



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Câmpus de Araçatuba

Arinilson Moreira Chaves Lima

Avaliação e resolutividade do serviço
odontológico no Sistema Único de Saúde

Araçatuba - SP

2015



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Câmpus de Araçatuba

Arinilson Moreira Chaves Lima

Avaliação e resolutividade do serviço
odontológico no Sistema Único de Saúde

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Odontologia Preventiva e Social.

Orientadora: Profª. Dra. Suzely Adas Saliba Moimaz

Araçatuba - SP

2015

Catálogo na Publicação (CIP)

Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

L732a Lima, Arinilson Moreira Chaves.
Avaliação e resolutividade do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde / Arinilson Moreira Chaves Lima. - Araçatuba : [s.n.], 2015
65 f. ; tab. + 1 CD-ROM

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Orientadora: Profa. Suzely Adas Saliba Moimaz

1. Avaliação de serviços de saúde 2. Assistência odontológica 3. Humanização da assistência 4. Acesso aos serviços de saúde 5. Sistema Único de Saúde I. T.

Black D5
CDD 617.601

Dedico este trabalho à minha esposa, Marta, e aos meus filhos, Alice e Miguel, que viveram comigo cada momento dessa jornada. Vocês sempre serão o motivo da minha determinação.

Dedico-o ainda, em forma de homenagem, ao meu avô, João, e ao meu primo, Tallys, que partiram para a vida eterna durante a minha ausência do Ceará.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me permitido chegar até aqui. Sem Ele, tudo perderia o sentido.

Aos meus amados pais, Ary e Nilma, pelos ensinamentos que nenhum outro mestre poderia ter me dado.

À professora Dra. Suzely Adas Saliba Moimaz, por ter aceitado orientar um completo desconhecido, e tê-lo feito com tanta dedicação, deixando uma chancela valorosa em meu currículo.

À professora Dra. Cléa Adas Saliba Garbin, pela receptividade demonstrada desde o primeiro contato telefônico.

Ao professor Dr. Orlando Saliba, pela sapiência, experiência de vida e bom humor compartilhados.

À professora Dra. Nemre Adas Saliba, pelo pioneirismo nesta área tão importante, pela vitalidade transmitida, e pelos cuidados dispensados a mim e à minha família.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, Dr. Renato Moreira Arcieri, Dr. Ronald Jefferson Martins, Dra. Tânia Adas Saliba Roviada, Dr. Artênio José Ispér Garbin, e Dra. Dóris Hissako Sumida, pela edificação sólida do conhecimento.

Ao professor Dr. José Eduardo Corrente, pela colaboração dada neste trabalho, especialmente nas análises estatísticas, realizadas com presteza.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, nas pessoas do Diretor, professor Dr. Wilson Roberto Poi, e do vice-diretor, professor Dr. João Eduardo Gomes Filho.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, na pessoa da professora Dra. Suzely Adas Saliba Moimaz, pela qualidade do curso.

Às servidoras da Seção de Pós-Graduação, Valéria de Queiroz Marcondes Zagatto, Cristiane Regina Lui Matos e Lilian Sayuri Mada, pelos múltiplos esclarecimentos, e pela forma cordata com que sempre me atenderam.

Aos servidores da Biblioteca, em especial, a Ana Cláudia Grieger Manzatti, e a Claudio Hideo Matsumoto, ambos precisos e seguros na execução de suas funções.

Aos servidores do Departamento de Odontologia Infantil e Social, Nilton César Souza e Valderez Freitas Rosa, por nos trazerem o apoio, o ânimo, e a certeza da vitória no final.

Ao servidor do Comitê de Ética em Pesquisa, Washington de Brito Martins, pela inquestionável disponibilidade de sempre.

Aos colegas de pós-graduação, Gabriella Barreto, Neila de Souza, Fernando Chiba, Danielle Bordin, Ana Paula Seraphim, Adriana Costa, Isabella Dias, Adrielle Mendes, Maria Emília Carloni, Lúcia Lima, Paula Caetano, Renata Reis, Renata Colturato, Ana Carolina Freire, Carlos Ayach, Milene Moreira, Wanilda Borghi, Rosana do Prado, Thaís Lima, Najara da Rocha, Amanda Santos, Naiana Belila, e Simone Miyada, pela amizade construída, e pelo convívio respeitoso e agradável.

Aos alunos de graduação Luis Felipe Pupim (agora colega de pós-graduação), Gabriela Iglesias, Bianca Marques (em breve, graduadas) e Lia Kobayashi, por terem sido excelentes parceiros de trabalho no projeto de heterocontrole de flúor em águas de abastecimento.

Aos funcionários e alunos das Escolas Municipais de Educação Básica Sérgio Esgalha e Elza Vieira de Brito Zonetti, pelo acolhimento caloroso.

Ao Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, e à Prefeitura Municipal de Limoeiro do Norte, pelo afastamento concedido.

LIMA, A. M. C. **Avaliação e resolutividade do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde**. 2015. 65 f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

RESUMO GERAL

A participação da comunidade é um importante instrumento para a organização das ações e serviços públicos de saúde. O objetivo nesse estudo foi conhecer a avaliação e a resolutividade do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde a partir da visão do usuário, e suas associações com humanização e acesso ao atendimento, respectivamente. Essa pesquisa fez parte de um projeto multicêntrico desenvolvido em três municípios brasileiros, nas regiões centro-oeste, sudeste, e sul. Nela são apresentados resultados da fração sudeste do projeto maior, executada em Araçatuba, estado de São Paulo. Tratou-se de uma pesquisa transversal tipo inquérito, com abordagem quantitativa, na qual 461 usuários do serviço público odontológico responderam a entrevistas individuais, realizadas nas unidades de saúde do referido município paulista. Foram incluídos usuários do Sistema Único de Saúde com idade mínima de 18 anos, que concordaram em participar da pesquisa, e que no dia da entrevista encontravam-se em tratamento odontológico ou o haviam concluído. Foram excluídos os portadores de necessidades especiais cognitivas, bem como aqueles cuja consulta odontológica seria a primeira na referida unidade. O questionário aplicado foi adaptado a partir do modelo utilizado para pesquisa de satisfação do usuário no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, e de instrumentos de avaliação externa do Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade. Para o cálculo amostral, utilizou-se a prevalência de 50% para cada condição possível, com a finalidade de maximizar o tamanho da amostra. Ao total encontrado, foram acrescidos 20% para potencializar o efeito do estudo, alcançando 461 indivíduos na amostra final. Foram empregados os testes qui-quadrado e exato de Fisher nas análises bivariadas, e a regressão de Poisson na análise multivariada. O atendimento odontológico foi avaliado positivamente por 90,4% dos participantes. A avaliação negativa do atendimento esteve estatisticamente associada a não ter sentido confiança no cirurgião-dentista e equipe (RP = 1,31; IC 95%: 1,17-1,48), e a não ter facilidade para falar com esses profissionais após a conclusão do tratamento (RP = 1,11; IC 95%: 1,01-1,23). Quanto à resolutividade, 73,3% dos entrevistados disseram que estavam tendo todos os seus problemas de saúde bucal resolvidos. A falta de resolutividade esteve estatisticamente associada a não

considerar o horário de trabalho do cirurgião-dentista conveniente (RP = 2,65; IC 95%: 1,63-4,31); à grande demora para conseguir realizar o agendamento para a unidade de saúde (RP = 1,67; IC 95%: 1,03-2,73); e ao tempo na sala de espera ser muito demorado (RP = 2,19; IC 95%: 1,23-3,91). Conclui-se que a maioria dos usuários fez uma avaliação positiva do atendimento recebido e considerou o serviço resolutivo. Ficou evidente a existência de relação entre avaliação e humanização no atendimento; assim como entre acesso ao serviço e capacidade resolutiva referida.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde. Assistência odontológica. Humanização da assistência. Acesso aos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde.

LIMA, A. M. C. **Evaluation and case-resolving capacity of dental services in Unified Health System.** 2015. 65 f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

GENERAL ABSTRACT

Community participation is an important tool for organizing actions and services of public health. The aim of this study was to determine the evaluation and the case-resolving capacity of dental care in the Unified Health System from the users' point of view, and their associations with humanization in care and access to oral health care, respectively. This research was part of a multi-centric study carried out in three municipalities in the midwest, southeast, and south of Brazil. It shows the results of the southeastern part of the larger project, carried out in Araçatuba, State of São Paulo. It was a cross-sectional survey-type research, with a quantitative approach, in which 461 users of the public dental service responded to individual interviews conducted in the health centers of the said municipality in São Paulo. Unified Health System users at or over the age 18, who agreed to participate in the study, and who, on the day of the interview, were undergoing or had completed dental treatment, were included. Users with special cognitive needs, and those who visited the said center for the first time were excluded. The questionnaire was adapted from the model used in the users' satisfaction survey of the National Health Service Evaluation Program, and from instruments of external evaluation of the Improvement Access and Quality National Program of Primary Health Care. For sample calculation, we used the prevalence of 50% for each possible condition in order to maximize the size of the sample. To the total found, 20% was added to leverage the effect of the study, reaching 461 individuals in the final sample. Chi-square and Fisher exact tests were used in bivariable analyses and Poisson regression, in the multivariable analysis. The dental care was positively evaluated by 90.4% of the participants. The negative evaluation of care was statistically associated with not trusting the dentist and staff (PR = 1.31; 95% CI: 1.17-1.48), and with it not being easy to talk to these professionals after the completion of the treatment (PR = 1.11; 95% CI: 1.01-1.23). As for the case-resolving capacity, 73.3% of respondents said they were having all your oral health problems solved. The lack of case-resolving capacity of the service was significantly associated with not considering the dental surgeon's working hours convenient (PR = 2.65; 95% CI: 1.63-4.31); with the long time to schedule an appointment at the health center (PR = 1.67; 95% CI:

1.03-2.73); and with the long time spent in the waiting room (PR = 2.19; 95% CI: 1.23-3.91). It may be concluded that most users made a positive evaluation of the care they received and considered the service case-resolving. The existence of a relationship between evaluation and humanization in care, and between access to the service and the referred case-resolving capacity was evident.

Keywords: Health services evaluation. Dental care. Humanization of assistance. Health services accessibility. Unified Health System.

