quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta com o dentista, sua consulta é: (poderá ser assinalada mais de uma opção) () Com hora marcada () Em turnos definidos do dia () Por ordem de chegada () Encaixe () Outros _____

Com isto o (a) Sr(a) se sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

8) O tempo que o senhor(a) fica aguardando na sala de espera, antes de ser chamado pelo dentista é:

Muito demorado Pouco demorado Não é demorado Não sabe/ Não respondeu

Com esse tempo o (a) Sr(a) se sente: Satisfeito Mais ou menos Insatisfeito

9) Quando o senhor(a) consegue a consulta com o dentista, durante o seu atendimento odontológico o(a) senhor(a) recebe informações e esclarecimentos sobre a sua situação de saúde bucal?

Sim Não Não sabe/não respondeu

10) Durante o seu atendimento odontológico, o(a) senhor(a) consegue conversar com o(a) dentista sobre as suas dúvidas, preocupações e seus problemas de saúde bucal?

Sim Sim, algumas vezes Não Nunca precisou Não sabe/não respondeu

Com relação a isto o(a) Sr(a) se sente: Satisfeito Mais ou menos Insatisfeito

11) Durante o seu atendimento odontológico, o dentista fala com o senhor(a) sobre como fazer para prevenir as principais doenças da boca, como a cárie e a doença da gengiva?

Sim, sempre Sim, algumas vezes Não Não sabe/Não respondeu

Com relação à isto o (a) Sr(a) se sente: Satisfeito Mais ou menos Insatisfeito

12) Durante o seu atendimento odontológico, o dentista dessa unidade de saúde e a equipe dele demonstraram:

Educação: Sim Não **Respeito:** Sim Não

Interesse/preocupação com sua saúde bucal: Sim Não

Em relação a isto o (a) Sr(a) se sente: Satisfeito Mais ou menos Insatisfeito

13) O(a) senhor(a) sentiu confiança no dentista e na equipe dele durante o seu atendimento odontológico?

Sim Não Mais ou menos Não sabe/não respondeu

14) Como o(a) senhor(a) considera o atendimento dado pelo dentista e pela equipe dele nessa unidade de saúde?

Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim Não sabe/não respondeu

Com relação a isto o(a) Sr(a) se sente: Satisfeito Mais ou menos Insatisfeito

15) O(a) senhor(a) sabe o nome do dentista que lhe atendeu nessa unidade de saúde?

Sim Não

16) O senhor(a) já foi encaminhado pelo dentista dessa unidade de saúde para um tratamento mais especializado, com outro dentista, fora dessa unidade de saúde?

Sim Não Não sabe/não respondeu **Se responder "não, não sabe/não respondeu" pular para questão 20.*

17) Quando o senhor(a) foi encaminhado para esse tratamento odontológico especializado, o senhor(a) conseguiu marcar a consulta com o dentista especialista?

Sim Não Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o(a) Sr(a) se sente? Satisfeito Mais ou menos Insatisfeito

18) Quanto tempo o (a) senhor(a) levou para agendar essa consulta com o dentista especialista?

1 dia até 1 semana de 2 a 3 semanas 1 mês mais de 1 mês
Outro: _____

Com esse tempo o (a) Sr(a) se sente? Satisfeito Mais ou menos Insatisfeito

19) Depois que o (a) senhor (a) foi encaminhado para o dentista especialista, o dentista dessa unidade de saúde ou os auxiliares dele(a) conversaram com o(a) senhor(a) sobre este novo tratamento?

Sim Algumas vezes Não

Em relação a isso o (a) Sr(a) se sente? Satisfeito Mais ou menos Insatisfeito

20) Após o término do seu tratamento odontológico, se surgir alguma dúvida sobre o tratamento que o senhor(a) realizou, o senhor(a) tem facilidade para falar com o dentista ou com os profissionais da equipe dele que o atenderam? Sim Não Nunca precisou

Não sabe/não respondeu

Com relação a isto o(a) Sr(a) se sente: Satisfeito Mais ou menos Insatisfeito

21) Em sua opinião, o dentista desta unidade de saúde está conseguindo resolver todos os seus problemas de saúde bucal? sim não não sabe/não respondeu.

E como o senhor se sente em relação a isso? Satisfeito mais ou menos insatisfeito

22) Caso o senhor(a) não seja bem atendido ou tenha algum problema com o dentista ou alguém da equipe dele, o senhor(a) sabe onde reclamar? Sim Não

23) E quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou dar uma sugestão sobre o serviço odontológico dessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?

Sim Sim, mas com dificuldade Não Nunca precisou Não sabe /não respondeu

24) Quando o(a) senhor(a) faz alguma reclamação ou dá alguma sugestão sobre este serviço odontológico, alguém lhe dá uma resposta ou mostra uma solução para o seu problema?

Sim, rapidamente Sim, mas demora Não Nunca fez reclamação Não sabe /não respondeu

25) O(a) senhor(a) alguma vez pagou por algum procedimento realizado pelo dentista de unidade de saúde ou por alguém da equipe dele?

