

Cristiana Tengan

**“AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO EM UM SERVIÇO PÚBLICO
ODONTOLÓGICO”**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração – Cariologia.

PIRACICABA

2004

Cristiana Tengan

**“AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO EM UM SERVIÇO PÚBLICO
ODONTOLÓGICO”**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração – Cariologia.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo C. Meneghim

Banca Examinadora:
Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira
Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim
Prof. Dr. Paulo César Pereira Perin

PIRACICABA
2004

Ficha Catalográfica

T253a	<p>Tengan, Cristiana.</p> <p>Avaliação do atendimento em um serviço público odontológico. Cristiana Tengan. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2004. xi, 69f. : il.</p> <p>Orientador : Prof. Dr. Marcelo C. Meneghim. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. Serviços de saúde. 2. Odontologia. 3. Qualidade dos cuidados de saúde. 4. Saúde pública. I. Meneghim, Marcelo C. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p>
-------	---

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8–6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

DEDICATÓRIA

Dedico a *DEUS*, fonte de amor e de vida, por ter permitido que este momento acontecesse na minha vida e à *Nossa Senhora* por estar sempre amparando com o seu amor de mãe.

Aos meus pais, *Kimie e Fernando*, por serem o meu “porto seguro”, pelo amor incondicional, pelo apoio em todos os momentos de nossas vidas, por serem pais, mestres e amigos. Obrigada por acreditarem nas minhas metas e terem a coragem de embarcar comigo nesta viagem. A vocês, além da minha dedicatória, o meu eterno agradecimento.

À minha irmã *Fabiana*, que eu tanto amo e admiro, e ao meu cunhado e mestre *Adenízio*, pelo apoio e incentivo em todos os momentos.

E não poderia deixar de dedicar à minha querida sobrinha *Maria Fernanda* que, mesmo sem saber, me incentiva a ir sempre adiante. A você o meu orgulho e o meu eterno carinho.

Sem essas pessoas certamente eu não estaria aqui hoje.

Vocês são especiais!!!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

“Ensinar as pessoas significa lubrificar as rodas para que as mesmas possam girar, ou fazer flutuar um navio para que o mesmo possa ser movimentado facilmente” (Nitiren Daishonin)

Ao Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim, pela sua competente orientação, paciência e atenção. A você a minha amizade e a minha admiração.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, pelo acolhimento, amizade e ensinamentos.

À Profa. Dra. Gláucia M. B. Ambrosano, pela amizade, paciência e colaboração em todas as fases desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Talvez este seja o único momento em que abandonamos o nosso lado racional e realmente escrevemos com o coração. Agradecer é reconhecer que muitas pessoas foram e são importantes na nossa vida.

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas, *Prof. Dr. Carlos Henrique de Brito Cruz*.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, representada por seu Diretor, *Prof. Dr. Thales Rocha de Mattos Filho*.

Ao *Prof. Dr. Lourenço Correr Sobrinho*, Coordenador Geral da Pós-Graduação da FOP/UNICAMP, pela competente administração.

À *Profa. Dra. Maria Cristina Volpato*, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, pela competência e dedicação.

Ao *Prof. Dr. Jaime A. Cury*, Coordenador da área de Cariologia do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, e a todos os docentes por todos os ensinamentos recebidos.

Aos professores da banca de qualificação, *Profa. Dra. Gláucia M. B. Ambrosano*, *Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz*, *Profa. Dra. Maria da Luz R. de Sousa* e *Prof. Dr. Eduardo Hebling*, e de defesa, *Prof. Dr. Paulo César Pereira Perin* e *Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira*, pela disponibilidade, atenção e colaboração.

Às funcionárias do Departamento de Odontologia Social, *Eliana Aparecida M. Nogueira* e *Lucilene Lins Alves*, pela disponibilidade em ajudar.

À bibliotecária *Marilene Girello*, por todos os esclarecimentos e correções.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, *Maria Elisa dos Santos*, pela resolução dos problemas burocráticos.

À secretária da Pós-Graduação, *Érika A. P. Sinhoreti*, pela ajuda em todas as fases administrativas.

Ao *CNPq* por ter concedido Bolsa de Mestrado.

Ao Secretário Municipal de Saúde, *Juvenal Chiochetti*, por ter autorizado a realização desta pesquisa.

Ao Coordenador de Saúde Bucal *Ben-Hur* e, aos cirurgiões-dentistas, *Zuleika*, *Valéria*, *Denise*, *Marcos*, *Miguel* e *Yara*, pela receptividade e colaboração na realização desta pesquisa.

Aos funcionários *Laurindo*, *Maria*, *Elisete*, *Ana* e *Margaret*, que pacientemente auxiliaram em tudo o que precisei.

E aos usuários do serviço odontológico pela inestimável colaboração.

AGRADECIMENTOS AOS FAMILIARES E AMIGOS

À minha bisavó *Ushi* e ao meu avô *Seishin*, presentes no coração, e as minhas queridas avós, *Yoko* e *Kimi*, por fazerem parte da minha história. Vocês são para mim o maior exemplo de vitória.

Aos meus familiares, tios, tias e primos, por terem torcido, mesmo que à distância, pela concretização desta etapa na minha vida.

Aos meus primos, *Koite* e *Denise*, e ao meu amigo desde a graduação, carinhosamente chamado por Phil (*Fábio Mialhe*), por terem me incentivado a iniciar nesta jornada.

Aos meus eternos mestres, *Profa. Dra. Suely Mutti Carvalho Naressi* e *Prof. Dr. Wilson Naressi*, pela oportunidade de estagiar na FOSJC-UNESP e na Univap, revelando o mundo apaixonante do ensino e da Odontologia Social. A vocês a minha amizade, carinho e admiração.

À amiga e “irmã” niteroiense *Andréa Assaf* pela energia, companherismo, amizade e conselhos. Você sabe o quanto nos ajudamos e o quanto você fez e faz parte dos momentos de stress e de alegria.

Às minhas irmãs “piracicabanas” *Elaine Tagliaferro*, *Giovana Pecharki (Gi)*, *Maristela Lobo (Teca)*, *Luciane Zanin* e *Vanessa Pardi*. Para aquelas que vão, ficarão guardados os bons momentos que partilhamos juntas; para aquelas que ficam, continuaremos fazendo com que a vida em Piracicaba seja agradável e

prazerosa. Que esta nossa amizade seja sólida e capaz de sobreviver ao tempo e a distância. A vocês o meu eterno carinho.