LISTA DE TABELAS

Capítulo 1

- Tabela 1 - Associações entre avaliação do atendimento odontológico e características sociodemográficas. Araçatuba, São Paulo, 2013/2014 23
- Tabela 2 - Associações entre avaliação do atendimento odontológico e variáveis relacionadas à humanização. Araçatuba, São Paulo, 2013/2014 24
- Tabela 3 - Razões de prevalência ajustadas da avaliação negativa do atendimento odontológico, segundo variáveis independentes. Araçatuba, São Paulo, 2013/2014 25

Capítulo 2

- Tabela 1 - Análises bivariadas entre resolutividade do serviço odontológico e características sociodemográficas. Araçatuba, São Paulo, 2013/2014 46
- Tabela 2 - Análises bivariadas entre resolutividade do serviço odontológico e variáveis de acesso. Araçatuba, São Paulo, 2013/2014 47
- Tabela 3 - Análise multivariada entre serviço odontológico não resolutivo e variáveis independentes. Araçatuba, São Paulo, 2013/2014 48

LISTA DE ABREVIATURAS

ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IC	Intervalo de Confiança
Km ²	Quilômetros quadrados
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
p	Nível de significância
PMAQ	Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
RP	Razão de prevalência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UNESP	Universidade Estadual Paulista

SUMÁRIO

1	Introdução Geral	12
2	Capítulo 1	15
2.1	Resumo	15
2.2	Abstract	16
2.3	Introdução	17
2.4	Métodos	19
2.5	Resultados	22
2.6	Discussão	25
2.7	Conclusão	29
	Referências	30
3	Capítulo 2	36
3.1	Resumo	36
3.2	Abstract	38
3.3	Introdução	39
3.4	Métodos	42
3.5	Resultados	44
3.6	Discussão	48
3.7	Conclusão	53
	Referências	54
4	Considerações Finais	59
	Anexos	60

1 Introdução Geral¹

A gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem a finalidade de aperfeiçoar o funcionamento das organizações, utilizando conhecimentos, técnicas e procedimentos que permitam o alcance de objetivos definidos¹. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe significativos avanços desde sua efetivação, porém, problemas relacionados ao acesso e à qualidade de ações e serviços, entre outros, ainda dificultam sua consolidação². Perfis epidemiológicos como o de aproximadamente 41,5% dos brasileiros com 60 anos ou mais de idade, que perderam todos os dentes³, necessitam ser modificados.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada como modelo para reorganização da atenção primária no SUS⁴, passou a poder incorporar Equipes de Saúde Bucal (ESB) desde o final do ano 2000⁵. Mesmo assim, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013³, ao registrar que 89,1 milhões de brasileiros (44,4% da população) consultaram um dentista nos doze meses anteriores às entrevistas, também revelou que 74,3% dos atendimentos odontológicos ocorreram em clínicas ou consultórios particulares, enquanto somente 19,6% se deram em unidades públicas de saúde da atenção primária. Dados como estes, naturalmente conduzem a discussões sobre ampliação da rede de assistência, e melhoria da organização dos serviços. Neste quesito, destacam-se temas ligados diretamente ao atendimento, como acesso, resolutividade, humanização, e avaliação geral do usuário.

A avaliação caracteriza-se por ser uma ferramenta de gestão dos serviços de saúde, facilitando processos decisórios ao prover informações confiáveis, confluindo para a formulação e execução de políticas públicas⁶. Em muitos municípios brasileiros, a ausência da rotina de monitoramento e avaliação das ações de saúde ainda é um problema sério a ser enfrentado pelos gestores⁷. Os processos avaliativos devem ser incorporados às práticas dos serviços de saúde, não só para o planejamento, mas para a tomada de decisão⁷.

Dessa forma, nos últimos dez anos foram propostas duas metodologias avaliativas para os serviços de saúde no Brasil, visando a melhoria da qualidade do serviço prestado: o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)⁸, extinto na segunda metade da década de 2000, e o Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)^{9,10}, em vigor atualmente. O objetivo do PNASS era avaliar os serviços de saúde do SUS, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade dos mesmos, em suas diferentes dimensões⁸. Ele também buscava avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas,

¹Referências listadas no Anexo A

processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolutividade e qualidade⁸. O PMAQ busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à saúde¹¹.

O interesse dos gestores pela avaliação da qualidade é um fenômeno antigo, porém, ao longo do tempo, o foco da avaliação e os meios de realizá-la sofreram mudanças¹². Uma dimensão essencial na avaliação da qualidade do cuidado prestado é a perspectiva do paciente¹³. Ela está se tornando cada vez mais frequente no processo de melhoria dos sistemas de cuidado à saúde¹⁴, e está presente no PMAQ^{9,10}.

Considera-se que a melhoria do modelo de atenção requer mudanças do modelo de gestão, de modo que os sujeitos envolvidos – gestores, trabalhadores da saúde e usuários – assumam papéis de relevância, potencializando o estabelecimento de práticas humanizadas². Nesta perspectiva, foi criada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), como uma aposta no reposicionamento dos sujeitos, ou seja, no seu protagonismo, na potência do coletivo¹⁵. A PNH prevê que haja compromisso com o sujeito e não somente com a doença¹⁶. Existem diferentes formas de intervenção capazes de influenciar na saúde, desde as coletivas até o nível individual¹⁷, mas a maioria dos profissionais de saúde bucal foi treinada dentro do modelo biomédico que enfatiza a ciência básica, a doença e o corpo¹⁸, não dando a devida importância a outros condicionantes e às relações interpessoais. O modelo que predomina entre a população é o mesmo, onde a saúde está vinculada estritamente à ida a uma unidade básica de saúde, a um atendimento médico em geral¹⁹.

As relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os temas desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde²⁰. A percepção dos usuários sobre a postura dos profissionais é de fundamental importância, uma vez que constitui uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também de adequar o serviço às expectativas da população²¹. Ao contrário do que geralmente acontece, quando a subjetividade dos indivíduos é esquecida nos planos e programas do setor saúde²², os sujeitos devem ser escutados de maneira qualificada, podendo interagir e compartilhar suas vivências²⁰. O objetivo de um usuário ao buscar o atendimento de um serviço público de saúde bucal é melhorar seu estado de saúde²³. O atendimento baseado na escuta do usuário permite que os profissionais conheçam as prioridades de cada paciente, otimizando a assistência²⁴. Em consonância com isso, o desempenho profissional é

avaliado pelo usuário através do interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e orientações dadas, bem como na resolutividade das condutas²⁴.

Além da falta de cultura avaliativa e da dificuldade em posicionar os sujeitos como protagonistas no processo saúde-doença, o acesso ao serviço e a sua resolutividade são dois pontos que comumente representam desafios gerenciais. A resolutividade é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário, e envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, às necessidades de saúde da população, ao perfil cultural e socioeconômico da clientela, e a outros mais²⁵. Agendar uma consulta, e ter um problema de saúde resolvido, podem se tornar missões árduas e supervalorizadas entre os indivíduos, principalmente se for considerado que cerca de 33,8% da procura por atendimento de saúde no Brasil em 2013 se deu por motivo de doença, e somente 8,9% por prevenção³, fazendo com que se eleve o nível de complexidade das intervenções necessárias. Moraes et al.²⁶ encontraram como ponto mais relevante para o usuário da ESF, o acesso e a disponibilidade do serviço de saúde, revelando a dificuldade da população nesse atributo. Mesmo em serviços com um bom acolhimento implantado, mantém-se a dificuldade de acesso nos diversos cenários de atenção à saúde²⁰.

Diante da importância da avaliação em saúde, e da necessidade de gerar novos conhecimentos que possam fornecer subsídios para a estruturação de políticas públicas de saúde, em especial, de saúde bucal, foi elaborado um projeto multicêntrico financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e iniciado em 2012, com o objetivo de se investigar, a partir da visão do usuário, diversos aspectos da assistência odontológica prestada no âmbito do SUS. A pesquisa foi executada em três municípios brasileiros, nas regiões centro-oeste, sudeste e sul, e empregou um questionário adaptado a partir do modelo utilizado para pesquisa de satisfação do usuário no PNASS⁸, e de instrumentos de avaliação externa do PMAQ^{9,10}.

Nessa tese são apresentados resultados da fração sudeste do projeto multicêntrico, desenvolvida no município de Araçatuba, São Paulo. O trabalho está estruturado em dois capítulos. No capítulo 1 buscou-se conhecer a avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no SUS, e analisar suas associações com características sociodemográficas e aspectos relacionados à humanização nos serviços utilizados. No capítulo 2 foi estudada a percepção do usuário sobre a resolutividade do serviço odontológico no SUS, e averiguadas as associações entre a capacidade resolutiva percebida e características sociodemográficas e de acesso ao serviço.

2 Capítulo 1

Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização²

²Artigo aprovado para publicação na revista Ciência & Saúde Coletiva.
Formatado segundo normas da revista.

2.1 Resumo

Objetivou-se nesse estudo conhecer a avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde e analisar as associações entre essa avaliação, características sociodemográficas, e aspectos relacionados à humanização nos serviços. Tratou-se de uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa, na qual 461 usuários responderam a entrevistas individuais. A variável desfecho foi obtida por meio da pergunta: “*Como o(a) Senhor(a) considera o atendimento dado pelo dentista e pela equipe dele nessa unidade de saúde?*”. As respostas foram agrupadas nas categorias “avaliação positiva” e “avaliação negativa”. As variáveis independentes integraram dois grupos: sociodemográficas, e relacionadas à humanização no atendimento. A avaliação positiva (90,4%) prevaleceu sobre a negativa. Utilizando-se a regressão de Poisson, verificou-se que a avaliação negativa esteve estatisticamente associada a não ter sentido confiança no dentista e equipe, e a não ter facilidade para falar com esses profissionais após o fim do tratamento. Os resultados evidenciaram a preponderante avaliação positiva do usuário sobre o atendimento, e sugerem que a avaliação pode estar mais relacionada à humanização nos serviços do que a características sociodemográficas da população.

Palavras-chave: Avaliação em saúde, Assistência odontológica, Humanização da assistência, Políticas públicas de saúde

2.2 Abstract

The aim of this study was to know the user's evaluation about the dental care in Unified Health System and analyze the associations between this evaluation, sociodemographic characteristics, and aspects related to humanization services. This was a cross-sectional survey with a quantitative approach, in which 461 users responded to individual interviews. The outcome variable was obtained through the question: "*How do you consider the care given by the dentist and his team in this health unit?*". Responses were grouped in "positive evaluation" and "negative evaluation". The independent variables integrated two groups: sociodemographic, and related to the humanization of care. The positive evaluation (90.4%) prevailed over the negative. Using Poisson regression, it was found that the negative evaluation was statistically associated to not have felt confidence in the dentist and staff, and not to be easy to talk to these professionals after the end of treatment. The results showed the preponderant positive user's evaluation about the service, and suggest that the evaluation may be more related to the humanization in services than to sociodemographic characteristics of the population.

Key words: Health evaluation, Dental care, Humanization of assistance, Public health policy

2.3 Introdução

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, com a aprovação pela Organização das Nações Unidas, da Declaração Universal dos Direitos Humanos^{1,2}. Seu texto afirma que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem estar². Em 1978, a Declaração de Alma-Ata reafirmou a saúde como um direito fundamental, e estabeleceu a consecução do mais alto nível possível de saúde como a mais importante meta social mundial³. No Brasil, a Constituição Federal de 1988⁴ e a lei 8.080/1990⁵ atribuíram ao Estado o dever de formular e executar políticas que buscassem a redução dos riscos de doenças e outros agravos, e de estabelecer condições que assegurassem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) ter incorporado o conceito de determinantes sociais da saúde⁵, a prática assistencial tradicional, historicamente adotada, era centrada na exclusividade da dimensão biológica e na realização de procedimentos, e pressupunha que o indivíduo acometido por uma doença fosse passivo diante das propostas de tratamento^{6,7}. Havia a necessidade de se considerar as questões subjetivas envolvidas na prática de saúde, de humanizar o processo de trabalho. O termo humanização comporta uma gama de acepções⁸, mas pode ser entendido nos serviços de saúde, como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores⁹. Antes mesmo da criação do SUS, o termo humanização já vinha sendo delineado no Brasil, recebendo influências e contribuições da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da defesa em prol da assistência ao parto humanizado, da luta antimanicomial, e das demais críticas que se juntaram a essas, principalmente no que concerne ao modelo de assistência à saúde existente¹⁰. A partir dos anos 1990, a ideia de humanização passou a fazer parte do

vocabulário da saúde com mais ênfase; inicialmente como um conjunto de princípios que criticavam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde, e que mais tarde foram traduzidos em diferentes propostas visando modificar as práticas assistenciais¹¹.