Sim Não

Com isso o(a) Sr(a) se sente: Satisfeito mais ou menos insatisfeito

26) Como o(a) senhor(a) julga a limpeza dos ambientes em que o dentista e sua equipe o atendem?

Muito Bom Bom Regular Ruim Muito ruim

Com isso o(a) Sr(a) se sente: Satisfeito Mais ou menos Insatisfeito

27) Como o(a) senhor(a) julga o conforto dos ambientes em que o dentista e sua equipe o atendem?

Muito Bom Bom Regular Ruim Muito ruim

Com isso o(a) Sr(a) se sente: Satisfeito Mais ou menos Insatisfeito

28) Dentro dessa unidade de saúde, o consultório do dentista é bem sinalizado, fácil de localizar?

Sim Não Não percebido

Com isso o(a) Sr(a) se sente: Satisfeito Mais ou menos Insatisfeito

29) De uma maneira geral, como o senhor se sente em relação ao ambiente de trabalho do dentista e da equipe dele?

Satisfeito Mais ou menos Insatisfeito

30) Há quanto tempo o(a) senhor(a) não realizava um tratamento odontológico?

Menos de seis meses Seis meses a um ano Um a dois anos Três anos ou mais Não sabe/ Não respondeu

31) Na sua opinião, como está a sua saúde bucal?

Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim. Por quê? _____

Diga, por favor, o que precisa ser melhorado no atendimento odontológico desta unidade de saúde.

O que o dentista dessa unidade de saúde e a equipe dele poderiam fazer para o que o (a) senhor(a) se sentisse mais satisfeito com a sua saúde bucal?

***ANEXO D* - Artigo Aceito na Revista Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada (PBOCI), traduzido para o Inglês**

**EVALUATION OF THE DEGREE OF SATISFACTION OF DENTAL SERVICE
USERS OF FAMILY HEALTH UNITS**

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO
ODONTOLÓGICO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

AYACH, Carlos. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual Paulista, Campus de Araçatuba, SP. Rua Pandiá Calógeras, nº 661, Aquidauana, MS – Centro. CEP: 79200000. E-mail: cayach@terra.com.br

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba. Universidade Estadual Paulista, Campus de Araçatuba, SP. Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva Social. Professora Titular do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Endereço: Unesp — Rua José Bonifácio, 1193 — Vila Mendonça — CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil. E-mail: sasaliba@foa.unesp.br.

GARBIN, Cléa Adas Saliba, Universidade Estadual Paulista, Campus de Araçatuba, SP. Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva Social. Professora doutora adjunta do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Endereço: Unesp — Rua José Bonifácio, 1193 — Vila Mendonça — CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil. E-mail: cgarbin@foa.unesp.br.

EVALUATION OF THE DEGREE OF SATISFACTION OF DENTAL SERVICE USERS OF FAMILY HEALTH UNITS

ABSTRACT

The approach of user satisfaction in health care as a dimension of evaluation, involves assessing the service offered, expectations and the level of approval, detecting possible failures and successes in finding solutions to improve the quality of care. **Objective:** To assess the degree of user satisfaction with oral health services in the National Health System. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. Overall, 325 users were interviewed in dental service units of the family health strategy in the Municipality of Aquidauana, MS, using exclusion criterion patient under the age of 15 years and any inability to answer the instrument used. **Results:** Users reported treatment as the main reason for seeking dental services (39.4%), followed by pain (28.3%) and review and prevention (26.8%). It was observed that 49.2% of patients seek the service on their own (25.2%) were referred by Community Health Agent; (19.1%) by a family member or friend and (3.7%) by the dentist. Respondents showed greater satisfaction with the location of Units; with the way they were received at the Unit; with the time of service and the scheduling of consultations in primary care. In relation to self-assessment on the oral health status, 40% of users considered good and 39.4% as regular. **Conclusion:** The satisfaction rates with oral health services offered in the National Health System were high, and most users who were in treatment, sought the service on their own and in need for treatment.

Keywords: Health assessment, patient satisfaction, Oral Health.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO ODONTOLÓGICO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

A abordagem da satisfação dos usuários em saúde como uma dimensão da avaliação, implica trazer em julgamento o serviço prestado, bem como as expectativas e o nível de aprovação, detectando possíveis falhas e acertos em busca de soluções para melhoria da qualidade do atendimento. **Objetivo:** Avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação ao serviço de saúde bucal prestado no Sistema Único de Saúde. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo de corte transversal. Foram entrevistados 325 usuários nas unidades de estratégia da saúde da família no serviço odontológico, do Município de Aquidauana/MS, tendo como critérios de exclusão: pacientes abaixo dos 15 anos ou com alguma impossibilidade de responder o instrumento utilizado. **Resultados:** Do total de usuários entrevistados, 39,4% relataram que o principal motivo para procurar o serviço odontológico foi a necessidade de tratamento, seguido de dor (28,3%) e revisão e prevenção (26,8%). Observou-se que 49,2% procuram o serviço por conta própria; 25,2% foram encaminhados por Agente Comunitário de Saúde; 19,1% por algum familiar ou amigo e 3,7% pelo cirurgião-dentista. Os entrevistados apresentaram maior satisfação com a localização das Unidades, com a forma como foram recebidos na Unidade, com o horário do atendimento e com o agendamento das consultas na atenção básica. Quanto à autoavaliação sobre a condição de saúde bucal, 40 % dos usuários consideraram boa e 39,4% regular. **Conclusão:** Houve alto percentual de satisfação com o serviço de saúde bucal oferecido no Sistema Único de Saúde e grande parte dos usuários buscou o serviço por conta própria e por necessidade de tratamento odontológico.