Aos amigos da Fisiologia, do mestrado, do departamento de Odontologia Social e da Bioquímica: *Tatiana Cunha, Gustavo Gameiro, Luciano Pereira, Ana Tano, Fábio Mialhe, Fábio Carlos Kozlowski, Flávia Flório, Lívia Tenuta, Cecília Ribeiro, Mitsue Hayacibara, Carolina Aires, Débora Dias, Marcelo Napimoga, Lílian Rihs, Lívia Gushi e Silvia Cypriano*, pelos bons momentos que partilhamos.

Ao *Alessandro Capella*, pela amizade e disponibilidade em ajudar sempre.

E a todas as pessoas que, por algum motivo, contribuíram direta ou indiretamente na elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUÇÃO	3
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
3. PROPOSIÇÃO	28
4. MATERIAL E MÉTODOS	29
5. RESULTADOS	37
6. DISCUSSÃO	47
7. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	65

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do atendimento odontológico oferecido aos usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e aos escolares inseridos no serviço público de um município de pequeno porte, por meio de critérios quantitativos (produção) e qualitativos (satisfação do profissional e do usuário). Os dados para a caracterização do perfil do serviço odontológico nas escolas e na UBS foram coletados pela análise do banco de dados, enquanto os dados referentes à satisfação do usuário da UBS e à satisfação do profissional foram obtidos a partir da aplicação de questionários semi-estruturados. Os resultados obtidos a partir dos indicadores “cobertura” e “produção” foram satisfatórios no atendimento de pré-escolares e escolares; porém insuficientes para caracterizar a qualidade do atendimento. Os profissionais demonstraram-se insatisfeitos com relação a 6 dos 14 itens do questionário, atribuindo as piores notas para os itens aperfeiçoamento profissional e política salarial. Com relação à satisfação do usuário, os resultados demonstraram que os mesmos apresentaram-se satisfeitos com o serviço, entretanto, as dificuldades de acesso ao serviço e o tempo de espera para o atendimento foram os maiores problemas enfrentados.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the quality of dental care offered to the users at a health care unit and to the schoolchildren in a public service of a county through quantitative (production) and qualitative (satisfaction of the professional and the user) judgement. The data to the characterization of the dentistry service profile either schools or at health care unit were collected through the analysis of the database. Data for the user's satisfaction and the professional's satisfaction were obtained from questionnaires. The results obtained from covering and productivity were satisfactory in the attendance of children and schoolchildren; but insufficient to characterize the quality of the attendance. The professionals showed unsatisfied with regard to 6 of 14 questions from questionnaire, attributing the worst scores to professional improvement and salary politics. Regarding the user's satisfaction, the results showed that they were satisfied with the service, however, the access and waiting time were identified as difficulties.

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro tem sofrido rápidas transformações, principalmente a partir da década de 80 após a criação do Plano do CONASP (Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária), e os sucessivos planos e conferências que culminaram com a Constituição de 1988, com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) e com a descentralização das ações de saúde, repassando assim as responsabilidades para o nível municipal (Narvai, 1992; Oliveira & Souza, 1998; Vázquez *et al.*, 2003).

Com a municipalização e a necessidade de reorganização das ações de saúde, o planejamento se faz necessário. De acordo com Pinto (2000), o acompanhamento e a avaliação são fases essenciais do planejamento, não só porque permitem saber se o que foi previsto está sendo corretamente realizado, mas também por possibilitarem a introdução de ajustes e correções em planos que foram alterados.

Atualmente, na prática odontológica em saúde pública, as avaliações das ações de serviços constituem um desafio permanente para administradores, autoridades de saúde e gestores, participando de forma muito incipiente e marginal nos processos de decisão (Narvai, 1996; Novaes, 2000).

A avaliação é considerada um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde (Franco & Campos, 1998a), sendo um elemento fundamental para nortear o planejamento, a gerência, a reorientação das políticas de saúde e a alocação de recursos (Franco & Campos, 1998b), constituindo-se como um poderoso instrumento de transformação (Narvai, 1994).

Segundo o consenso atual, a avaliação da qualidade deve basear-se também na satisfação do usuário (Kloetzel *et al.*, 1998) sendo considerada como um importante indicador de qualidade (Franco & Campos, 1998a; Zaicaner, 2001), uma vez que permite avaliar a relação dentista-paciente, o trato humanitário durante o atendimento odontológico como acesso, tempo de espera, área física, organização, informações do paciente em relação ao tratamento realizado (Assunção *et al.*, 2001), a satisfação do atendimento (Kotaka *et al.*, 1997; Franco & Campos, 1998a; Ramos & Lima, 2003) e as sugestões que poderão contribuir para a melhoria da qualidade no serviço (Kotaka *et al.*, 1997). Por sua vez, a satisfação do profissional permite diagnosticar as características do serviço, segundo a ótica dos próprios funcionários, em relação aos aspectos administrativos e gerais do serviço (Rocha, 1999).

No Brasil tem-se observado a existência de poucos trabalhos na área de avaliação de qualidade, e os poucos restringem-se à avaliação quantitativa na área médica, restando escassas informações sobre resolutividade e satisfação dos pacientes.

Neste contexto torna-se cada vez mais necessária a busca por discussões que possam contribuir no processo da avaliação de qualidade em Odontologia, principalmente na área de saúde pública.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. POLÍTICAS DE SAÚDE, MODELOS ASSISTENCIAIS E SUS

A saúde de uma população é resultado da forma com que é estabelecida a sua relação entre Estado e sociedade. A ação do Estado, no sentido de proporcionar saúde aos seus cidadãos, é feita por meio das políticas públicas e, dentro destas políticas, estão as políticas de saúde (Roncalli, 2003).

A organização social e as políticas de saúde implementadas pelo Estado ocorreram notadamente a partir da implantação da república, no início do século XX. Desta forma, o setor saúde foi organizado em setor da saúde pública e assistência previdenciária. O setor da saúde pública foi responsável pelo modelo campanhista de combate às doenças, como por exemplo, as ações dirigidas ao saneamento dos portos e combate à febre amarela. Enquanto que as ações de assistência iniciaram com o surgimento de um modelo de assistência médica denominado CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões). Ainda em 1923 foi promulgada a Lei Eloi Chaves, dando início a Previdência Social no Brasil (Roncalli, 2003).

Em 1933, ocorreu a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) organizados por categorias de profissionais (marítimos, comerciários, bancários, industriários). Durante esta época, as ações de saúde eram determinadas por uma saúde pública de caráter preventivo, baseadas em campanhas (auge do sanitarismo campanhista) e por uma assistência médica de caráter curativo por meio das ações da previdência social. Com relação a assistência à saúde bucal, algumas CAPs e IAPs apresentavam assistência odontológica restrita a nível ambulatorial (Roncalli, 2003).