O Ministério da Saúde entende que tem a responsabilidade de tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde⁹. A partir desta visão, em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH), também chamada de HumanizaSUS¹². A PNH surgiu num cenário de desafios, que exigia transformações no modelo de gestão e de atenção à saúde¹³, pois o SUS é ainda uma reforma incompleta, encontrando-se em pleno curso de mudanças⁹. Os princípios da PNH são a transversalidade; a indissociabilidade entre atenção e gestão; e o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e dos coletivos⁹. Com a PNH, o tema da participação em saúde assumiu novos contornos, ampliando-se na direção da inclusão protagonista e corresponsável de todos os envolvidos no processo de produção de saúde¹².

Dentre os dispositivos da PNH, estão os sistemas de escuta qualificada⁹. A escuta do usuário significa, num primeiro momento, acolher todas as suas queixas ou relatos, mesmo quando possam parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento⁶. O bom atendimento, baseado na escuta do usuário, e o bom desempenho profissional propiciam o vínculo do binômio usuário-serviço de saúde, otimizando o processo da assistência, e permitindo que os profissionais conheçam seus pacientes e as prioridades de cada um¹⁴. Muitas vezes para o público, a forma do atendimento e a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, e a falta de medicamentos¹⁵. Os indivíduos devem ser reconhecidos como sujeitos capazes de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, e fortalecendo assim, o fazer democrático da saúde¹⁶.

Dessa forma, a avaliação do usuário pode contribuir para redução dos problemas do cotidiano dos serviços de saúde, e fomentar o surgimento de iniciativas de reorganização dos processos de trabalho que não demandem grandes investimentos financeiros¹⁷.

São escassos os trabalhos desenvolvidos a partir da avaliação do usuário, focando os aspectos humanísticos do atendimento¹⁸, sobretudo em odontologia. O mais recente levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, conhecido como SB Brasil 2010, foi concluído em 2011 e apresentou dados sobre a situação da saúde bucal da população brasileira¹⁹. O instrumento utilizado para a coleta de dados no SB Brasil 2010 trouxe questões relevantes sobre condições socioeconômicas, utilização dos serviços odontológicos, morbidade bucal referida e autopercepção de saúde bucal, entretanto, questões relacionadas à humanização nos serviços odontológicos foram pouco abordadas^{19,20}, refletindo uma importante lacuna existente nesse tema. Diante do exposto, o objetivo nesse estudo foi conhecer a avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no SUS e analisar as associações entre essa avaliação, características sociodemográficas, e aspectos relacionados à humanização nos serviços utilizados.

2.4 Métodos

Tratou-se de uma pesquisa transversal tipo inquérito, com abordagem quantitativa, que fez parte de um projeto multicêntrico. Foram incluídos 461 usuários do serviço odontológico do SUS, com idade mínima de 18 anos, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e que no dia da entrevista encontravam-se na área de acolhimento da unidade do SUS visitada, aguardando atendimento odontológico. Foram excluídos os menores de 18 anos, os portadores de

necessidades especiais cognitivas, bem como aqueles cuja consulta odontológica seria a primeira na referida unidade.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas individuais realizadas por cirurgiões-dentistas (CD) devidamente calibrados, nas dezesseis unidades de saúde da zona urbana do município de Araçatuba, São Paulo, que dispunham de serviço de atendimento básico em odontologia. As entrevistas ocorreram no período de novembro de 2013 a maio de 2014, e foram distribuídas proporcionalmente entre as unidades de saúde, de acordo com a demanda atendida. O questionário estruturado aplicado foi adaptado a partir do modelo utilizado no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) para pesquisa de satisfação do usuário²¹, e de instrumentos de avaliação externa do Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)^{22,23}. Foi realizado um estudo piloto para detecção de possíveis problemas e adequação do instrumento de coleta. Após a entrevista, cada usuário recebeu um manual impresso, elaborado especialmente para o estudo, contendo informações sobre os seus direitos e deveres perante o SUS²⁴; e ainda um *kit* de saúde bucal, composto por escova, creme e fio dentais.

A variável desfecho foi a avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico recebido, coletada por meio da pergunta: “*Como o(a) Senhor(a) considera o atendimento dado pelo dentista e pela equipe dele nessa unidade de saúde?*”. A avaliação foi obtida em cinco níveis: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim. As respostas “muito bom” e “bom” foram agrupadas na categoria avaliação positiva do atendimento; e as respostas “regular”, “ruim” e “muito ruim” foram agrupadas na categoria avaliação negativa. As variáveis independentes foram classificadas em dois grupos: sociodemográficas (gênero; faixa etária; ocupação; estado civil; escolaridade; renda familiar; e tipo de unidade de saúde onde é atendido), e relacionadas à humanização no atendimento (forma como é recebido no serviço odontológico; recebimento de informações sobre a condição de saúde bucal; êxito em

conversar com o CD durante o atendimento; recebimento de informações sobre prevenção; interesse pela saúde bucal do usuário, demonstrado pelo CD e equipe; confiança no CD e equipe; ciência do nome do CD; e facilidade para falar com CD e equipe após a conclusão do tratamento).

Para o cálculo amostral, foi utilizada a prevalência de 50% para cada avaliação possível (positiva e negativa), no intuito de maximizar o tamanho da amostra. Ao total encontrado (384), foram acrescentados 20% (77) para potencializar o efeito do estudo. Com isso, a amostra final foi de 461 indivíduos. O nível de confiança estipulado foi de 95% para um erro amostral máximo de 5%. Os dados foram processados com o auxílio do programa estatístico SPSS, versão 17.0²⁵. Para verificar associações entre a variável desfecho e as variáveis independentes, foram realizadas análises bivariadas empregando os testes qui-quadrado e exato de Fisher, sendo este utilizado quando o primeiro mostrou-se inapropriado. Posteriormente, as variáveis associadas à avaliação do atendimento odontológico em nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$) foram submetidas a análise multivariada. As magnitudes das associações foram obtidas pelas razões de prevalência, utilizando-se a regressão de Poisson, com nível de significância de 5% e intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) (Parecer 353.893), tendo sido respeitados os ditames da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

2.5 Resultados

Dos 461 integrantes da amostra, um não respondeu à pergunta sobre avaliação do atendimento odontológico. Outras questões também apresentaram algumas não respostas, levando a diferenças no número absoluto de respondentes. Entre as características sociodemográficas, predominaram o gênero feminino (70,4%), os empregados (44,3%), os solteiros (57,0%), a faixa etária de 18 a 29 anos (26,5%), e a renda familiar menor que dois salários mínimos (67,9%). Quanto à escolaridade, 40,8% tinham apenas o ensino fundamental, e 48,7%, o ensino médio. 82,0% dos participantes eram atendidos em uma das doze unidades de saúde integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Quanto à avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico recebido, 90,4% dos entrevistados classificaram-no como muito bom ou bom (avaliação positiva) e 9,6% como regular, ruim ou muito ruim (avaliação negativa).

Sobre as questões relacionadas à humanização no atendimento, 90,4% disseram ser recebidos de uma forma boa ou muito boa no serviço de odontologia, 88,0% receberam informações sobre a própria condição de saúde bucal, 74,3% conseguiram conversar com o CD nas vezes em que precisaram, 67,0% sempre receberam informações sobre como prevenir as principais doenças da boca, e 93,0% perceberam interesse do CD e da equipe por sua saúde bucal e seu tratamento. Além disso, 88,7% dos entrevistados sentiram confiança no CD e na equipe, e 72,6% relataram facilidade para falar com o CD e equipe após a conclusão do tratamento. Apenas 36,7% sabiam o nome do CD que os atendia.

As tabelas 1 e 2 trazem as análises bivariadas, por meio das quais se investigou as associações estatísticas entre avaliação do atendimento odontológico e as variáveis independentes. Nelas podem ser observadas pequenas diferenças no total de respondentes entre algumas variáveis, decorrentes das não respostas. Dentre as características

sociodemográficas (tabela 1), a escolaridade e o tipo de unidade de saúde onde o usuário era atendido apresentaram associação significativa ($p = 0,031$ e $p = 0,001$, respectivamente). Todas as variáveis relacionadas à humanização no atendimento odontológico (tabela 2) estiveram associadas de forma significativa ($p < 0,001$) à avaliação do atendimento.

Tabela 1. Associações entre avaliação do atendimento odontológico e características sociodemográficas. Araçatuba, São Paulo, 2013/2014.

Variável	Avaliação do atendimento						Valor de p
	Positiva		Negativa		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Gênero							
Masculino	119	87,5	17	12,5	136	100,0	0,165
Feminino	297	91,7	27	8,3	324	100,0	
Faixa etária							
18 a 29	107	87,7	15	12,3	122	100,0	0,386
30 a 39	87	90,6	9	9,4	96	100,0	
40 a 49	103	94,5	6	5,5	109	100,0	
50 a 59	66	91,7	6	8,3	72	100,0	
60 ou mais	53	86,9	8	13,1	61	100,0	
Ocupação							
Empregado	188	92,2	16	7,8	204	100,0	0,785
Autônomo	60	88,2	8	11,8	68	100,0	
Aposentado	40	93,0	3	7,0	43	100,0	
Dona de casa	75	89,3	9	10,7	84	100,0	
Estudante	34	87,2	5	12,8	39	100,0	
Desempregado	19	86,4	3	13,6	22	100,0	
Estado civil							
Casado/União estável	127	88,8	16	11,2	143	100,0	0,679
Solteiro	237	90,5	25	9,5	262	100,0	
Separado/Divorciado	18	94,7	1	5,3	19	100,0	
Viúvo	34	94,4	2	5,6	36	100,0	
Escolaridade							
Superior	39	81,3	9	18,8	48	100,0	0,031
Médio	208	93,3	15	6,7	223	100,0	
Fundamental	168	89,8	19	10,2	187	100,0	
Renda familiar							
< 2 salários mínimos	273	90,4	29	9,6	302	100,0	0,863
≥ 2 salários mínimos	130	90,9	13	9,1	143	100,0	
Tipo de unidade de saúde							
Com ESF	333	88,3	44	11,7	377	100,0	0,001
Sem ESF	83	100,0	0	0,0	83	100,0	

As diferenças no número de respondentes entre algumas variáveis correspondem às não respostas.

Tabela 2. Associações entre avaliação do atendimento odontológico e variáveis relacionadas à humanização. Araçatuba, São Paulo, 2013/2014.