Palavras-chave: Avaliação em saúde, Satisfação do paciente, Saúde Bucal.

INTRODUCTION

The approach of user satisfaction in health care as a dimension of evaluation, involves assessing the service offered, as well as the expectations and level of satisfaction with these services, providing essential information for managers in the planning and elaboration of strategies in search for the resolution and quality of actions and resizing of financial resources (1).

The quality of health services can be considered a result of several factors, including: professional competence, accessibility, effectiveness, efficiency and satisfaction. When evaluating service quality, the service users should be identified and what users believe and expect from the service. This way, questions related to evaluation and quality are closely linked with user satisfaction with health service (2).

The term satisfaction is directly linked to the act of explaining the wishes and desires the users that are part of a community. It is a dynamic process that can be influenced by a number of factors such as perception of health and disease status, beliefs and socio demographic characteristics. It also involves attention aspects, in which satisfaction can be characterized as an individual assessment of several dimensions of their care, such as access, infrastructure, user-provider interaction and outcomes in terms of health; however, the issue to be discussed is whether they are showing positive results with the actions developed (3-5).

Users are the primary source of data when reporting their experiences to have access to treatment, their physical and emotional state when facing disease problems, and when providing information about the technical process of their treatment, with the intention to have their needs fulfilled and translated into services and actions (6).

Then, user satisfaction has occupied an important place in the evaluation and planning of quality improvement actions in health services. This position considers that satisfaction is also directly related to therapy adherence and results from health services, influencing behaviors of health and disease and increasing the value of users as consumers (2).

With the implementation of the Unified Health System, social control has become a fundamental principle of system execution, providing the possibility of users to intervene in services, proposing actions and health policies. In this sense, its strengthening in the Unified Health System (SUS), particularly in primary care, presupposes the conception of users as co-responsible for the health system management (7).

For the Ministry of Health, "evaluations in health are based on the assessment of efficiency, efficacy and effectiveness of structures, processes and results regarding risks, access and satisfaction of citizens that use public health services, in search of resolvability and quality" (8).

In Brazil, the importance of public policy evaluation is recognized in official documents, with several programs implemented since 2003, such as the National Program of Health Service Evaluation (PNASS) and, today, the Access and Quality Improvement Program (PMAQ), in an attempt to improve service quality, guide municipal administrations when planning health service strategies and develop a permanent evaluation policy. However, these programs are in early phases, with poor knowledge of administrators and professionals about evaluation methods, leading to insufficient systematic and consistent evaluation to support public management (9-10).

The methodological base, of both PNASS and PMAQ, is to develop an instrument that allows a comprehensive evaluation, covering various realities, with the definition of four dimensions of evaluation: roadmap to compliance standards; indicators; user satisfaction survey; work environment survey. It intends to allow an evaluation that investigates services of distinct complexities, not requiring specific instruments for each service (8 -11).

The stronger need for health service evaluation has been more evident with the implementation of the Family Health Program, with strategies of a new service model for basic health, in a more complete view of users and actions involving the community in a hierarchized and more resolute manner, understanding human beings not only in their biological dimension, but also their psychological, social and cultural influences, and the environment they are inserted, further strengthening user participation in health service and service quality improvement (12).

For this reason, evaluations can provide immeasurable contribution, not only by showing successes or failures, but especially allowing the development of solutions, reorganization of activities and services, and finding alternative ways to maximize the use of resources (13-14).

Most studies on health service evaluation that have been published are focused on the evaluation of a specific service, diagnosis of health service situation, case studies and analyses of a program or public policy implementation or development. Few of these studies focus the evaluation of basic health service organization or performance, in particular the oral health service, whose evaluation studies are about successful experiences or case studies in several municipalities in the country (1).

Studies conducted to understand the different dimensions that involve user satisfaction in health, especially those related to dental service, allow a broader and better evaluation of how the current system works and have become the main support for the organization and planning of health strategies.

The aim of this study was to evaluate the user satisfaction regarding the oral health service in the National Health System provided by family health teams, seeking to better understand the reality experienced in relation to access and also the service offered.

METHODOLOGY

This is a descriptive and quantitative cross-sectional study that analyzed the user satisfaction with dental services provided by Family Health Strategy (ESF) units in the city of Aquidauana, MS, in 2013.

The outpatient care system in Aquidauana is comprised of 15 Family Health Units, with 14 dental service teams operating in category 1 and one in category 2, covering 100% of the Family Health Program, mapped according to population density and needs – 13 are in urban areas and 2 in rural areas.

For the interview, a questionnaire was developed, adapted from instruments proposed by the National Program of Health Service Evaluation (PNASS) and the Access and Quality Improvement Program (PMAQ) (8;15).