Em 1942, a escassez mundial da borracha levou os Estados Unidos (EUA) a buscarem outros fornecedores, e a Amazônia foi a região escolhida como a fornecedora da matéria-prima, uma vez que os países asiáticos estavam sob domínio japonês. Foi criado então o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com a cooperação do governo dos Estados Unidos (EUA), possibilitando a produção da borracha com condições mínimas de salubridade. Na década de 60, o SESP ampliou suas ações, passando a ter uma atuação nacional e a denominação de Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP).

No início dos anos 50, surge a criação do subsetor odontológico ligado ao Ministério da Saúde com forte influência do SESP. As principais ações foram o projeto de fluoretação das águas de abastecimento público, que teve seu marco experimental em 1956 na cidade de Baixo Guandu (ES), e a introdução do Sistema Incremental para os escolares, além de outras iniciativas tais como: a formação de recursos humanos auxiliares, a realização de levantamentos epidemiológicos de cárie dentária e a realização do primeiro curso de odontologia sanitária da América Latina (Abreu & Werneck, 1998). Até essa época, a forma de atendimento odontológico no setor público era caracterizada pela falta de planejamento e avaliação, pela ausência de sistemas de trabalho e de técnicas uniformes (Zanetti, 1996).

O *Sistema Incremental* foi o primeiro sistema organizado de atenção pública, tendo como objetivo o atendimento odontológico de uma dada população, com a eliminação das necessidades acumuladas, e a manutenção da saúde bucal (Abreu & Werneck, 1998). Pinto (2000) define o Sistema Incremental como “um modelo de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas”. Este sistema, conhecido por apresentar uma característica difásica, apresenta uma fase preventiva (ação horizontal) e uma fase curativa (ação vertical), sendo que na fase preventiva procura-se reduzir a incidência de cárie por meio de medidas

como a fluoretação de águas ou a aplicação tópica de flúor e, na fase curativa, procura-se reduzir o acúmulo de necessidades, melhorando o grau de atenção e ajustando-o a um ponto ótimo (Chaves, 1986).

A metodologia do Sistema Incremental foi proposta por Waterman, nos EUA, em 1946, e a implementação foi realizada no mesmo país. Neste modelo, denominado de *Richmond*, a assistência era montada nas escolas e caracterizada por ciclos. No primeiro ciclo, com duração de 24 e 30 meses, todos os alunos de 5 a 16 anos eram atendidos e nos ciclos seguintes, os mesmos eram colocados no programa de manutenção além da incorporação de alunos novos ao programa. A avaliação após 4 ciclos mostrou um aumento significativo no número de dentes restaurados associado a uma redução nos dentes cariado, embora o CPO-S (total de superfícies cariadas, perdidas e obturadas) não tenha sofrido alterações. (Abreu & Werneck, 1998).

No Brasil, o Sistema Incremental foi implementado em 1952 nas cidades de Aimorés (MG) e Baixo Guandu (ES), sendo denominado modelo *Aimorés* com algumas modificações ao Sistema originalmente implantado como: idades iniciais restritas aos 7 e 8 anos, sendo posteriormente incorporadas novas faixas etárias até completar a faixa etária de 7 aos 14 anos; duração do ciclo de 12 meses e número menor de recursos humanos (Chaves, 1986; Abreu & Werneck, 1998). Outras adaptações deste modelo foram propostas como o modelo *Intensivo*, onde era alocado um número suficiente de dentistas para sanar as necessidades da escola em um curto período de tempo (um ano, por exemplo). Em seguida esta equipe se retirava, ficando somente um número suficiente para a manutenção, modelo este experimentado na área de Vitória. E, o último, o modelo *FSESP*, modificação do tipo *Aimorés*, introduziu a idéia de grupo eletivo e compulsório e passou a trabalhar a partir de uma análise epidemiológica mais cuidadosa para a determinação destes grupos (Chaves, 1986). Desta forma, neste tipo de modelo, há um grupo inicial composto pelos que participavam pela primeira vez do programa, grupo compulsório no caso das menores idades (em geral 6, 7 e

8 anos) ou eletivo, compreendendo alunos fora da faixa etária compulsória e na dependência da disponibilidade de tempo da equipe. O grupo de manutenção reúne pacientes já antes tratados. Quando há a necessidade de atendimento, a prioridade cabe ao grupo inicial compulsório, seguido pelo grupo de manutenção e, em terceiro lugar, pelo grupo inicial eletivo. O levantamento epidemiológico realizado com a utilização do índice CPO-D (total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) determinava o volume das necessidades a serem tratadas, sendo priorizado o tratamento dos dentes permanentes (Pinto, 2000).

Embora o Sistema Incremental tenha se mostrado, desde o início dos anos 70, como um sistema superado tanto em termos de eficiência quanto eficácia e cobertura (Narvai, 1994; Zanetti *et al.*, 1996), acabou se tornando sinônimo de assistência a escolares e manteve-se hegemônico durante mais de 40 anos (Zanetti, 1993; Roncalli, 2000).

Outros Sistemas de atendimento também foram propostos, tais como Sistema Classe Escolar, Sistema Entrada Livre, Sistema Participativo e Sistema Universal, descritos a seguir:

Sistema Classe Escolar: representa uma modificação do Sistema incremental, apresentando como característica básica a composição do grupo compulsório. Neste sistema a idade não é levada em consideração, e sim, o fato de pertencer a uma classe escolar. Apresenta como vantagens a equidade no acesso aos serviços odontológicos e as facilidades operacionais, entretanto algumas críticas poderiam ser tecidas como a restrição à população alvo, e o fato de que os procedimentos visam à obtenção de sucessivos TCs (tratamentos completados) individuais até que seja coberta toda a população, sendo que enquanto a criança não recebe o TC, permanece acumulando necessidades. (Narvai, 1992; São Paulo, 1995).

Sistema Entrada Livre: difere dos sistemas anteriormente descritos quanto a população alvo e o mecanismo de ingresso para obtenção do TC-I

(tratamento completo inicial). Este sistema pressupõe livre acesso para atendimento de urgência, sendo selecionado, dentro deste grupo um subconjunto de usuários que são beneficiados com TC-I e TC-M (tratamento completo de manutenção), periodicamente. As limitações desta forma de atendimento são evidentes, o que justifica a sua utilização em locais de extrema carência de recursos de saúde (Narvai, 1992; São Paulo, 1995).

Sistema Participativo: apresenta como característica básica o acesso programado e definido com a participação do usuário. Não baseia em TC-I e nem em TC-M e tem como objetivo partilhar com o usuário quem deve ter prioridade de acesso em locais de alta demanda reprimida. Esse sistema pode ser utilizado em áreas com pouquíssimos recursos odontológicos e serviços com demanda aberta (Narvai, 1992; São Paulo, 1995).