Variável	Avaliação do atendimento						Valor de p
	Positiva		Negativa		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Forma como é recebido no serviço odontológico							
Boa/muito boa	392	94,2	24	5,8	416	100,0	< 0,001
Regular/ruim/muito ruim	24	54,5	20	45,5	44	100,0	
Recebimento de informações sobre a condição de saúde bucal							
Sim	381	94,8	21	5,2	402	100,0	< 0,001
Não	34	61,8	21	38,2	55	100,0	
Êxito em conversar com o CD durante o atendimento							
Sim, sempre	328	96,2	13	3,8	341	100,0	< 0,001
Sim, algumas vezes	21	72,4	8	27,6	29	100,0	
Não	24	58,5	17	41,5	41	100,0	
Nunca precisou	42	87,5	6	12,5	48	100,0	
Recebimento de informações sobre prevenção							
Sim, sempre	296	97,7	7	2,3	303	100,0	< 0,001
Sim, algumas vezes	45	81,8	10	18,2	55	100,0	
Não	67	71,3	27	28,7	94	100,0	
Interesse pela saúde bucal do usuário, demonstrado pelo CD e equipe							
Sim	406	94,9	22	5,1	428	100,0	< 0,001
Não	10	31,3	22	68,7	32	100,0	
Confiança no CD e equipe							
Sim	395	97,1	12	2,9	407	100,0	< 0,001
Não	20	38,5	32	61,5	52	100,0	
Ciência do nome do CD							
Sim	163	96,4	6	3,6	169	100,0	< 0,001
Não	253	86,9	38	13,1	291	100,0	
Facilidade para falar com CD e equipe após a conclusão do tratamento							
Sim	310	97,5	8	2,5	318	100,0	< 0,001
Não	20	46,5	23	53,5	43	100,0	
Nunca precisou	70	90,9	7	9,1	77	100,0	

As diferenças no número de respondentes entre algumas variáveis correspondem às não respostas.

A tabela 3 traz os resultados da análise multivariada. Nela são apresentadas as razões de prevalência ajustadas da avaliação negativa do atendimento odontológico, segundo as variáveis independentes que haviam tido associação significativa nas análises bivariadas. A avaliação negativa do atendimento esteve estatisticamente associada a não ter sentido confiança no CD e equipe (RP = 1,31; IC 95%: 1,17-1,48), e a não ter facilidade para falar com esses profissionais após a conclusão do tratamento (RP = 1,11; IC 95%: 1,01-1,23). As demais variáveis não permaneceram associadas de forma significativa após a análise multivariada.

Tabela 3. Razões de prevalência ajustadas da avaliação negativa do atendimento odontológico, segundo variáveis independentes. Araçatuba, São Paulo, 2013/2014.

Variável	Avaliação negativa		RP Ajustada	(IC 95%)	Valor de p
	n	%			
Confiança no CD e equipe					
Sim	12	2,9	1,00		
Não	32	61,5	1,31	1,17-1,48	< 0,001
Facilidade para falar com CD e equipe após a conclusão do tratamento					
Sim	8	2,5	1,00		
Não	23	53,5	1,11	1,01-1,23	0,026
Nunca precisou	7	9,1	1,00	0,95-1,05	0,900

A diferença no número de respondentes entre as variáveis corresponde às não respostas.

2.6 Discussão

Nesse estudo, inicialmente, buscou-se conhecer a avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no SUS. O elevado percentual de avaliação positiva obtido corrobora os achados de outros estudos nacionais e internacionais sobre avaliação do atendimento em serviços de saúde, desenvolvidos a partir da visão do usuário²⁶⁻³⁰. Essa alta avaliação positiva precisa ser vista com prudência. A possibilidade de que um bom trabalho venha sendo realizado nos serviços pesquisados e de que as entrevistas apenas tenham

retratado tal situação, não deve ser ignorada, porém, outras considerações podem ajudar na compreensão desse resultado. Brandão et al.¹⁷ relatam que achados de alta satisfação podem estar relacionados a um nível baixo de expectativas, alcançando-se assim, mais facilmente, a avaliação positiva. Traverso-Yépez e Morais³¹ alertam para o equívoco do reconhecimento do serviço recebido como um favor ou doação, e não como um direito. Serapioni e Silva²⁸ mencionam a supervalorização, por parte do usuário, do simples fato de ser atendido, sem se deter propriamente na avaliação do atendimento recebido.

Na literatura, alguns trabalhos identificaram associações entre condições sociodemográficas e a percepção que os sujeitos tiveram sobre os serviços de saúde³²⁻³⁴. No presente estudo, os entrevistados com grau de escolaridade superior apresentaram um percentual maior de avaliação negativa, quando comparados aos de graus médio e fundamental. Populações com baixos índices de escolaridade parecem ser mais condescendentes com os serviços de saúde prestados, avaliando-os mais positivamente^{17,29,35}. Assim como a escolaridade, o tipo de unidade de saúde também se mostrou estatisticamente associado à avaliação do atendimento, na análise bivariada. Chamou atenção, a ausência de avaliação negativa entre aqueles atendidos em unidades não integrantes da ESF, contra 11,7% dessa avaliação entre os usuários de unidades com ESF. Esse achado talvez esteja relacionado ao fato de as equipes de trabalho (CD e auxiliares) das quatro unidades de saúde sem ESF visitadas serem formadas por ocupantes de cargos efetivos, e praticamente as mesmas há anos, tendo assim, desenvolvido vínculos fortes e permanentes com a comunidade. O acompanhamento ao longo do tempo oferece ao usuário um cuidado mais adequado¹⁶. Já nas demais unidades, com ESF, observou-se durante as visitas, que a imensa maioria dos profissionais era contratada por tempo determinado, mediante terceirização, gerando certa rotatividade nos membros das equipes, e dificultando o estabelecimento dos vínculos necessários. Segundo levantado por Serapioni e Silva²⁸, a boa relação entre profissionais de

saúde e usuários contribui para a constituição desses vínculos, que por sua vez favorecem a inserção das equipes no ambiente de vida dos pacientes.

Observando-se ainda os resultados das análises bivariadas, vê-se que a relação interpessoal com a equipe odontológica parece ter tido participação direta no julgamento do atendimento recebido, pois todas as variáveis relacionadas à humanização apresentaram associação estatisticamente significativa com a avaliação do atendimento. Rahmqvist e Bara³⁴ também encontraram associação entre a forma como o usuário percebe o serviço de saúde, e as relações de intersubjetividade com os profissionais. O usuário, em geral, ao avaliar o cuidado prestado, reconhece quando os profissionais demonstram respeito, atenção, elo de afetividade, confiança e credibilidade³⁶. Nessa pesquisa, entre aqueles que foram bem recebidos no serviço odontológico; que foram informados sobre a própria condição de saúde bucal; que conseguiram conversar com o CD durante o atendimento; que sempre receberam informações sobre prevenção de doenças bucais; que perceberam interesse do CD e equipe pela sua saúde bucal; que sentiram confiança no CD e equipe; que sabiam o nome do CD; e que tiveram facilidade para falar com o CD e equipe após a conclusão do tratamento; houve no mínimo 94,2% de avaliações positivas. Entretanto, a motivação para adoção de condutas humanizadas por profissionais de saúde bucal, deve ir muito além da busca por boas avaliações dos serviços ofertados. Usuários entrevistados por Reis et al.³⁷ em uma pesquisa qualitativa, expuseram a importância da relação entre profissionais e pacientes, e sua influência sobre o resultado do tratamento.

Também no contexto da relação profissional-usuário, um dado mostrou-se discrepante do que se esperaria para o cenário encontrado. Apesar dos resultados terem indicado a ocorrência frequente de diálogo com os membros da equipe, 63,3% dos participantes da pesquisa não sabiam o nome do CD, e destes, 86,9% avaliaram o atendimento positivamente. Como as respostas às questões sobre humanização apontaram para a presença de um ótimo

relacionamento com a equipe odontológica, seria esperado que o usuário soubesse o nome do CD que o atendeu. Novamente, o baixo nível de expectativas relatado por Brandão et al.¹⁷ pode ajudar a compreender tal circunstância, porém, sem desconsiderar a existência de condutas humanizadas que possam justificar, em parte, a aprovação encontrada. Outro fato que pode contribuir para a interpretação dessa realidade é a já referida rotatividade nos membros das equipes de trabalho de algumas unidades pesquisadas. A realização de grupos focais ou outra técnica de pesquisa qualitativa seria apropriada para o aprofundamento da discussão sobre esse achado em futuros trabalhos.

Diante da predominância da avaliação positiva do atendimento odontológico, buscou-se, na análise multivariada, conhecer como e quais variáveis independentes estariam associadas à reduzida avaliação negativa encontrada, além da força dessas associações. Não confiar no CD e equipe foi a condição mais fortemente associada à avaliação negativa do atendimento recebido, seguida de não ter facilidade para falar com o CD e equipe após a conclusão do tratamento. Considerando que o medo e a ansiedade são sentimentos comuns a pacientes que necessitam de tratamento odontológico³⁸; não confiar no CD e equipe pode dificultar a superação desses sentimentos, e colaborar para a avaliação negativa da experiência vivida dentro do consultório. Da mesma forma, buscar esses profissionais para esclarecer dúvidas surgidas após o fim do tratamento e encontrar dificuldades para ser ouvido é uma situação frustrante e causadora potencial de insatisfação. Ter a habilidade de escutar, explicar e dar atenção ao usuário contribui para a superação de barreiras e fortalecimento de vínculos. Assim como neste estudo, a importância da humanização no atendimento também se apresentou de maneira muito incisiva em um trabalho onde, por meio de questões abertas, 43% dos usuários disseram que o que mais valorizavam na ESF era a boa relação com os profissionais; e 36% externaram que o que mais prejudicava a ESF era a maneira de atender dos mesmos²⁸.

A subjetividade e a multidimensionalidade que envolvem a avaliação de serviços de saúde podem ter exercido papel importante sobre os resultados deste estudo, contribuindo para a ocorrência do elevado percentual de avaliação positiva. Talvez essa acentuada positividade tenha concorrido para a não permanência, após a análise multivariada, de algumas associações estatísticas verificadas nas análises bivariadas. Mesmo assim, é importante verificar que a avaliação negativa foi mais frequente entre aqueles que, de forma geral, não perceberam a existência de ações humanizadas durante o atendimento.

Novos trabalhos são necessários para aprofundar as discussões sobre o tema e fornecer o máximo possível de subsídios para que usuários, profissionais e gestores de saúde possam, coletivamente, consolidar a humanização como política pública permanente e indispensável nos serviços de saúde bucal e no SUS.

2.7 Conclusão

Essa pesquisa evidenciou a preponderante avaliação positiva que o usuário do SUS teve sobre o atendimento odontológico, assim como a relação existente entre avaliação e humanização no atendimento. Os resultados sugerem que a avaliação pode estar mais relacionada a aspectos da humanização nos serviços do que a características sociodemográficas da população. Todavia, a obtenção de boas avaliações deve ser consequência de todo o processo de trabalho, inclusive de sua humanização, e não uma finalidade em si mesmo.

Referências

1. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cienc Saude Colet* 2012; 17(8):2071:2085.
2. Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris: ONU; 1948. [acessado 2014 nov 20]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>.
3. Organização Mundial de Saúde. *Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata: OMS; 1978. [acessado 2014 nov 20]. Disponível em: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>.
4. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado; 1988.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª ed. 5ª reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Lima CC, Guzman SM, Benedetto MAC, Gallian DMC. Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento humanizador para graduandos da área de saúde. *Interface Comun Saude Educ* 2014; 18(48):139-150.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. 5ª reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Conceição TS. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. *SER Soc* 2009; 11(25):194-220.
11. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cienc Saude Colet* 2005; 10(3):599-613.
12. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Cienc Saude Colet* 2011; 16(11):4541-4548.
13. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saude Publica* 2008; 42(3):555-561.

14. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis* 2010; 20(4):1419-1440.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
16. Moraes VD, Campos CEA, Brandão AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis* 2014; 24(1):127-146.
17. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cienc Saude Colet* 2013; 18(1):103-114.
18. 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):265-276.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. *SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: projeto técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. *Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS*: edição 2004-2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ*: instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ*: instrumento de avaliação externa para as equipes de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
24. Moimaz SAS, Fadel CB, Bordin D, Rovida TAS, Saliba NA. *Cidadania e saúde bucal*. Araçatuba: FOA/UNESP; UEPG; 2013.
25. SPSS Inc. Released. SPSS Statistics for Windows. [computer program]. Version 17.0. Chicago: SPSS Inc.; 2008.
26. Castro HCO, Machado LZ, Walter MIMT, Ranincheski SM, Schmidt BV, Marinho DNC, et al. A satisfação dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). *Soc Debate* 2008; 14(2):113-134.

27. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2009; 4(16):270-276.
28. Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Cienc Saude Coletiva* 2011; 16(11): 4315-4326.
29. Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Qual Saf* 2012; 21(1):39-46.
30. Al-Haboubi M, Klass C, Jones K, Bernabé E, Gallagher JE. Inequalities in the use of dental services among adults in inner South East London. *Eur J Oral Sci* 2013; 121(3):176-181.
31. Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1):80-88.
32. Priporas C, Laspa C, Kamenidou I. Patient satisfaction measurement for in-hospital services: a pilot study in Greece. *J Med Marketing* 2008; 8(4):325-340.
33. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(3):281-296.

34. Rahmqvist M, Bara A. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Health Care* 2010; 22(2):86-92.
35. 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 do usuário. *Cien Saude Coletiva* 2013; 18(1):35-44.
36. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab Educ Saude* 2011; 9(3):479-503.
37. 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”. *Cien Saude Coletiva* 2009; 14(4):1287-1295.
38. Medeiros LA, Ramiro FMS, Lima CAA, Souza LMA, Fortes TMV, Groppo FC. Avaliação do grau de ansiedade dos pacientes antes de cirurgias orais menores. *Rev Odontol UNESP* 2013; 42(5):357-363.

3 Capítulo 2

Resolutividade do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde: com a palavra, o usuário³

³Artigo enviado para a revista Health and Social Care in the Community.
Formatado segundo normas da revista.

3.1 Resumo

O objetivo nesse estudo foi conhecer a percepção do usuário sobre a resolutividade do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde, e analisar as associações entre resolutividade e características sociodemográficas e de acesso ao serviço. Tratou-se de uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa, na qual 461 usuários de unidades primárias de saúde de Araçatuba, São Paulo, Brasil, responderam a entrevistas individuais realizadas entre novembro de 2013 e maio de 2014. A variável desfecho foi a resolutividade do serviço odontológico, obtida por meio da seguinte pergunta: “*Em sua opinião, o dentista desta unidade de saúde está conseguindo resolver todos os seus problemas de saúde bucal? (sim/não)*”. As variáveis independentes foram agrupadas em: sociodemográficas, e de acesso ao serviço. Buscou-se ainda saber dos entrevistados, por meio de uma questão aberta, o que precisava ser melhorado no atendimento odontológico da unidade de saúde. A maioria dos participantes (73,3%) relatou que seus problemas de saúde bucal estavam sendo resolvidos. Utilizando-se a regressão de Poisson, verificou-se que a falta de resolutividade esteve estatisticamente associada a não considerar o horário de trabalho do cirurgião-dentista conveniente; à grande demora para conseguir realizar o agendamento para a unidade de saúde;

e ao tempo na sala de espera ser muito demorado. Melhorar o acesso e aumentar o número de cirurgiões-dentistas foram as sugestões dadas para aperfeiçoar o atendimento. Os resultados revelaram a percepção positiva que o usuário teve sobre a resolutividade do serviço público odontológico, e a relação existente entre o acesso ao serviço e a capacidade resolutiva referida.

Palavras-chave: assistência odontológica, avaliação em saúde, efetividade, Sistema Único de Saúde, acesso aos serviços de saúde

3.2 Abstract

The aim of this study was to learn about the users' perceptions concerning the case-resolving capacity of dental care in the Unified Health System and to analyze the associations between solving capacity and both sociodemographic characteristics and access to the service. This was a cross-sectional study with a quantitative approach, in which 461 users of the primary health care centers in Araçatuba, in São Paulo, Brazil responded to individual interviews conducted between November 2013 and May 2014. The outcome variable was the case-resolving capacity of dental care, obtained through the question: "*In your opinion, is the dentist of this health center managing to solve all your oral health problems (Yes/No)*". Independent variables were grouped into the following: sociodemographic and related to the access to the service. In addition, the respondents were asked by means of an open question as to what needed to be improved in the dental care of the health center. Most participants (73.3%) reported that their oral health problems were being solved. By using the Poisson regression, the lack of case-resolving capacity was found to be statistically associated to the patients' not considering the dental surgeon's working hours convenient; to the long time they had to wait to get an appointment in the health center; and to the long time they had to wait in the waiting room on the day of their appointment. Improving the access and increasing the number of dental surgeons were the suggestions given to improve the service. The results showed the positive view that users have about the case-resolving capacity of public dental care, and the relationship between access to the service and the said solving capacity.

Keywords: dental care, health evaluation, effectiveness, Unified Health System, health services accessibility

3.3 Introdução

O Brasil é uma república federativa onde vivem mais de 190 milhões de pessoas (Brasil 2010a), distribuídas em 5.570 municípios, que totalizam uma área de 8.515.767 km² (Brasil 2013a). Diante dessa dimensão continental e das diferenças regionais existentes (geográficas, culturais, sociais, econômicas), prover cuidados de saúde a tamanha população torna-se um desafio permanente.

Ao longo de sua história, o Brasil teve diversos modelos de assistência à saúde, com participação de uma variedade de organizações públicas e privadas, e desde 1988 adota um dinâmico e complexo sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na premissa de que a saúde é um direito de todo cidadão e dever do Estado, e que tem como objetivo, fornecer cuidados preventivos e curativos, por meio de uma gestão descentralizada e com participação da comunidade (Paim *et al.* 2011). O SUS consiste em um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas federais, estaduais e municipais, que visam atender às necessidades de todas as pessoas (princípio da universalidade), permitindo-lhes o acesso a todos os serviços nos diferentes níveis de complexidade (princípio da integralidade), e ofertando mais a quem mais precisa (princípio da equidade) (Pucca Jr *et al.* 2010).

Historicamente, a assistência odontológica pública no Brasil restringiu-se quase que completamente aos serviços básicos, ainda assim, com grande demanda reprimida (Brasil 2004a). O cuidado era focado somente em cárie e doença periodontal, e costumava ser destinado a alguns grupos populacionais, como estudantes (Pucca Jr *et al.* 2010) e trabalhadores formais que contribuía para o sistema previdenciário. Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), adotado como modelo para reorganização da atenção primária no SUS, com foco na família, no registro do

paciente, e numa lógica epidemiológica social (Pucca Jr *et al.* 2009), mas ainda sem a incorporação de ações e serviços de saúde bucal. Isso viria a ocorrer seis anos depois, quando da publicação da Portaria Ministerial nº 1.444 de 2000, que estabelecia incentivos financeiros para que os municípios pudessem incluir na ESF, Equipes de Saúde Bucal (ESB) compostas por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB), podendo contar também com o técnico em saúde bucal (TSB) (Brasil 2000). Dessa forma a população poderia ter mais acesso a ações de saúde bucal, embora essas ações não se estendessem à realização de procedimentos odontológicos especializados. Faltava ainda ao SUS, uma política específica e integral para a área de odontologia.

Em 2004, como resultado de um longo processo de institucionalização da odontologia no sistema de saúde brasileiro, foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intitulada “Brasil Sorridente”, que envolve a expansão da implantação de ESB na ESF; a criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), incluindo reabilitação protética por meio da instalação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD); e a ampliação da cobertura de fluoretação das águas de abastecimento público (Pucca Jr *et al.* 2009). Os CEO vieram de encontro a uma enorme demanda, até então reprimida, por procedimentos odontológicos especializados. Neles devem ser realizados, no mínimo, diagnóstico bucal, com ênfase na detecção de câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais (Brasil 2006).

Dados de maio de 2015 indicam a existência de 24.175 ESB implantadas em 4.978 municípios brasileiros (Brasil 2015a), e 1.020 CEO em todo o país (Brasil 2015b). Com números tão expressivos, espera-se que as ESB e os CEO sejam capazes de ampliar o acesso à assistência odontológica no SUS, tendo em vista que a mais recente Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, revelou que quase uma década após o lançamento do “Brasil Sorridente”, 74,3% dos atendimentos odontológicos no Brasil ainda ocorreram em clínicas ou

consultórios particulares (Brasil 2015c). A procura pela odontologia privada, preterindo o atendimento público e gratuito, desperta, dentre outros aspectos, dúvidas quanto à capacidade resolutiva percebida pelo usuário do serviço de saúde bucal no SUS.

Considera-se resolutividade, a resposta satisfatória que o serviço de saúde fornece ao usuário quando busca atendimento, seja ela a cura de doenças, o alívio do sofrimento, ou a promoção e manutenção da saúde (Rosa *et al.* 2011). O objetivo de um usuário ao buscar o atendimento de um serviço de saúde bucal público é melhorar seu estado de saúde, resolver problemas e corrigir disfunções (Garbin *et al.* 2011). Supõe-se que quanto maior a resolutividade de um serviço, mais voltado e preparado ele está para atender as necessidades de saúde do usuário, mesmo que isto signifique encaminhá-lo para outro serviço para continuidade do atendimento (Turrini *et al.* 2008).

A resolutividade dos serviços no modelo hierarquizado por níveis de atenção pode ser avaliada por dois aspectos: o primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado, e o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde (Turrini *et al.* 2008). Embora os sistemas de informação em saúde possam fornecer dados clínicos e epidemiológicos para subsidiar a avaliação e mensuração da resolutividade de um serviço ou sistema de saúde, talvez as informações mais importantes só possam ser conseguidas diretamente com o usuário. Como a percepção do indivíduo sobre determinado serviço é particular, torna-se difícil identificar o que significa para ele um serviço capaz de resolver seu problema de saúde (Turrini *et al.* 2008), fazendo com que seja fundamental ouvi-lo.

Não foram localizados na literatura, artigos que tenham como desfecho a resolutividade de serviços odontológicos obtida a partir da percepção do usuário. Diante disso

e da importância do tema, buscou-se nesse estudo conhecer a percepção do usuário sobre a resolutividade do serviço odontológico no SUS, e analisar as associações entre resolutividade e características sociodemográficas e de acesso ao serviço.