For the questionnaire application, the interviewer and the instrument test were calibrated. Interviews were performed with 30 users, who were in dental treatment at the waiting room of the Dental Health Unit, searching to assess the comprehension of questions, the confidentiality of responses and whether the site was suitable for the application of interviews. Thus, the instrument was redesigned and made suitable to be applied in the research.

After instrument adaptation, the interviews were conducted by a professional dentist individually with users who were performing dental treatment in the Primary Care health units. The interviews were conducted on the day of the dental treatment subsequent to the first visit. The places chosen for conducting the interviews were: waiting room; balconies; rooms that were not being used and also offices of the Health Units, depending on their availability. The confidentiality of responses was maintained in order to avoid biases.

Exclusion criteria were the following: users who were waiting to schedule the first appointment; those who were waiting for the first visit; patients attended at the emergency room; patients who were participating in lectures and educational activities; users under 15 years of age, as well as their families and friends; patients with communication difficulties and patients of Family Health Units in the rural area.

To calculate the sample, the PNASS parameter were considered (Table 1); schedules of dental treatments in the oral health service and capacity of the dental sector at the ESF. Regarding the scheduling, one day to collective service and four days of the week for individual sessions are used, two days for children under 12 years and two days for adults, totaling a daily attendance of eight to twelve patients.

Thus, 11-12 daily sessions and two days intended for adults were considered for each Health Unit. Interviews with 90% of users who were in treatment were performed, according to Table 1, totaling 325 users, equally distributed into thirteen Family Health Units of the urban area (25 users per ESF).

Chart 1: Number of interviews to be conducted at the Health Unit

Appointments (day)	Percentage of users interviewed
1 to 10 appointments	100 %
11 to 12 appointments	90 %
13 to 19 appointments	80 %
20 to 30 appointments	70 %
31 to 40 appointments	60 %
+ 40 appointments	50 % as minimum of 20 users in the sample.

Source: PNASS, 2004

The results were processed using the Epi Info statistical software version 3.5.2 (Centers for Disease Control and Prevention) using data frequency analysis structured in tables and graphs for better visualization.

The study was submitted to and approved by the Brazilian Ethics Committee Research with human beings (Plataforma Brasil), for the School of Odontology in Araçatuba (UNESP), CCAE: 05567113.8.1001.5420; report number 353.893, of June 21, 2013. Before the interview, the participants signed an Informed Consent Term, which contained the study objectives and explanations about voluntary participation, guarantee of right to remain unidentified and the possibility to drop out at any moment, not involving any damage or risk to the population involved.

RESULTS

Table 1 – Number of users interviewed by age group in the city of Aquidauana, MS, 2013.

Characteristics	Age group					Total
	15 to 19 years	20 to 39 years	40 to 49 years	50 to 59 years	+ 60 years	
Gender						
Male	5(15.6%)	32(20.6%)	26(38.2%)	10(32.2%)	16(41%)	89(27.4%)
Female	27(84.4%)	123 (79.4%)	42(61.8%)	21(67.8%)	23(59%)	236(72.6%)
Total	32(100%)	155(100%)	68(100%)	31(100%)	39(100%)	325(100%)
Marital status						
Married / stable Union	5(15.6%)	97(62.6%)	49(72%)	20(64.5%)	23(59%)	194(59.7%)
single	26(81.3%)	50(32.3%)	13(19.1%)	6(19.4%)	3(7.7%)	98(30.1%)
widowed	0(0%)	1(0.6%)	1(1.5%)	1(3.2%)	10(25.6%)	13(4%)
Separated / Divorced	1(3.1%)	7(4.5%)	5(7.4%)	4(12.9%)	3(7.7%)	20(6.2%)
Total	32(100%)	155(100%)	68(100%)	31(100%)	39(100%)	325(100%)
Socioeconomic condition						
unemployed	11(34.4%)	39(25.2%)	10(14.7%)	3(9.7%)	4(10.2%)	67(20.6%)
Less than 1 MW	7(21.9%)	31(20%)	13(19.1%)	6(19.3%)	6(15.4%)	63(19.4%)
1 or 2 MW	5(15.6%)	53(34.2%)	29(42.7%)	13(41.9%)	23(59%)	123(37.9%)
2 to 5 MW	1(3.1%)	12(7.7%)	7(10.3%)	2(6.5%)	2(5.1%)	24(7.4%)
5 to 10 MW	0(0%)	1(0.6%)	0(0%)	1(3.2%)	1(2.6%)	3(0.9%)
More than 10 MW	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Do not know / no answer	8(25%)	19(12.3%)	9(13.2%)	6(19.4%)	3(7.7%)	45(13.8%)
Total	32(100%)	155(100%)	68(100%)	31(100%)	39(100%)	325(100%)
Educational level						
illiterate	0(0%)	1(0.6%)	0(0%)	2(6.4%)	4(10.2%)	7(2.1%)
1 to 5 years	1(3.1%)	33(21.3%)	22(32.3%)	13(41.9%)	26(66.6%)	95(29.2%)
6 to 9 years	10(31.3%)	28(18.1%)	13(19.1%)	4(12.9%)	4(10.3%)	59(18.2%)
Incomplete high school	7(21.9%)	27(17.4%)	8(11.8%)	3(9.7%)	0 (0%)	45(13.8%)
Complete high school	9(28.1%)	39(25.1%)	14(20.6%)	6(19.4%)	4(10.3%)	72(22.2%)
Incomplete higher educ.	4(12.5%)	8(5.2%)	5(7.4%)	0(0%)	0(0%)	17(5.2%)
Complete higher educ.	1(3.%)	15(9.7%)	2(2.9%)	2(6.5%)	0(0%)	20(6.2%)
Post-graduation	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Do not know / no answer	0(0%)	4(2.6%)	4(5.9%)	1(3.2%)	1(2.6%)	10(3.1%)
Total	32(100%)	155(100%)	68(100%)	31(100%)	39(100%)	325(100%)