Sistema Universal: tem como perspectiva a busca do acesso universal à saúde, tendo surgido no Brasil na segunda metade dos anos 80. Neste sistema são priorizados os procedimentos para o controle da doença em toda a população alvo e, somente após a cobertura de toda a população com o procedimento prioridade 1, passa-se para o procedimento prioridade 2 e assim sucessivamente até que toda a população alvo tenha sido coberta com todos os procedimentos. As principais restrições são que o sistema continua priorizando os escolares, não preenchendo os princípios de equidade e universalidade, e não assegura resolutividade imediata às necessidades individuais. O sistema universal é conhecido também como sistema de ações de natureza coletiva, sistema de controle epidemiológico da cárie e sistema de inversão da atenção (Narvai, 1992; São Paulo, 1995).

A partir do final da década de 50, a Medicina previdenciária tornou-se cada vez mais importante para o Estado até que, em meados dos anos 60, ocorre a fusão das IAPs numa única instituição estatal, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) (Oliveira & Souza, 1998).

Em 1977, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) onde as ações relativas à previdência e a assistência ficam divididas em IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência Social) e INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Dando início a reestruturação da política de saúde vigente para uma política de saúde mais abrangente, democrática e disponível para todos, esse fenômeno, conhecido como Movimento Sanitário, teve uma atuação marcante nos destinos do sistema de saúde brasileiro (Oliveira & Souza, 1998).

Entre os anos 50 e 80, a assistência odontológica pública no Brasil era caracterizada por um modelo predominantemente de assistência ao escolar, na maioria das vezes incremental e, para o restante da população, a assistência ocorria nas diversas instituições, dentre elas o INAMPS, as Secretarias Estaduais de Saúde e as entidades filantrópicas como hospitais beneficentes e sindicatos (Zanetti, 1993; Narvai, 1994; Zanetti *et al.*, 1996).

No início da década de 80, devido à grande crise no Sistema Previdenciário, surgiu o plano do CONASP (Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária), objetivando a racionalização do sistema de saúde. Este órgão retomou as propostas da VII Conferência Nacional de Saúde (1986) como a organização de uma rede única de saúde, pelo menos no nível ambulatorial, regionalizada, hierarquizada, buscando a participação popular, a integralização das ações de saúde, o uso de técnicas simplificadas e a utilização de pessoal auxiliar (Abreu & Werneck, 1998; Oliveira & Souza, 1998).

A Odontologia presente no INAMPS elaborou junto com o CONASP, o plano de reorientação da assistência odontológica (PRAOD) tendo como objetivo a universalização e a descentralização das ações de saúde (Abreu & Werneck, 1998). A partir de então e, com o advento das Ações Integradas de Saúde (AIS) deu-se a criação e o desenvolvimento de centenas de programas de saúde bucal em secretarias estaduais e municipais no país (Narvai, 1994).

A Constituição da República promulgada em 1998, no artigo 196, reconhece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Estabelece ainda que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridades para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade

Desta forma, o *Sistema Único de Saúde (SUS)* passa a ser uma nova reformulação política e organizacional dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988. O SUS é definido como um sistema *único*, pois segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. O SUS, portanto, não é um serviço ou uma instituição, mas sim um sistema de serviços e ações que tem como objetivo a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990) com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o sistema ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo como eixo norteador, os princípios doutrinários (Roncalli, 2000).

Baseada nos preceitos constitucionais a construção do SUS se norteia pelos seguintes preceitos doutrinários:

UNIVERSALIDADE: é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde. Saúde é direito de cidadania e dever do governo municipal, estadual e federal.

EQÜIDADE: é assegurar ações e serviços a todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira. Todo o cidadão é igual para o SUS e será atendido conforme as necessidades até o limite do que o sistema possa oferecer para todos (Brasil, 1990). Segundo Travasso (1997) e Cunha & Cunha (1998), eqüidade significa tratar desigualmente os desiguais.

INTEGRALIDADE: o homem é um ser integral, bio-psico-social e deverá ser atendido por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar a sua saúde.

Princípios organizativos do SUS

REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO: os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida (Brasil, 1990). Assim, os serviços devem estar dispostos de maneira regionalizada, uma vez que nem todos os municípios têm condições de atender toda a demanda e todos os problemas de saúde. As questões menos complexas devem ser atendidas na Unidade Básica de Saúde, enquanto os problemas de maior complexidade nas unidades especializadas, passando pelo hospital geral até chegar no hospital de especialidades (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC, 2003).

RESOLUBILIDADE: é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para atendê-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

DESCENTRALIZAÇÃO: é a redistribuição das responsabilidades entre os vários níveis de governo, cabendo aos municípios a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde aos seus cidadãos (Brasil, 1990).

PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS: é a garantia de que a população, com o auxílio das entidades representativas, participará do processo das políticas de saúde e do controle da sua execução em todos os níveis (Brasil, 1990), sendo que os principais instrumentos para exercer este controle social são os conselhos e as conferências de saúde, os quais devem respeitar o critério de composição partidária (participação igual entre os usuários e os demais), além de ter caráter deliberativo (IDEC, 2003).

“A participação popular é a possibilidade de se estabelecer democraticamente as regras, as normas, o modo de viver, é a produção das necessidades da vida por seus próprios protagonistas. É acima de tudo partilhar poder. É a construção de um processo político pedagógico de conquista de cidadania e de fortalecimento da sociedade civil” (Silva *et al.*, 1999).

COMPLEMENTARIEDADE DO SETOR PRIVADO: as ações serão feitas pelo setor público e de forma complementar pelos serviços privados, sendo que serão priorizados os setores filantrópicos e sem fins lucrativos, por meio de contratos ou convênios, o que não caracteriza a natureza pública dos serviços.

A partir da Constituição de 1988 e após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu um crescente incremento da municipalização das ações de saúde, de forma que o SUS foi sendo estruturado em cada município segundo as características de cada local. Os Distritos de Saúde (DS) ou Sistemas Locais de Saúde (SILOS) são estruturados em níveis de atenção, primário (também denominado como sendo a porta de entrada para o SUS), secundário, terciário e o quarto nível de atenção, chamado de centro de excelência. Cabe à atenção primária, ações básicas na prevenção, promoção e assistência individual na resolução dos problemas de maior prevalência. Na atenção secundária, as ações

requerem recursos humanos mais especializados e equipamentos mais avançados, enquanto que a atenção terciária requer especialistas de diversas áreas e internação. Partindo-se do pressuposto de que não são necessários certos equipamentos e especialistas em todos os lugares e que nem todos os municípios têm condições de manter todos os níveis de atenção, foram estabelecidos mecanismos de referência e contra-referência para que a população tenha acesso aos serviços que necessite. Desta forma, os usuários são encaminhados de uma unidade de saúde para outra (referência), geralmente com diferentes níveis de atenção e, uma vez realizado o atendimento, o usuário é encaminhado de volta (contra-referência) (Narvai, 1992).