3.4 Métodos

Esse estudo transversal tipo inquérito com abordagem quantitativa fez parte de um projeto multicêntrico que investigou, a partir da visão do usuário, diversos aspectos da assistência odontológica prestada no âmbito do SUS. A população de estudo foi composta por 461 usuários do serviço de saúde bucal do SUS no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil, com idade mínima de 18 anos, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e que no dia da entrevista encontravam-se aguardando atendimento odontológico na unidade de saúde visitada. Foram excluídos os menores de 18 anos, os portadores de necessidades especiais cognitivas, bem como aqueles que seriam atendidos pela primeira vez pelo CD na referida unidade.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas individuais realizadas nas dezesseis unidades de saúde da zona urbana do município que dispunham de serviço de atendimento primário em odontologia. As entrevistas, realizadas por CD devidamente calibrados, ocorreram entre novembro de 2013 e maio de 2014, e foram distribuídas proporcionalmente entre as unidades de saúde, de acordo com a demanda atendida. O questionário aplicado foi adaptado a partir do modelo utilizado para pesquisa de satisfação do usuário no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) (Brasil 2004b), e de instrumentos de avaliação externa do Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (Brasil 2013b, 2013c). Realizou-se previamente um estudo piloto para detecção de possíveis problemas e adequação do instrumento de coleta. Ao final de cada entrevista, foi dado ao

usuário um manual impresso elaborado para a pesquisa, contendo informações sobre os seus direitos e deveres perante o SUS (Moimaz *et al.* 2013); e ainda um *kit* contendo escova, creme e fio dentais.

A resolatividade do serviço odontológico, vista sob a ótica do usuário, foi a variável desfecho deste estudo. Para sua obtenção, os entrevistados responderam à seguinte pergunta: “*Em sua opinião, o dentista desta unidade de saúde está conseguindo resolver todos os seus problemas de saúde bucal? (sim/não)*”. As variáveis independentes foram divididas em sociodemográficas (gênero; faixa etária; ocupação; estado civil; escolaridade; renda familiar; e tipo de unidade de saúde onde é atendido), e de acesso ao serviço (motivo da procura pelo serviço; orientação para procurar o serviço; distância entre a residência e a unidade de saúde; satisfação quanto à forma como é recebido; conveniência do horário de trabalho do CD; tempo para agendamento; forma de agendamento; tempo na sala de espera; encaminhamento para tratamento especializado; êxito em marcar consulta com especialista; e tempo para marcar consulta com especialista). Buscou-se ainda saber dos entrevistados, por meio de uma questão aberta, o que precisava ser melhorado no atendimento odontológico da unidade de saúde.

No cálculo amostral, utilizou-se 50% de prevalência para cada possibilidade de resposta (sim/não) à pergunta que continha a variável desfecho, com a finalidade de maximizar o tamanho da amostra. Buscando potencializar o efeito do estudo, foram acrescidos 20% (77) ao total inicial encontrado (384), alcançando 461 indivíduos na amostra final. O nível de confiança foi estipulado em 95% e o erro amostral máximo em 5%.

Os dados decorrentes das questões fechadas e suas associações com a variável desfecho foram analisados com auxílio do pacote estatístico SAS, versão 9.3 (SAS Institute 2011), preliminarmente realizando-se análises bivariadas com a aplicação dos testes qui-quadrado e exato de Fisher, sendo este utilizado quando o primeiro mostrou-se inadequado.

Posteriormente, as variáveis associadas à resolutividade do serviço odontológico em nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$) foram incluídas em análise multivariada. Nessa etapa, empregou-se a regressão de Poisson, com nível de significância de 5% e intervalos de confiança de 95% (IC95%), para que a partir das razões de prevalência fossem verificadas as magnitudes das associações. Para tratamento dos dados oriundos da questão aberta, as respostas foram analisadas diversas vezes e os conteúdos convergentes foram agrupados em matrizes que deram origem a categorias temáticas (Bardin 2004).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) (Parecer 353.893). Todos os participantes assinaram o TCLE contendo os objetivos da pesquisa e informações sobre participação voluntária, confidencialidade, e possibilidade de desistência.

3.5 Resultados

Indagados sobre a resolutividade do serviço odontológico, 73,3% dos entrevistados disseram que estavam tendo todos os seus problemas de saúde bucal resolvidos, 24,1% responderam negativamente, e apenas 2,6% recusaram-se a emitir opinião sobre o assunto, tendo sido descartados para efeito de análise de resultados. Outras questões também apresentaram algumas não respostas, levando a pequenas diferenças no número absoluto de respondentes.

Entre os participantes, predominaram aqueles do gênero feminino (70,8%), os empregados (44,5%), os solteiros (57,9%), os da faixa etária de 18 a 29 anos (26,1%), e os com renda familiar menor que dois salários mínimos (68,0%). Quanto à escolaridade, 41,6%

tinham apenas o ensino fundamental, e 48,5%, o ensino médio. 81,7% eram atendidos em uma das doze unidades de saúde integrantes da ESF.

Observando as questões relacionadas ao acesso ao serviço, viu-se que somente 16,3% procuraram atendimento por prevenção, enquanto 27,8% o fizeram por estar com dor. As demais variáveis de acesso evidenciaram que 61,5% dos respondentes não receberam orientação de ninguém para procurar o CD; 62,6% moravam perto da unidade de saúde; 90,2% estavam satisfeitos com a forma como eram recebidos; 92,2% achavam o horário de atendimento do CD bom, adequado; 54,9% agendaram consulta sem demora; 67,0% eram atendidos com hora marcada; 52,9% ficaram pouco tempo na sala de espera; 27,4% foram encaminhados ao especialista, e desses, 25,8% não conseguiram marcar consulta especializada.

Além disso, 45,5% dos respondentes disseram que nada precisava ser melhorado no atendimento odontológico da unidade de saúde. Em contrapartida, entre os 54,5% restantes, diversas sugestões foram dadas, desde melhorar a estrutura física da unidade até adquirir materiais odontológicos de qualidade superior. Destacaram-se entre as categorias temáticas mais frequentes na fala dos usuários, o anseio por melhorias no acesso ao serviço (27,9%) e pelo aumento do número de CD para atender a população (15,8%).

As tabelas 1 e 2 e trazem as análises estatísticas bivariadas entre a resolutividade do serviço odontológico e as variáveis independentes. Dentre as características sociodemográficas (tabela 1), apenas o tipo de unidade de saúde onde o usuário era atendido apresentou associação significativa ($p = 0,019$). Das variáveis de acesso (tabela 2), o motivo da procura pelo serviço ($p = 0,015$); a distância entre a residência e a unidade de saúde ($p = 0,011$); a satisfação quanto à forma como é recebido ($p < 0,001$); a conveniência do horário de trabalho do CD ($p < 0,001$); o tempo necessário para agendamento da consulta na unidade de

saúde ($p < 0,001$); e o tempo aguardando na sala de espera no dia do atendimento ($p < 0,001$), estiveram associadas de forma significativa à resolutividade do serviço.

Tabela 1 Análises bivariadas entre resolutividade do serviço odontológico e características sociodemográficas. Araçatuba, São Paulo, 2013/2014.

Variável	Resolutividade do serviço						Valor de p
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Gênero							
Masculino	96	73,3	35	26,7	131	100,0	0,529
Feminino	242	76,1	76	23,9	318	100,0	
Faixa etária							
18 a 29	84	71,8	33	28,2	117	100,0	0,291
30 a 39	74	77,9	21	22,1	95	100,0	
40 a 49	85	79,4	22	20,6	107	100,0	
50 a 59	48	67,6	23	32,4	71	100,0	
60 ou mais	47	79,7	12	20,3	59	100,0	
Ocupação							
Empregado	160	80,0	40	20,0	200	100,0	0,321
Autônomo	49	74,2	17	25,8	66	100,0	
Aposentado	31	75,6	10	24,4	41	100,0	
Dona de casa	59	70,2	25	29,8	84	100,0	
Estudante	25	69,4	11	30,6	36	100,0	
Desempregado	14	63,6	8	36,4	22	100,0	
Estado civil							
Casado/União estável	98	72,1	38	27,9	136	100,0	0,303
Solteiro	195	75,0	65	25,0	260	100,0	
Separado/Divorciado	16	88,9	2	11,1	18	100,0	
Viúvo	29	82,9	6	17,1	35	100,0	
Escolaridade							
Superior	27	61,4	17	38,6	44	100,0	0,058
Médio	170	78,3	47	21,7	217	100,0	
Fundamental	140	75,3	46	24,7	186	100,0	
Renda familiar							
< 2 salários mínimos	220	74,3	76	25,7	296	100,0	0,550
≥ 2 salários mínimos	107	77,0	32	23,0	139	100,0	
Tipo de unidade de saúde							
Com ESF	268	73,0	99	27,0	367	100,0	0,019
Sem ESF	70	85,4	12	14,6	82	100,0	

As diferenças no número de respondentes entre algumas variáveis correspondem às não respostas.

Tabela 2 Análises bivariadas entre resolutividade do serviço odontológico e variáveis de acesso. Araçatuba, São Paulo, 2013/2014.

Variável	Resolutividade do serviço						Valor de p
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Motivo da procura pelo serviço							
Revisão/Prevenção	61	83,6	12	16,4	73	100,0	
Dor	84	67,2	41	32,8	125	100,0	
Extração	10	55,6	8	44,4	18	100,0	0,015
Tratamento	180	78,6	49	21,4	229	100,0	
Outros	3	75,0	1	25,0	4	100,0	
Orientação para procurar o serviço							
Ninguém	205	74,3	71	25,7	276	100,0	
Familiar ou amigo	86	78,2	24	21,8	110	100,0	
Agente de Saúde (ACS)	15	75,0	5	25,0	20	100,0	0,209
Demais profissionais unidade	21	65,6	11	34,4	32	100,0	
Outros	11	73,0	0	00,0	11	100,0	
Distância entre a residência e a unidade de saúde							
Perto	218	77,6	63	22,4	281	100,0	
Razoável	80	78,4	22	21,6	102	100,0	0,011
Longe	40	60,6	26	39,4	66	100,0	
Satisfação quanto à forma como é recebido							
Satisfeito	322	79,5	83	20,5	405	100,0	
Mais ou menos	15	42,9	20	57,1	35	100,0	< 0,001
Insatisfeito	1	11,1	8	88,9	9	100,0	
Conveniência do horário de trabalho do CD							
Sim	330	79,9	83	20,1	413	100,0	
Não	8	22,9	27	77,1	35	100,0	< 0,001
Tempo para agendamento							
Não demorou	203	82,9	42	17,1	245	100,0	
Demorou pouco	84	73,0	31	27,0	115	100,0	< 0,001
Demorou muito	48	55,8	38	44,2	86	100,0	
Forma de agendamento							
Hora marcada	236	78,4	65	21,6	301	100,0	
Ordem de chegada	80	70,2	34	29,8	114	100,0	
Encaixe	14	63,6	8	36,4	22	100,0	0,153
Outros	8	66,7	4	33,3	12	100,0	
Tempo na sala de espera							
Não é demorado	221	83,4	44	16,6	265	100,0	
Pouco demorado	104	71,7	41	28,3	145	100,0	< 0,001
Muito demorado	12	31,6	26	68,4	38	100,0	
Encaminhamento para tratamento especializado							
Sim	85	69,7	37	30,3	122	100,0	
Não	250	77,4	73	22,6	323	100,0	0,091
Êxito em marcar consulta com especialista							
Sim	63	70,8	26	29,2	89	100,0	
Não	21	67,7	10	32,3	31	100,0	0,750
Tempo para marcar consulta com especialista							
Até 1 semana	29	76,3	9	23,7	38	100,0	
Mais de 1 semana até 1 mês	19	67,9	9	32,1	28	100,0	0,599
Mais de 1 mês	15	65,2	8	34,8	23	100,0	

As diferenças no número de respondentes entre algumas variáveis correspondem às não respostas.