Table 2 - Percentage distribution of users according to the perception of the distance of residences in the Family Health Units of the Municipality of Aquidauana, MS, 2013.

Distance	Degree of satisfaction			
	Satisfied	Slightly satisfied	Dissatisfied	TOTAL
Close	245(100%)	0(0%)	0(0%)	245(100%)
Reasonable	52(78.8%)	13(19.7%)	1(1.5%)	66(100%)
Far	8(57.1%)	3(21.4%)	3(21.4%)	14(100%)
TOTAL	305(93.8%)	16(4.9%)	4(1.2%)	325(100%)

Table 3 - Percentage distribution of users according to age and the reason for seeking dental services at the Health Unit in the Municipality of Aquidauana, MS, 2013.

Age group	Reason for seeking dental service					
	Review/ prevention	Pain	Extraction	Treatment	Others	Total
15 to 19 years	9(28.1%)	10(31.2%)	2(6.3%)	11(34.4%)	0(0%)	32(100%)
20 to 39 years	43(27.7%)	51(32.9%)	4(2.6%)	56(36.1%)	1(0.7%)	155(100%)
40 to 49 years	17(25%)	15(22.1%)	3(4.4%)	33(48.5%)	0(0%)	68(100%)
50 to 59 years	6(19.3%)	7(22.6%)	2(6.5%)	16(51.6%)	0(0%)	31(100%)
+ 60 years	12(30.8%)	9(23.0%)	6(15.4%)	12(30.8%)	0(0%)	39(100%)
Total	87(26.8%)	92(28.3%)	17(5.2%)	128(39.4%)	1(0.3%)	325(100%)

Table 4 - Percentage distribution of users according to age group and guidance for seeking dental service at the Health Unit in the Municipality of Aquidauana, MS, 2013.

Age group	Who guided					Total
	Nobody	Family member	ACS	Dentist	Others	
15 to 19 years	12(37.5%)	15(46.9%)	5(15.6%)	0(0%)	0 (0%)	32(100%)
20 to 39 years	79(51%)	26(16.7%)	37(23.9%)	6(3.9%)	7(4.5%)	155(100%)
40 to 49 years	38(55.8%)	7(10.3%)	21(30.9%)	1(1.5%)	1(1.5%)	68(100%)
50 to 59 years	14(45.2%)	6(19.3%)	8(25.8%)	3(9.7%)	0(0%)	31(100%)
+ 60 years	17(43.6%)	8(20.5%)	11(28.2%)	2(5.1%)	1(2.6%)	39(100%)
Total	160(49.2%)	62(19.1%)	82(25.2%)	12(3.7%)	9(2.8%)	325(100%)

Table 5 - Percentage distribution of users according to the schedule scheduling of consultations in Dental Health Units and degree of satisfaction in the Municipality of Aquidauana, MS, 2013.

Service time at	Degree of satisfaction		
	Satisfied	Slightly satisfied	Dissatisfied
Suitable	307(98.1%)	6(1.9%)	0(0%)
Not suitable	2(16.6%)	5(41.7%)	5(41.7%)
TOTAL	309(95.1%)	11(3.4%)	5(1.5%)

Table 6 - Distribution of users according to the time and degree of satisfaction to schedule the first appointment in the dental service at the Health Unit of the Municipality of Aquidauana, MS, 2013.

Time	Degree of satisfaction			
	Satisfied	Slightly satisfied	Dissatisfied	TOTAL
Took too long	4(30.8%)	6(46.1%)	3(23.1%)	13(100%)
Did not take long	70(86.4%)	10(12.3%)	1(1.3%)	81(100%)
Right away	226(99.1%)	2(0.9%)	0(0%)	228(100%)
Do not know	2(66.7%)	1(33.3%)	0(0%)	3(0.9%)
TOTAL	302(92.9%)	19(5.9%)	4(1.2%)	325(100%)

Table 7 – Distribution of users (%) according to the age group and users' perception of their own oral health condition at the Health Unit in the city of Aquidauana, MS, 2013.