Algumas experiências municipais se destacaram a partir do início dos anos 90 pelo fato de terem estabelecido modelos condizentes com o SUS, como também por terem alcançado resultados significativos na redução das principais doenças bucais em um período razoavelmente curto (Oliveira *et al.*, 1999).

Atualmente, no Brasil, embora nenhum Sistema que se tenha estabelecido como hegemônico, algumas tendências se replicaram em diversos locais (Oliveira *et al.*, 1999). Dentre estas tendências destacam-se o Sistema Inversão da Atenção, a atenção precoce em saúde bucal e os modelos estruturados a partir do núcleo familiar como o Programa Saúde da Família (PSF) (Zanetti, 1993; Narvai, 1994; Zanetti *et al.*, 1996).

2.2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança a partir de um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados, de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e as metas preestabelecidas (Manfredini, 2003).

O método Planejamento Estratégico Situacional (PES) é potente para os níveis de direção central, onde se enfrentam problemas de alta complexidade. Esse método combina simplicidade e potência, sendo adequado para a planificação de ações regionais e locais. Contrariamente ao Planejamento tradicional, também denominado normativo, o método PES trabalha com a complexidade da realidade admitindo que não há um conhecimento único e que a explicação da realidade depende da inserção de cada autor que participa do problema (Tancredi *et al.*, 1998).

O planejamento estratégico situacional pode ser dividido em 4 momentos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático operacional. No momento explicativo, os problemas são selecionados. Sugere-se neste momento a participação de todos os autores deste processo. O momento normativo, é o momento do desenho da nova realidade. O momento estratégico define quais e como os obstáculos devem ser superados para transformar o desenho em realidade e é o momento da construção do plano, indicando as estratégias para atingir as metas desejadas a médio e a longo prazo. E, por último, o momento tático-operacional, onde os três momentos se transformam em ações concretas. Subdivide-se em quatro submomentos: apreciação da situação conjuntural, pré-avaliação das decisões possíveis, tomada de decisões e execução, e pós-avaliação das decisões tomadas ou apreciação da nova situação.

2.3. ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA

O Brasil experimentou nos últimos 50 anos diversas fórmulas de organização de serviços públicos na área odontológica, principalmente a partir dos anos 90, com a emergência da Saúde Bucal Coletiva e do Sistema Único de Saúde. Roncalli, em 2000, relatou as experiências de serviços públicos de duas cidades, Belo Horizonte e Curitiba, sob a ótica da organização da demanda.

Em Belo Horizonte a organização do sistema se dá em duas etapas que são seguidas e planejadas em nível local de acordo com as realidades específicas. Primeiramente é feito um reconhecimento da população, definindo os grupos prioritários. O critério de inclusão e manutenção do vínculo dos usuários ao serviço é estabelecido de acordo com os recursos disponíveis e com a realidade de cada área de abrangência. Nesta fase é realizado o levantamento epidemiológico, o cadastramento dos participantes, a fluoroterapia, a escovação supervisionada e a codificação. Numa segunda fase os participantes são encaminhados para tratamento cirúrgico-restaurador, atendidos segundo uma ordem de prioridades: 3, 2, 1, 5, 4 e 0. Desta forma, serão primeiramente atendidos os pacientes que apresentam sintomatologia de dor aguda e/ou sinal evidente de maior gravidade na evolução da doença (código 3), seguido dos pacientes com mais de 3 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração (código 2), pacientes com até 3 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração (código 1), pacientes aparentemente com a cárie dentária sob controle, mas onde a doença periodontal se apresenta como maior problema (código 5), pacientes com situação de saúde bucal onde a indicação da exodontia dos elementos apresenta-se como solução mais apropriada, aplica-se a pacientes adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese aparece como a solução mais apropriada (código 4) e pacientes que aparentemente não têm

dentos permanentes e temporários cariados com cavidades que necessitem de alguma restauração (código 0).

Nas Unidades de Saúde, as estratégias são adaptadas de acordo com a realidade de cada local (territorialização), desta forma, algumas Unidades de Saúde conseguem expandir o atendimento além da área de abrangência, em outros locais isso não é possível. Basicamente, o que determina o acesso do usuário ao serviço é a idade e a área de abrangência. A clientela é atendida a partir da livre demanda e também existe uma articulação com as escolas. Em geral, nas escolas, são realizadas as atividades preventivas e o encaminhamento para tratamento restaurador é realizado quando necessário.

Em Curitiba, a atenção odontológica foi organizada em 3 vertentes a) atenção a problemas de enfrentamento ocasional, b) atenção a problemas de enfrentamento contínuo e c) ações de educação em saúde. Na atenção a problemas de enfrentamento ocasional estão incluídas as atividades clínicas dirigidas à livre demanda e as ações coletivas e individuais que são definidas em uma pré-triagem que é realizada com o intuito de priorizar os casos mais graves. Em seguida, os pacientes são encaminhados para o dentista ou THD. Todos os pacientes passam por atividade de educação em saúde realizada por uma THD e, neste momento, também é explicada a lógica de funcionamento do serviço. As vagas do pronto atendimento são distribuídas de acordo com as necessidades e também pela persistência do usuário. Após a passagem pelo pronto atendimento, os pacientes são submetidos a uma pós-triagem, sendo classificados com relação à atividade da doença, passando a fazer parte do grupo priorizado ou sendo encaminhados para a atenção programada. Os pacientes são divididos em dois grupos: G1 (alta atividade) e G2 (baixa atividade). No Grupo 1 são enquadrados os indivíduos com presença de cárie ativa ou mancha branca ativa e/ou 20% do periodonto comprometido por doença periodontal. No Grupo 2, são incluídos os pacientes com cárie crônica paralisada, manchas brancas cicatrizadas, ausência de doença periodontal ou com menos de 20% de comprometimento do periodonto

e aqueles reabilitados sem novas lesões cáries. O atendimento programado faz parte da segunda vertente que é a atenção aos problemas de enfrentamento contínuo. A clientela, neste caso, é composta por populações como os alunos de escolas e creches, as gestantes, as lactentes e os pacientes captados do pronto-atendimento. A priorização é feita tendo como base a escola, a THD tem uma sala na escola onde realiza atividades preventivas junto aos alunos e também procedimentos como escariação e colocação de ionômero de vidro em dentes decíduos, além de exames onde são triados os pacientes com necessidades de tratamento. Embora existam muitos problemas durante a operacionalização, seminários estão sendo feitos com o objetivo de analisar e avaliar o atendimento por meio da coleta de dados e de questionários aplicados à equipe de profissionais e aos usuários. A partir dos dados obtidos na avaliação, estratégias estão sendo tomadas, como a implantação de projetos que visem o treinamento profissional, a melhoria do acesso e a humanização do atendimento.