A tabela 3 apresenta os resultados da análise multivariada. Nela estão as razões de prevalência ajustadas da não percepção de resolutividade do serviço odontológico, segundo as variáveis independentes que haviam tido associação significativa nas análises bivariadas. A falta de resolutividade esteve estatisticamente associada a não considerar o horário de trabalho do CD conveniente, bom (RP = 2,65; IC 95%: 1,63-4,31); à grande demora para conseguir realizar o agendamento para a unidade de saúde (RP = 1,67; IC 95%: 1,03-2,73); e ao tempo na sala de espera ser muito demorado (RP = 2,19; IC 95%: 1,23-3,91). As demais variáveis não permaneceram associadas de forma significativa após a análise multivariada.

Tabela 3 Análise multivariada entre serviço odontológico não resolutivo e variáveis independentes. Araçatuba, São Paulo, 2013/2014.

Variável	Serviço não resolutivo		RP Ajustada	(IC 95%)	Valor de p
	n	%			
Conveniência do horário de trabalho do CD					
Sim	83	20,1	1,00		
Não	27	77,1	2,65	1,63-4,31	<0,001
Tempo para agendamento					
Não demorou	42	17,1	1,00		
Demorou pouco	31	27,0	1,19	0,73-1,94	0,473
Demorou muito	38	44,2	1,67	1,03-2,73	0,037
Tempo na sala de espera					
Não é demorado	44	16,6	1,00		
Pouco demorado	41	28,3	0,66	0,42-1,02	0,064
Muito demorado	26	68,4	2,19	1,23-3,91	0,007

As diferenças no número de respondentes entre algumas variáveis correspondem às não respostas.

3.6 Discussão

Neste estudo buscou-se apreender a percepção do usuário sobre a resolutividade do serviço odontológico no SUS. A elevada resolutividade constatada pode ter sido reflexo do bom funcionamento das unidades de saúde visitadas, pondo em prática os preceitos do SUS e da PNSB, e conseguindo atender à maioria das necessidades de saúde bucal da população. No

entanto, esse trabalho não foi desenvolvido a partir de dados numéricos extraídos de sistemas de informação em saúde, ou de necessidades normativas de saúde bucal diagnosticadas em exames epidemiológicos. Ao buscar conhecer a resolutividade do serviço a partir das respostas do usuário, capta-se a informação em sua fonte, mas há que se pensar criticamente e considerar a subjetividade nela contida. Cada indivíduo tem expectativas próprias quanto ao atendimento, e dependendo delas, a sensação de que teve seus problemas resolvidos pode ser alcançada com maior ou menor facilidade. O simples fato de conseguir acesso ao serviço de saúde pode levar a uma supervalorização do atendimento recebido (Serapioni & Silva 2011).

Apesar de alguns autores terem publicado artigos sobre resolutividade em saúde, suas investigações não se deram em serviços de saúde bucal (Turrini *et al.* 2008, Rosa *et al.* 2011, Finkler *et al.* 2014, Silva *et al.* 2014), ou levaram em consideração outros meios, que não a percepção do usuário/paciente, para verificação da capacidade resolutiva (Bulgareli *et al.* 2014). Há também trabalhos que se relacionam com o tema apenas de forma tangencial, visto que apresentam outros desfechos (Moimaz *et al.* 2010, Santiago *et al.* 2013). Desse modo, os resultados existentes para comparação com os obtidos nessa pesquisa são bastante reduzidos, principalmente quando se trata da análise das associações com as variáveis independentes.

Embora com métodos e cenários distintos, a maioria dos artigos encontrados mostrou resolutividade semelhante à da presente pesquisa. Os resultados que mais se aproximaram foram os de Moimaz *et al.* (2010) (72,1%), e Santiago *et al.* (2013) (78,6%). Silva *et al.* (2014) obtiveram percentual um pouco maior (86,6%), enquanto Rosa *et al.* (2011) registraram situação oposta a esta (61,3%).

Na análise bivariada, a associação estatisticamente significativa entre resolutividade e o tipo de unidade de saúde onde o participante era atendido, desperta especial atenção ao se observar as frequências descritas. Ao contrário do que se esperaria, o percentual de usuários que afirmaram que estavam tendo seus problemas de saúde bucal resolvidos foi maior entre

aqueles atendidos em unidades de saúde sem ESF, do que entre os atendidos em unidades com a ESF implantada. Esse achado talvez tenha relação com o fato de que os CD e auxiliares das quatro unidades de saúde sem ESF visitadas pertenciam ao quadro permanente de servidores do município, e atuavam nessas unidades há anos. Segundo Moraes *et al.* (2014), o acompanhamento ao longo do tempo oferece ao usuário um cuidado mais adequado. Já nas unidades com ESF, observou-se durante as visitas, que a maioria dos profissionais tinha vínculo de trabalho temporário (terceirização mediada por uma Organização Social), causando certa rotatividade nos membros das equipes, dificultando o estabelecimento de uma relação mais sólida e longínqua com o usuário, e podendo ter interferido na percepção da resolutividade proporcionada pelo serviço.

Finkler *et al.* (2014), observando duas unidades de saúde, também constataram melhor resolutividade naquela sem ESF. Para eles, a unidade com ESF acabou, por meio de “fichas” e “avaliações”, distanciando-se dos princípios que caracterizam a saúde da família como estratégia preferencial de promoção de saúde a população (Finkler *et al.* 2014). Já no trabalho de Bulgareli *et al.* (2014) houve uma diferença estatisticamente significativa de 40,97% de resolutividade nas unidades sem ESF, em relação aos 83,56% daquelas com ESF.

Ainda nas análises bivariadas, algumas considerações podem ser feitas a partir das associações significativas obtidas. Os usuários que procuraram o serviço por motivo de dor ou para realizar extração dentária julgaram-no bem menos resolutivo do que aqueles que foram até a unidade para atendimento preventivo. Os problemas odontológicos com menor grau de complexidade, identificados muitas vezes em consultas preventivas, tendem a ser de mais fácil resolução, quando comparados a outros mais complexos. Esse fato pode ter influenciado na percepção dos participantes sobre a resolutividade do serviço, ou na própria resolutividade. A atenção preventiva é uma forma de reduzir o risco de doenças e melhorar o perfil epidemiológico da população, evitando o aumento gradativo dos custos com tratamento

odontológico ao longo do tempo, conforme mostraram Warren *et al.* (2010). Como exemplo de aplicação dessa abordagem, pode-se citar a política de oferta de *check-ups* odontológicos gratuitos por parte do governo da Escócia, com a intenção de melhorar a saúde bucal dos seus cidadãos (Ikenwilo 2013). O motivo da procura por atendimento odontológico realmente parece ser um fator capaz de interferir no julgamento do paciente, de uma forma geral. Em um estudo desenvolvido em Londres, os usuários cuja última visita ao dentista havia sido por causa de problemas nos dentes apresentaram 10% menos probabilidade de estar satisfeitos com os cuidados recebidos, em comparação aos que haviam marcado consulta para realizar um *check-up* (Al-Haboubi *et al.* 2013).

Não morar longe e sentir-se plenamente satisfeito quanto à forma como é recebido na unidade de saúde foram condições que tiveram uma alta porcentagem de usuários apontando o serviço como resolutivo. Isso está em consonância com pontos preconizados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que prevê que a unidade de saúde deve ser instalada perto de onde as pessoas moram, pois ela desempenha um papel central no acesso da população aos cuidados em saúde (Brasil 2012); e na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (PNH), que tem como uma de suas diretrizes, e como ferramenta para uma atenção resolutiva, o bom acolhimento, a responsabilização da equipe pelo usuário (Brasil 2010b).

Verificada a elevada taxa de resolutividade nas respostas dos entrevistados, direcionou-se a análise multivariada para a investigação de associações entre as variáveis independentes e a não percepção de resolutividade, com o intuito de saber que fatores teriam feito diferença no momento dessa resposta negativa. Contatou-se que das três condições (todas de acesso) que permaneceram associadas à falta de resolutividade, não considerar o horário de trabalho do CD conveniente foi a que mostrou associação mais forte. Dificuldades de acesso relacionadas ao horário de atendimento foram relatadas em estudos sobre serviços

de saúde bucal (Al-Haboubi *et al.* 2013) e geral (Schmied *et al.* 2015). Muitas vezes o usuário necessita de uma maior flexibilidade no horário de funcionamento do serviço (Al-Haboubi *et al.* 2013), principalmente para que possa conciliar as consultas com sua rotina de trabalho (Schmied *et al.* 2015).

Além da questão do horário, a excessiva demora para conseguir fazer o agendamento na unidade de saúde e para ser atendido no dia marcado (ficando aguardando demoradamente na sala de espera) mostraram-se importantes para a compreensão dos relatos de falta de resolutividade. Essas dificuldades também foram sentidas nos Estados Unidos, onde, em 2009, 24,7% dos pacientes de Centros Federais de Saúde disseram ter vivenciado demora no acesso a cuidados dentários dos quais necessitavam (Jones *et al.* 2013). A demora na marcação de consultas desacredita a capacidade resolutiva do atendimento no serviço público, além de estimular alguns a buscar o setor privado (Santos & Penna 2013). Essa afirmação pode contribuir para se entender como o Brasil, com tantas ESB implantadas, teve em 2013 apenas 19,6% dos seus atendimentos odontológicos efetuados nas unidades de atenção primária à saúde (Brasil 2015c).

Nesse estudo, a ideia de que o serviço estava sendo resolutivo foi reforçada quando quase metade dos participantes disse que nada precisava ser aprimorado no atendimento. Por outro lado, as sugestões dos demais entrevistados apontam em outra direção. Em suas respostas, algumas das categorias temáticas mais presentes, como melhorar o acesso ao serviço odontológico e aumentar o número de CD, remetem a possíveis dificuldades para se obter acesso, e à existência de uma demanda reprimida, que necessita resolver seus problemas de saúde bucal. Al-Haboubi *et al.* (2013) relataram situação parecida em sua pesquisa, na qual 32% dos usuários solicitaram uma maior disponibilidade dos CD da rede pública, e 16% desejaram maior acessibilidade a cuidados dentários.

A subjetividade própria do objeto desse estudo e a eventual excessiva valorização da fase de acesso ao serviço odontológico por parte do usuário podem ter exercido papel importante sobre os achados aqui discutidos, e influenciado na obtenção da elevada taxa de resolutividade aferida. Novas pesquisas sobre o tema em questão são extremamente necessárias para que se possa construir um maior arcabouço científico a respeito do desfecho investigado. A união do conhecimento acadêmico às experiências vividas por usuários e profissionais de saúde pode ser um bom caminho para a compreensão da resolutividade e de outras questões presentes nos serviços de atenção à saúde bucal.

3.7 Conclusão

Essa pesquisa revelou a percepção positiva que o usuário teve sobre a resolutividade do serviço público odontológico, bem como a relação existente entre o acesso ao serviço e a capacidade resolutiva referida. Pôde-se concluir ainda, que as condições sociodemográficas tiveram um papel menos significativo no estudo da resolutividade, quando comparadas às variáveis de acesso.