Age group	Self-perceived oral health					TOTAL
	Very good	Good	Regular	Poor	Very poor	
15 to 19 years	3(9.4%)	9(28.1%)	13(40.6%)	6(18.8%)	1(3.1%)	32(100%)
20 to 39 years	15(9.7%)	70(45.2%)	58(37.4%)	10(6.4%)	2(1.3%)	155(100%)
40 to 49 years	5(7.4%)	26(38.2%)	31(45.6%)	4(5.9%)	2(2.9%)	68(100%)
50 to 59 years	4(12.9%)	8(25.8%)	14(45.2%)	4(12.9%)	1(3.2%)	31(100%)
+ 60 years	3(7.7%)	17(43.6%)	12(30.8%)	7(17.9%)	0 (0%)	39(100%)
TOTAL	30(9.2%)	130(40%)	128(39.4%)	31(9.5%)	6(1.8%)	325(100%)

DISCUSSION

This research on user satisfaction with dental service offered in the National Health System showed a predominance of young females with low educational level and low income. The lower participation of men may be due to the greater attention to work or by not prioritizing health services (16).

The fact that most participants are young female users was observed in another study (6); among the participants that had access to public dental services from the Family Health Strategy (ESF), 60 individuals were 37 years old or less and 33 were over 37 years old, with prevalence of female participants (81.7%).

Higher demand for health services in the Family Health unit are from female individuals, as women assume the responsibility for seeking service to their family members and/or friends from their community. One factor that contributes to increased utilization of health services by women is the physiology of women and their lifecycles; in addition, basic health services and activities have traditionally focused the group of mothers and children, with several actions offered to this priority group, such as: women health, prenatal care, gynecologic and breast cancer prevention and child health (3).

More than half the number of interviewees had not concluded the elementary/middle education. That can be explained by the installation of Family Health units in low-income regions, where ESF users present low educational level in general. The population with low educational level tends to be more flexible in relation to health services provided, expressing higher degrees of satisfaction (17).

Regarding the age group of interviewed users, 47.7% are 20-39 years old; 20.9% are 40-49 years old; 12% are over 60 years old; 9.8% are 15-19 years old and 9.5% are 50-59 years old, which may influence the satisfaction results, considering that, in this study, older people tended to feel more satisfied with the dental services than younger people. According to some authors[18], for older people, these services have probably meant satisfaction of other needs, and not only resolution of a health problem, expressed in a complication or a number of signs and symptoms, thus leading to greater satisfaction.

Regarding the reason to seek treatment, the study observed that users seek dental services from the public system because a treatment is needed (39.4%), followed by pain (28.3%) and checkup and prevention (26.8%) (Table 3), showing that the units are acting as the front door to health services and regular reference by users.

To act as a front door, the Family Health Unit should be accessible, offer frequently used services and screen the input flow to the service system by referring to the general practitioner (19).

The determinants of health service utilization are related to many factors, such as: need for health care (morbidity, disease severity and urgency); demographic characteristics (age and gender), geographic characteristics (region), socioeconomic characteristics (income, education level), cultural (religion) and psychical characteristics; as well as service providers (time after graduation, specializations, psychical characteristics, professional experience, type of practice, payment condition). Other important factors are service organization (resources available, characteristics of services offered, availability of physicians, hospitals, outpatient clinics, remuneration system, geographic and social access) and, lastly, the health policy, the type of health system, financing, type of health insurance, amount and distribution of resources, professional and system legislation and regulations (20).

Regarding who recommended the dental service, 49.2% go there on their own account; 25.2% were referred by a community health agent; 19.1% were referred by a family member and 3.7% by dental surgeons (Table 4), which indicates predominant spontaneous search for dental services, showing that the population goes to the Health Unit searching for services, without any effective influence of dental surgeons on action planning, especially in the organization of demands at ESF units.

Regarding visit scheduling, 25.2% of visits were scheduled by the Community Health Agents (ACS) (Table 4), showing progress and high resolvability of these professionals when identifying health problems in the community; however, it may also show distortion in the practice of ACS, who prioritize visit scheduling, and not health promotion and prevention practices (14).

Thus, changing the work process seems to be one of the greatest challenges to ESF professionals, especially to oral health teams. The ESF recognizes the work process is one of the main points to change the health service practice and the way to support people and produce health care, which requires commitment, definition of responsibilities and resolvability, directly linked with work development and subjectivity of every professional and user (21).

The high user satisfaction regarding the location of USF (93.8%) is due to the fact that all Family Health Units of the Municipality Aquidauana, MS, are mapped according to the number of people, families, prioritizing a number below the established to the family Health Strategy, corroborating the work of the authors (20).

Therefore, the spatial distribution of the Health Unit is one of the key factors for users' satisfaction, especially when it is located close to the population and meets local realities. It is noteworthy that the maps should be designed and produced by health managers and the population, in search for a better knowledge of the territory and social, economic, cultural and educational determinants and environmental conditions that influence the development of health problems in the population (22).

These factors are also seen in oral health, in which the public dental service indicates a conceptual and operational realignment, leaving behind the "odonto-centered" paradigm and the corporate isolationistic attitude. Interesting actions are the experiences of insertion in the ESF, regulation and expansion of access to health services and technological levels, which include the Centers of Dental Specialties (CEO), as well as new bases for professional training, consolidating the guidelines of the National Oral Health Policy (23).