2.4. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

O sistema de informação é um instrumento colocado a serviço da política, sendo estruturado para dar respostas a determinados interesses e práticas institucionais (Terrerri, 1999). Refere-se a um conjunto de mecanismos de coleta, análise e armazenamento de dados sobre as ações desenvolvidas e os atendimentos realizados, que possibilite a produção e a transmissão de informações para o processo de planejamento, acompanhamento, avaliação e controle (REDE CEDROS, 1992; Terreri & Roncalli, 2000).

Os sistemas locais de saúde, dentro das suas capacidades, devem criar sistemas de informação capazes de atender às necessidades locais, tanto do ponto de vista administrativo, como também epidemiológico (Terrerri, 1999), sendo capaz de avaliar os resultados da execução sobre o sistema de saúde proposto e o impacto provocado sobre a qualidade da vida da população de um determinado território.

Os princípios gerais a serem seguidos por um modelo de informação em saúde são os seguintes: produzir informações que garantam uma avaliação permanente das ações executadas; produzir informações compatíveis com as necessidades exigidas pelo processo de gestão; garantir que os produtores da informação sejam também usuários dela; garantir mecanismos que viabilizem a disseminação e o uso adequado das informações e garantir o acesso da população.

Sendo assim, a ferramenta essencial para originar uma informação é o dado e a qualidade na coleta dos dados é a base para gerar informações tão completas quanto possíveis, permitindo que as organizações e indivíduos que planejam, financiam, administram, provêem, medem e avaliam os serviços públicos de saúde possam selecionar os dados pertinentes ao serviço, processar

avaliar e transformar em informações necessárias para o entendimento sobre determinada situação de saúde que servirá para apoiar o processo de decisão (Zanetti *et al.*, 1996; Terreri, 1999).

Adicionalmente, o sistema de informações municipais deverá estar sintonizado com o papel que as Unidades Básicas de Saúde assumem no modelo de atenção à saúde, responsabilizando-se pelo desenvolvimento de todas as ações de saúde junto à comunidade (REDE CEDROS, 1992).

O departamento de Informática do SUS, o DATASUS, é um órgão de abrangência nacional, possuindo extensões regionais que dão suporte técnico às Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, com a finalidade de prover os órgãos do SUS com um sistema de informação e suporte de informática necessários ao processo de planejamento, operação e controle. Disponível pelo site www.datasus.gov.br, o DATASUS passou a ser uma importante fonte de consulta para todos gestores, governantes, gerentes e pesquisadores da área de saúde (Terreri & Roncalli, 2000).

2.5. AVALIAÇÃO

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão (Cesar & Tanaka, 1996; Hartz, 1997). É um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde (Franco & Campos, 1998a) e fundamental para nortear o planejamento, a gerência e a reorientação das políticas de saúde, bem como a alocação de recursos (Franco & Campos, 1998b; Franco *et al.*, 1999), visando a caracterização de um sistema de saúde desejável (Azevedo, 1991), entretanto, um aspecto que deve ser salientado na avaliação é a subjetividade, sendo considerada como um fator inerente ao processo, uma vez que não há uma abordagem correta ou uma metodologia ideal e sim, métodos e instrumentos organizados de forma a se atingir um juízo de valor em relação ao objeto ou ao sujeito social avaliado (Cesar & Tanaka, 1996).

O conceito de avaliação dos programas públicos apareceu logo após a Segunda Guerra Mundial e, uma vez que o Estado passava a substituir o mercado, deveria encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível. Os economistas passaram então a desenvolver métodos para analisar as vantagens e os custos dos serviços públicos mas, rapidamente, suas abordagens tornaram-se insuficientes e posteriormente a avaliação passou a adotar uma perspectiva interdisciplinar (Hartz, 1997).

Atualmente, na prática odontológica em saúde pública, as avaliações das ações de serviços constituem um desafio permanente para administradores e autoridades de saúde, uma vez que a avaliação é parte de um processo gerencial, influenciada pelo contexto organizacional e político, constituindo-se como um poderoso instrumento de transformação (Narvai, 1996).

Os indicadores mais comumente utilizados em saúde pública, na prática odontológica, são os instrumentos de avaliação quantitativa, tendo como referência o desempenho de alguém, num espaço definido, num determinado espaço de tempo. Desta forma, no nível local, os indicadores podem ser utilizados tomando como base uma unidade de saúde, por exemplo, requerendo um sistema de informação mais detalhado, muitas vezes desnecessários para o nível estadual e nacional (Narvai, 1996). Segundo Pinto (2000), esses indicadores medem esforço, eficácia, rendimento, cobertura ou adequação e qualidade, os quais são descritos a seguir:

- ✓ *Esforço*: número de unidades, equipamentos, recursos humanos e financeiros alocados ou existentes, não incluindo os resultados alcançados. Exemplo: número de equipo odontológico, número de odontólogo contratado e treinado, volume de recursos gastos, quantidade de pessoas atendidas e de consultas realizadas;
- ✓ *Eficácia*: é a relação entre as realizações do programa e as atividades previstas;
- ✓ *Rendimento ou eficiência*: expressa os efeitos alcançados em relação aos recursos despendidos e às atividades realizadas. Exemplo: consulta por tratamento completado, custo por restauração, tempo em minuto por consulta. Esses indicadores dizem respeito à utilização dos recursos humanos e materiais e aos custos. Entretanto, a prática do cálculo de custos não é comum no setor público (Narvai, 1994);
- ✓ *Adequação*: dimensionada em função da cobertura populacional proporcionada;
- ✓ *Qualidade*: permite, não só identificar o grau de desempenho do trabalho odontológico, como também a satisfação da clientela com relação ao serviço prestado.

Para Pereira (2000), os seguintes aspectos devem ser considerados durante a avaliação qualitativa:

- ✓ *Avaliação dos recursos humanos*: número, profissionais envolvidos, adequação.
- ✓ *Avaliação dos recursos físicos*: capacidade instalada (equipamentos, adequação dos equipamentos, esterilização, controle de biossegurança).
- ✓ *Avaliação dos recursos materiais*: tipo de materiais odontológicos utilizados e sua adequação às necessidades.