Referências

Al-Haboubi M., Klass C., Jones K., Bernabé E. & Gallagher J.E. (2013) Inequalities in the use of dental services among adults in inner South East London. *European Journal of Oral Sciences* **121** (3), 176-181.

Bardin L. (2004) *Análise de conteúdo*, 3rd edn. Edições 70, Lisboa.

Brasil (2000) *Portaria n. 1.444 de 28 de dezembro de 2000*. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil (2004a) *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil (2004b) *Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS: edição 2004-2005*. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil (2006) *Portaria n. 599 de 23 de março de 2006*. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil (2010a) *Censo Demográfico 2010*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro.

Brasil (2010b) *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*, 4th edn. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil (2012) *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil (2013a) *Resolução n. 1 de 15 de janeiro de 2013*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro.

Brasil (2013b) *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ: instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica*. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil (2013c) *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ: instrumento de avaliação externa para as equipes de saúde bucal*. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil (2015a) *Histórico de cobertura da Saúde da Família*. Available et: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php (accessed on 14/07/2015).

Brasil (2015b) *Cidades Atendidas com Centros de Especialidades Odontológicas*. Available et: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=cidades_bs. (accessed on 28/05/2015).

Brasil (2015c) *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro.

Bulgareli J., Cortellazzi K.L., Ambrosano G.M.B., Meneghim M.C., Faria E.T., Mialhe F.L. & Pereira A.C. (2014) A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva* **19** (2), 383-391.

Finkler A.L., Viera C.S., Tacla M.T.G.M. & Toso B.R.G.O. (2014) The access and the difficulty in resoluteness of the child care in primary health care. *Acta Paulista de Enfermagem* **27** (6), 548-553.

Garbin A.J.I., Garbin C.A.S., Santos R.R., Fagundes A.C.G., Marques J.A.M. & Santos J.G. (2011) Percepção do usuário em relação ao serviço odontológico público no Noroeste paulista. *Revista de Administração em Saúde* **13** (51), 117-123.

Ikenwilo D. (2013) A difference-in-differences analysis of the effect of free dental check-ups in Scotland. *Social Science & Medicine* **83**, 10-18.

Jones E., Shi L., Hayashi A.S., Sharma R., Daly C. & Ngo-Metzger Q. (2013) Access to oral health care: the role of Federally Qualified Health Centers in addressing disparities and expanding access. *Research and Practice* **103** (3), 488-493.

Moimaz S.A.S., Marques J.A.M., Saliba O., Garbin C.A.S., Zina L.G. & Saliba N.A. (2010) Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* **20** (4), 1419-1440.

Moimaz S.A.S., Fadel C.B., Bordin D., Rovida T.A.S. & Saliba N.A. (2013) *Cidadania e saúde bucal*. FOA/UNESP-UEPG, Araçatuba.

Moraes V.D., Campos C.E.A. & Brandão A.L. (2014) Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* **24** (1), 127-146.

Paim J., Travassos C., Almeida C., Bahia L. & Macinko J. (2011) The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* **377**, 1778-1797.

Pucca Jr G.A., Costa J.F.R., Chagas L.D. & Silvestre R.M. (2009). Oral health policies in Brazil. *Brazilian Oral Research* **23** (Spec Iss 1), 9-16.

Pucca Jr G.A., Lucena E.H.G. & Cawahisa P.T. (2010) Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Brazilian Oral Research* **24** (Spec Iss 1), 26-32.

Rosa R.B., Pelegrini A.H.W. & Lima M.A.D.S. (2011) Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem* **32** (2), 345-351.

Santiago R.F., Mendes A.C.G., Miranda G.M.D., Duarte P.O., Furtado B.M.A.S.M. & Souza W.V. (2013) Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva* **18** (1), 35-44.

Santos T.V.C. & Penna C.M.M. (2013) Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais de saúde e usuários. *Texto & Contexto Enfermagem* **22** (1), 149-156.

SAS Institute Inc. (2011) *SAS System for Windows*. [computer program]. Version 9.3. Cary: SAS Institute Inc.

Schmied V., Homer C., Fowler C. *et al.* (2015) Implementing a national approach to universal child and family health services in Australia: professionals' views of the challenges and opportunities. *Health and Social Care in the Community* **23** (2), 159-170.

Serapioni M. & Silva M.G.C. (2011) Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Ciência & Saúde Coletiva* **16** (11), 4315-4326.

Silva M.A., Santos M.L.M. & Bonilha L.A.S. (2014) Users' perceptions of outpatient physiotherapy in the public healthcare system in Campo Grande (MS, Brazil): problem-solving capacity and difficulties. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* **18** (48), 75-86.

Turrini R.N.T., Lebrão M.L. & Cesar C.L.G. (2008) Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cadernos de Saúde Pública* **24** (3), 663-674.

Warren E., Pollicino B., Curtis B., Evans W., Sbaraini A. & Schwarz E. (2010) Modeling the long-term cost-effectiveness of the Caries Management System in an Australian population. *Value in Health* **13** (6), 750-760.

4 Considerações Finais

Conclui-se que a maioria dos usuários fez uma avaliação positiva da assistência odontológica recebida e considerou o serviço resolutivo. Ficou evidente a existência de relação entre avaliação e humanização no atendimento; assim como entre acesso ao serviço e capacidade resolutiva referida.

É imprescindível que pesquisadores, profissionais de saúde bucal e gestores percebam que conseguir acesso ao serviço e ser atendido de forma humanizada são eventos muito importantes para o usuário. A porta aberta e o tratamento digno podem ser os primeiros passos para a manutenção/recuperação da saúde.

O processo avaliativo é indispensável para o direcionamento das ações de saúde bucal, e não deve se restringir a aspectos formativos; e sim, considerar também situações subjetivas percebidas pelo ser humano que procura o serviço. Ouvir o cidadão mostrou-se fundamental para que a política de saúde bucal praticada possa se consolidar como um modelo de atenção que presta um atendimento bem conceituado e resolutivo para a população.

Anexos

Anexo A – Referências da Introdução Geral

1. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Colet*. 2012;17(4):821-8.
2. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saude Publica*. 2008;42(3):555-61.
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
4. Pucca Jr GA, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. Oral health policies in Brazil. *Braz Oral Res*. 2009;23(Spec Iss 1):9-16.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, 29 dez 2000.
6. Vasconcelos SM, Bosi MLM, Pontes RJS. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. *Cad Saude Publica*. 2008;24(12):2891-900.
7. Pimentel FC, Martelli PJJ, Araújo Jr JLAC, Acioli RML, Macedo CLSV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Cien Saude Colet*. 2010;15(4):2189-96.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS: edição 2004-2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ: instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ: instrumento de avaliação externa para as equipes de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ: manual instrutivo para as equipes de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. 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 do usuário. *Cien Saude Coletiva*. 2013;18(1):35-44.

13. Goetz K, Szecsenyi J, Klingenberg A, Brodowski M, Wensing M, Campbell SM. Evaluation of patient perspective on quality of oral health care in Germany – an exploratory study. *Int Dent J*. 2013;63(6):317-23.
14. Rahmqvist M, Bara A. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(2):86-92.
15. Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica Santa Cat*. 2008;1(1):92-100.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. 5ª reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Wallace BB, MacEntee MI, Pauly B. Community dental clinics in British Columbia, Canada: examining the potential as health equity interventions. *Health Soc Care Community*. 2015;23(4):371-9.
18. Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, Costa JSD. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010;38(4):348-59.
19. Pacheco Filho AC, Garbin CAS. A saúde e seu direito sob o olhar do usuário. *Rev Bras Pesqui Saude*. 2010;12(3):39-45.
20. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab Educ Saude*. 2011;9(3):479-503.
21. 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 Saude Publica*. 2010;26(12):2316-22.
22. 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”. *Cien Saude Coletiva*. 2009;14(4):1287-95.
23. Garbin AJI, Garbin CAS, Santos RR, Fagundes ACG, Marques JAM, Santos JG. Percepção do usuário em relação ao serviço odontológico público no Noroeste paulista. *Rev Adm Saude*. 2011;13(51):117-23.
24. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis*. 2010;20(4):1419-40.
25. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saude Publica*. 2008;24(3):663-74.
26. Moraes VD, Campos CEA, Brandão AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis*. 2014;24(1):127-46.

Anexo B – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos

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 Galba Molmaz

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 1195

Bairro: VILA MENDONÇA

CEP: 18.015-050

UF: SP

Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3638-3200

Fax: (18)3638-3332

E-mail: anacem@foa.unesp.br

**FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE**



Continuação do Parecer: 353.093

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: 16.015-050
 UF: SP Município: ARACATUBA
 Telefone: (18)3638-3200 Fax: (18)3638-3332 E-mail: anacem@foa.unesp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Protocolo: 353.023

ARAÇATUBA, 08 de Agosto de 2013

Assinado por:

Ana Claudia de Melo Stevanato Nakamura
(Coordenador)

Endereço: JOSÉ BONIFÁCIO 1195

Bairro: VILA MENDONÇA

CEP: 18.015-050

UF: SP Município: ARAÇATUBA

Telefone: (18)3638-3200

Fax: (18)3638-3332

E-mail: anecman@foc.unesp.br

Anexo C – Carta de aprovação da Revista Ciência & Saúde Coletiva

08/09/2015

ScholarOne Manuscripts

Ciência & Saúde Coletiva

Decision Letter (CSC-2015-1267)

From: romeugo@gmail.com
To: arinilsonchaves@hotmail.com
CC: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br, raimangas.mangas1@gmail.com
Subject: Ciência & Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CSC-2015-1267
Body: 06-Sep-2015

Dear Mr. Lima:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização" for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.
 In order for your manuscript to be edited, we would ask that you include the text in a single file with the: (1) Title (in Portuguese and in the foreign language); (2) Authors (full name, institution and e-mail); (3) Summary (in Portuguese and in the foreign language); (4) Keywords (in Portuguese and in the foreign language); (5) Full text of the article (from the introduction to the references) and (6) Illustrative material (if any, in up to 5 units).
 We note that this file, which cannot be in PDF format, must have the same content as the manuscript which was reviewed. It is this version which shall be published.
 The file and the declarations attached should be sent to the e-mail: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Thank you for your contribution,

Prezado(a) Mr. Lima:

É um prazer aceitar o seu manuscrito intitulado "Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização" para publicação na revista *Ciência & Saúde Coletiva*.
 Para que o seu manuscrito seja editorado, solicitamos que você reúna em um único arquivo um texto com: (1) Título (em português e na língua estrangeira); (2) Autores (nome completo, instituição e e-mail); (3) Resumo (em português e na língua estrangeira); (4) Palavras-Chave (em português e na língua estrangeira); (5) Corpo completo do artigo (indo desde a introdução até as referências) e (6) Material ilustrativo (caso haja, em até cinco unidades).
 Observamos que esse arquivo – que não pode ser em formato de PDF – deve ter o mesmo conteúdo do manuscrito que foi avaliado. É essa versão que será publicada.
 O arquivo e as declarações em anexo devem ser enviados para o e-mail: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Obrigado pela sua contribuição

Sincerely, / Atenciosamente,
 Dr. Romeu Gomes
 Editor-in-Chief, *Ciência & Saúde Coletiva*
 romeugo@gmail.com

Associate Editor
 Comments to the Author / Comentários para o Autor:
 Trabalho aprovado para publicação.