Regarding the time of appointment, users are highly satisfied (95.1%) (Table 5), strengthening SUS guidelines for basic health care, which define 40-hour work week for health professionals; however, a minority is partially satisfied or unsatisfied, alerting administrators to the possibility of alternative times, for instance, at night, especially to people who cannot miss work.

User satisfaction in terms of access may be due to several possibilities that would allow to start using health services, which would involve the health unit location, time availability and service days of the week, as well as the possibility to have unscheduled visits and the population perception of what aspects are suitable or not (19;24).

By analyzing how the user was received at the dental service of the Health Unit, 97.2% are satisfied in relation to the waiting time to schedule the first visit, it was found that the service is efficient. It was also shown that 92.9% were satisfied with the waiting time and 70.2% report that there is no delay to schedule the visit, showing that there are no difficulties related to the organization of the health service

and ensuring access to oral health in primary care. However, this high satisfaction may be related to having achieved scheduling dental treatment.

By evaluation self-perception on oral health status, 40% reported being good and aged 20-39 years; (45.2%) and older than 60 years (43.6%), followed by 39.4% regular, evident in all age groups (Table 7), thus showing that the prevalence of users who use the system health in the dental sector belong working-age population.

Self-perceived health is based on information and knowledge of health and disease, taking into account experiences, habits, and social and cultural environment in which he lives. In oral health, one of the components of quality of life refers to a subjective experience of the individual about his functional, social and psychological well being, where self-assessment is important, because the behavior is modulated by awareness of this condition, favoring the indirect community participation in policy and social decisions, encouraging adherence to healthy behaviors (25).

Another study showed that higher levels of income and education have a positive influence on the access and that frequent use of dental service occurs among individuals who reported good or very good oral health condition (26).

The results show the importance of periodic evaluations conducted with users of the unified health service, as they provide a tool to correct the course of the program, which is an ongoing strategy. This allows advancing in the practice of evaluation in the routine of health management, aimed at introducing changes in view of the guiding principles of primary health care and strengthening the Unified Health System, taking the user as the central object of the work process. It also demonstrates that the instrument applied is an effective tool to help managers to assess the degree of user satisfaction in relation to health services.

It should be noted that the methodology used in this study has also been used in other studies, with some biases of positive evaluation by users reporting overestimated service quality, probably due to the fact that the interviews were conducted in a Health Unit.

Another aspect that could be related to the high degree of satisfaction is the fact that patients have managed the schedule for dental treatment, since difficulties and obstacles to treatment in other public and private services are it is commonly found. The high degree of satisfaction may have been an intimidation factor of the user in relation to negative responses, although at the time of the interview, it was enhanced data confidentiality would be ensured and that participation would not affect the course of treatment (27).

Another factor that may have contributed to the great satisfaction of users, is that the majority was seeking treatment not for the pain, because pain is a significant factor that generates dissatisfaction, especially when felt during dental procedures, since the satisfaction with dental practice remains closely associated with pain (27). Other factors that can lead to dissatisfaction with care are the very large gaps between returns, delays consultations, excessively long treatment sessions, insecurity, which were not evidenced in this study (28).

Thus, the evaluation of user satisfaction in health allows a technical and social control of services and programs provided to the society; however, this process does not have a perfect model that has been sufficiently tested and that can be applied universally, which indicates the need to adopt a model that guides and helps the decision-making process.

CONCLUSION

There was a high percentage of satisfaction with oral health services offered at the Health System and most users sought service on their own and in need for treatment. Regarding oral health self-perception, most considered as good.

Acknowledgements

We would like to thank CNPq (the National Council for Scientific and Technological Development) for the financial support.

REFERENCES

1. Nickel DA, Caetano JC, Calvo MCM. Modelo de avaliação da atenção em saúde bucal. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2009; 9(3):373-9.
2. Emmi DT, Barroso, RF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2008; 13(1):35-41.
3. Brandão ALRS, Giovanella L, Campos EA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2013; 18(1):103-14.
4. Santos CVL, Pereira ES. O desafio de profissionais e usuários de uma Unidade Saúde da Família. [Monografia]. Belém: Universidade do Estado do Pará; 2003.
5. Cerchiari GSF, Erdmann RH. Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública. *Rev. Adm. Pública* 2008; 42(5):925-48.
6. Oliveira RS, Magalhães BG, Gaspar GS, Rocha RACP, Góes PSA. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Pesqui Saúde* 2009; 11(4):34-8.
7. Jorge MSB, Guimarães JMR, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. *Rev Baiana Saúde Pública* 2007; 31(2):256-66.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: resultados do processo avaliativo 2004-2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Duarte MLC, Kantorski LP. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(1):47-52.
10. Sampaio J, Carvalho EM, Pereira GFC, Mello FMB. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(1):279-90.
11. Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface* 2011; 15(36):185-98.
12. Peterlini OLG, Zagonel IPS. Explorando a avaliação: um instrumento básico para o gerenciamento do cuidado em saúde coletiva. *Cogitare Enferm* 2003; 8(2):18-25.