Segundo Vieira & Wada (1994), uma ferramenta que pode ser utilizada na avaliação de qualidade é o Diagrama de Pareto. Para a construção deste diagrama, primeiramente coleta-se os dados sobre as reclamações; organiza-se as reclamações por categorias; reescreve-se as categorias por ordem de frequência; agrupa-se as categorias com menor frequência sob o nome “outros”; controla-se uma tabela e, finalmente, elabora-se um gráfico, de forma que no eixo x estejam os problemas ordenados de forma decrescente e no eixo y os valores da frequência ou custo. Com a utilização deste diagrama, pode-se identificar os problemas mais relevantes medindo-os em diversas escalas (frequência e custo).

No município de São José dos Campos-SP⁴, realiza-se mensalmente uma planilha de AVALIAÇÃO DE QUALIDADE do serviço odontológico dividido por distritos sanitário (centro-norte, sul e leste) no qual são avaliados os seguintes itens: a) atendimento médio (número de pacientes atendidos em 1 hora); b) AT/TC (número de atendimentos necessários para completar o tratamento); c) rendimento médio (número de procedimentos realizados em 1 hora); d) índice de conservação (porcentagem de dentes conservados); e) concentração executada (número de procedimentos para completar o tratamento); f) cobertura do programa

⁴ Informações obtidas no Departamento de Avaliação e Controle da Prefeitura Municipal de São José dos Campos (SP).

escolar (porcentagem de alunos atendidos até o mês em questão); g) índice de atrição (percentual de pacientes que iniciaram o tratamento e não o completaram) h) porcentagem de horas perdidas pelo cirurgião-dentista (CD) i) absenteísmo (porcentagem de horas perdidas por falta do paciente).

Segundo Narvai (1994), na avaliação quantitativa os valores serão analisados comparando-se com padrões previamente estabelecidos (definidos a partir de uma avaliação anterior ou de algum parâmetro nacional). Entretanto, deve-se pré-determinar os padrões de avaliação em conformidade com o sistema de trabalho adotado para determinada base, ou seja, não se pode esperar de um CD que trabalhe sozinho o mesmo desempenho de um CD auxiliado por 2 THDs (Técnico em Higiene Dental) e 3 ACDs (Auxiliar de Consultório Dentário), devendo se definir em cada contexto padrões para a avaliação.

A *satisfação do usuário* tem sido enfocada na literatura como indicador da qualidade da atenção (Donabedian, 1992, citado por Franco & Campos, 1998b; Nogueira, 1994), sendo a sua perspectiva avaliativa de grande importância, podendo levantar questões tanto em relação a estrutura quanto ao processo do cuidado da saúde (Franco & Campos, 1998a; Zaicaner, 2001). Objetiva-se com essa análise verificar a relação dentista-paciente, o trato humanitário durante o atendimento odontológico (acesso, tempo de espera, área física, organização, informações do paciente em relação ao tratamento realizado) (Assunção *et al.*, 2001), a satisfação do atendimento (Kotaka *et al.*, 1997; Franco & Campos, 1998a; Ramos & Lima, 2003), além de ser um instrumento que permite tirar conclusões com relação ao comportamento futuro do paciente, suas atitudes em face do serviço de saúde (Kloetzel *et al.*, 1998). Entretanto, somente a utilização do inquérito de satisfação do usuário não é suficiente para servir de indicador de qualidade (ou seja padrão-ouro) (Kloetzel *et al.*, 1998).

Halal *et al.* (1994) avaliaram a qualidade da assistência primária à saúde em localidade urbana na região sul do Brasil por meio de entrevistas

domiciliares 15 dias após a consulta. Os autores verificaram que a satisfação do paciente com relação à consulta ou de seu responsável foi observada em 90% dos casos, e que esta variável esteve significativamente associada com a resolução do problema. Os autores também observaram que a satisfação do profissional em assistência primária à saúde, esteve diretamente associada com a melhor qualidade da relação com o paciente e com a expectativa prognóstica mais favorável.

Franco & Campos (1998b) aplicaram 221 questionários entre pacientes do ambulatório geral de pediatria e de especialidades com a finalidade de comparar indicadores de qualidade da assistência médica prestada. Verificou-se um bom nível de conhecimento dos responsáveis sobre seus problemas de saúde, bem como um alto grau de satisfação dos mesmos, embora houvesse baixíssima vinculação entre médico-paciente. Com relação ao atendimento, 43,4% relataram problemas mas apenas 17,6% propuseram sugestões para melhorá-lo. O tempo de espera nas consultas foi considerado longo, sendo também verificado diferenças entre as clientela com relação a diversos indicadores.

Kloetzel *et al.*, em 1998, aplicaram quatro versões de um mesmo questionário em usuários de uma unidade de saúde de Pelotas (RS) com a finalidade de investigar o atendimento. Os autores empregaram os seguintes métodos, o primeiro foi o inquérito domiciliar, no qual o usuário foi interrogado com relação aos itens seguintes: a) facilidade de acesso à consulta, b) tempo despedido na sala de espera, c) cordialidade por parte da recepção, d) cordialidade do profissional, e) atenção dada às queixas, f) impressão do exame clínico, g) confiança despertada pelo médico, h) confiança na receita, i) explicação do médico com respeito à doença, j) explicação com relação ao prognóstico, k) satisfação com o agendamento e l) avaliação geral da consulta; tendo que correlacionar com ícones de “carinhas” tristes e contentes. No segundo tipo de inquérito, uma subamostra do inquérito anterior foi questionada com relação aos mesmos itens tendo que quantificar as respostas numericamente. No terceiro

inquérito, o paciente tinha que concordar ou não com determinadas afirmações (por ex: encontrei dificuldade em marcar uma consulta; gastei muito tempo na sala de espera; não fui bem examinado). E, no quarto, foi aplicado um questionário otimista. De acordo com os resultados, o inquérito domiciliar mostrou-se dispensável, já que os pacientes reagiram de maneira semelhante ao serem interrogados no próprio serviço após a consulta. A comparação dos métodos demonstrou excelente concordância, embora o primeiro inquérito apresentasse maior sensibilidade. Assim, os autores concluíram que a satisfação expressa pelo usuário é um parâmetro facilmente mensurável podendo tornar-se um instrumento útil na orientação das medidas corretivas.

Gomes *et al.* (1999) analisaram a percepção de portadores de HIV/AIDS, com relação à assistência prestada, em cinco serviços especializados do Rio de Janeiro. A metodologia foi baseada em abordagens quantitativas e qualitativas. Foram analisados 228 questionários preenchidos pelos usuários, constituídos de cinco blocos temáticos (caracterização do usuário, acesso ao serviço, acolhida dos profissionais, utilização do serviço e avaliação da qualidade de assistência), e 19 entrevistas semi-estruturadas abordando as seguintes temáticas: motivação para a procura do serviço, avaliação da assistência prestada, principais dificuldades para adesão às atividades e orientação dos serviços, expectativas e sugestões para a melhoria do serviço. Os resultados mostraram uma avaliação positiva dos serviços prestados. No entanto, os autores concluíram que os usuários parecem ter expectativas baixas no que diz respeito ao tipo de serviço que centros públicos podem prover.