13. Moimaz SAS, Saliba NA, Bino LS, Rocha NB. A ótica do usuário na avaliação da qualidade do programa de atenção odontológica à gestante. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2009; 9(2):147-53.
14. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(1):35-44.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Silva JA, Ribeiro LC, Silveira M. Avaliação do nível de satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família no Bairro Furtado Menezes - Juiz de Fora/MG. In: *Anais do 14º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 2004 Set. 20-24; Caxambú, MG. Belo Horizonte: ABEP; 2004.
17. Barata RB. Condições de saúde da população brasileira. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 173-5.
18. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010; 18(3):148-56.
19. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; 2004.
20. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Supl. 2):S190-8.
21. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(11):2727-39.
22. Goldstein RA, Barcellos C. Geoprocessamento e participação social: ferramentas para a vigilância ambiental em saúde In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 205-215.
23. Mello ALSF, Andrade SR, Moysés SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(1):214-214.
24. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(11):2865-75.
25. Martins AMEB, Barreto SM, Silveira MF, Santa Rosa TTA, Pereira DP. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(5):2955-64.
26. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Use of dental services and associated factors: a population-based study in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(5):1063-72.
27. Pompeu JGF, Carvalho ILM, Pereira JA, Cruz Neto RG, Prado VLG, Silva CHV. Avaliação do nível de satisfação dos usuários atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Faculdade Novafapi em Teresina (PI). *Odontol Clín-Cient* 2012; 11(1):31-6.
28. Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(1): 43-9.

ANEXO E - PARECER EDITORIAL DO ACEITE DA
REVISTA BRASILEIRA DE ODOMTOPEDIATRIA E CLÍNICA
INTEGRADA



Despesa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada

Parecer Editorial

João Pessoa, 02 de Outubro de 2014.

Ilmo(a)s Sr.(a)s,

Carlos Ayach

Suzely Adas Saliba Moimaz

Cléa Adas Saliba Garbin

Servimo-nos da presente para informar que o artigo "AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO ODONTOLÓGICO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA", submetido à apreciação da Comissão Editorial desta Revista, foi ACEITO para publicação.

Aproveitamos para reiterar os votos de protesto e estima.

Profa. Ana Maria Gondim Valença
Editora Assistente - PBOCI

APESB – Associação de Apoio à Pesquisa em Saúde Bucal

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIAL DO CEP -
PLATAFORMA BRASIL

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da satisfação dos usuários com o serviço odontológico do Sistema Único de Saúde (SUS)

Pesquisador: Suzely Adas Saliba Moimaz

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 05567113.8.1001.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 353.893

Data da Relatoria: 21/06/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta as características da população a estudar, incluindo o tamanho da amostra e metodologia a ser desenvolvida. A pesquisa tem como finalidade analisar a satisfação dos usuários dos serviços odontológicos prestados na rede pública do SUS - Sistema Único de Saúde, nos municípios de Araçatuba (SP); Aquidauana (MS) e Ponta Grossa (PR).

Objetivo da Pesquisa:

O projeto apresenta objetivos definidos. Será avaliada a satisfação do usuário quanto ao serviço de saúde bucal desenvolvido na rede pública do SUS - Sistema Único de Saúde, nos municípios de Araçatuba (SP); Aquidauana (MS) e Ponta Grossa (PR).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa possui risco mínimo aos voluntários, uma vez que o instrumento de coleta de dados refere-se a aplicação de um questionário. Como benefício, espera-se que as informações obtidas constituam em ferramenta de gestão para a elaboração de programas e projetos que melhorem a qualidade do serviço e os indicadores de saúde bucal, visando a resolutividade dos serviços prestados e consequentemente a satisfação do usuário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia proposta é abrangente procurando responder o objetivo da pesquisa.

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONÇA

CEP: 18.015-050

UF: SP Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: anacem@foa.unesp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 353.893

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados, de modo adequado, os termos necessários para a apreciação do projeto.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa apresenta objetivo definido em analisar a satisfação dos usuários dos serviços odontológicos prestados na rede pública do SUS - Sistema Único de Saúde, nos municípios de Araçatuba (SP); Aquidauana (MS) e Ponta Grossa (PR). Os antecedentes científicos e a bibliografia justificam a pesquisa e há um delineamento metodológico, com uma amostragem de 1920 indivíduos. O risco é considerado mínimo, uma vez que o instrumento de coleta de dados refere-se a aplicação de um questionário. Os documentos apresentados estão devidamente preenchidos. Por não haver pendências propõe-se a aprovação do referido projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa apresenta objetivo definido em analisar a satisfação dos usuários dos serviços odontológicos prestados na rede pública do SUS - Sistema Único de Saúde, nos municípios de Araçatuba (SP); Aquidauana (MS) e Ponta Grossa (PR). Os antecedentes científicos e a bibliografia justificam a pesquisa e há um delineamento metodológico, com uma amostragem de 1920 indivíduos. O risco é considerado mínimo, uma vez que o instrumento de coleta de dados refere-se a aplicação de um questionário. Os documentos apresentados estão devidamente preenchidos. Não havendo pendências, o CEP propõe a aprovação do projeto de pesquisa.

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 18.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: anecman@fos.unesp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 353.693

ARAÇATUBA, 08 de Agosto de 2013

Assinador por:
Ana Claudia de Melo Stevanato Nakamura
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 18.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: anacmsn@foa.unesp.br