Brito Junior (2000), ao realizar uma avaliação retrospectiva dos pacientes atendidos e do tratamento oferecido no serviço de emergências da FOP/UNICAMP entre os anos de 1989 e 1997, abordou com relação à satisfação do usuário os seguintes aspectos: o que mais e o que menos havia gostado, se havia indicado o serviço a outros e se apresentava sugestão para melhoria. O autor verificou que 41,7% relataram ter gostado da atenção e educação oferecida

pelos alunos e 34,2% gostaram “de tudo”. Com relação aos aspectos negativos, 24,9% relataram demora no atendimento. Das sugestões apresentadas, apenas 10,6% sugeriram que o serviço oferecesse continuidade no tratamento e 9,4% , que o tempo de espera para o início do tratamento não fosse tão prolongado.

Ramos & Lima (2003), em Porto Alegre, questionaram os usuários com relação aos fatores: acesso e acolhimento. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e observação participante após o atendimento. Os resultados demonstraram que facilidades e dificuldades de acesso: geográfico (deslocamento, tempo de deslocamento, distância), econômico (custo de deslocamento, medicamento) e funcional (entrada propriamente dita no serviço) e, que a organização do serviço e a competência profissional determinam facilidades com relação ao acolhimento, levando a satisfação do usuário. Entretanto, as dificuldades identificadas foram a má recepção e o desempenho profissional insatisfatório. Os autores também verificaram a necessidade de aumento de profissionais, a capacitação para o acolhimento, a implantação de modalidade complementar para o atendimento odontológico, a antecipação para a abertura do prédio para a marcação de consultas e a priorização de atendimento aos moradores da área de atuação.

3. PROPOSIÇÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do atendimento odontológico oferecido aos usuários de uma UBS (Unidade Básica de Saúde) e aos escolares inseridos no serviço público de um município de pequeno porte, por meio de critérios quantitativos (produção) e qualitativos (satisfação do profissional e do usuário).

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. CONSENTIMENTO PARA A PESQUISA

Conforme a Resolução nº 196 de 10/10/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, o presente estudo foi iniciado após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, sob o processo nº 118/2002, conforme cópia em Anexo 1.

4.2. ÁREA ESTUDADA

O presente estudo foi realizado em uma cidade de pequeno porte, localizada no Estado de São Paulo, com uma população de aproximadamente 15000 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2000). O município possui agregação de flúor à água de abastecimento público desde 1997 (0,7 ppm) e o CPOD, aos 12 anos de idade, é de 2,1 (Kozłowski, 2001).

4.3. ESTUDO PILOTO

Com o objetivo de identificar possíveis dificuldades no entendimento do questionário, previamente a aplicação destes, realizou-se um estudo piloto no qual testou-se o questionário “Satisfação do Profissional” em quatro profissionais, sendo um do serviço em estudo e 3 profissionais com experiência em serviço público. O questionário “Satisfação do usuário foi testado previamente em 4 usuários do serviço.

4.4. CONSIDERAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

O serviço odontológico público municipal em estudo é constituído por oito cirurgiões–dentistas distribuídos da seguinte forma: 05 profissionais atendem exclusivamente os escolares de 07 a 12 anos de idade em espaços clínicos localizados nas escolas; 01 profissional atende escolares na escola (4 horas semanais) e nos demais períodos (16 horas) adultos na UBS (Unidade Básica de Saúde); 01 profissional atende a população adulta na UBS e 1 profissional atende na UBS as crianças até 6 anos de idade, proveniente das creches. Todos os profissionais trabalham 20 horas semanais.

4.4.1.ESCOLAS

4.4.1.1.Características Físicas

Foram analisadas as cinco escolas do município, sendo que todas as Instituições de Ensino possuem equipamentos odontológicos convencionais completos e contam com aparelho de raio-X, fotopolimerizador e amalgamador. O serviço não possui THD e ACD, sendo que todas as ações são desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas.

4.4.1.2.Características gerais do atendimento odontológico escolar

Anualmente é realizado no município um levantamento epidemiológico, geralmente no início do ano letivo. Durante o ano de 2002, entretanto, o levantamento somente foi realizado no final do ano letivo, no mês de Outubro e, até Setembro de 2003 o levantamento anual ainda não tinha sido realizado. Previamente a realização do levantamento, os CDs passam por um treinamento de calibração teórico-prático. Segundo os CDs da rede, o levantamento epidemiológico é considerado uma ferramenta importante durante a fase de planejamento apesar de ser insuficiente para o planejamento anual.

O planejamento das atividades odontológicas nas escolas é realizado individualmente, tendo como meta cobrir 100% das EMEFs (Escolas Municipais de Ensino Fundamental) e 100% até a 5ª série da escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio, sendo que os demais alunos devem procurar a UBS ou vaga no dentário escolar. Caso ocorra a falta do CD, embora não haja substituição por outro profissional, a direção da escola está ciente dos locais de atendimento sabendo como proceder em caso de emergência.

O controle da produção é realizado, diariamente, de maneira indireta, por meio de registros em um livro individualizado onde cada CD anota os procedimentos. Posteriormente, os registros da produção são transferidos, mensalmente, para uma ficha padronizada pelo SUS. O controle das crianças atendidas é realizado pela lista de chamada e o controle das crianças com necessidades de tratamento pelos registros da ficha clínica, sendo priorizado o atendimento às crianças de alto risco.

O serviço não possui THD e ACD, fazendo com que o CD além de realizar as atribuições que lhe cabe, desenvolva outras funções tais como, preencher fichas, realizar escovação supervisionada, esterilizar material, dentre outras.

As atividades preventivas são realizadas em todas as escolas, entretanto, o grupo beneficiado e a periodicidade das atividades variam entre as escolas.

4.4.2. UBS

O atendimento odontológico para a população adulta é realizado em uma Unidade Básica de Saúde. A UBS é uma unidade de atendimento médico especializado inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como atribuição realizar atendimento nas seguintes especialidades ou áreas: oftalmologia, dermatologia, neurologia, ortopedia, otorrinolaringologia, psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, nutrição, assistência social, enfermagem, e odontologia. O atendimento odontológico funciona de segunda a sexta-feira, em dois consultórios odontológicos, sendo que cada profissional atende 5 pacientes agendados e de 2 a 3 pacientes de emergência, por período. Os procedimentos realizados são basicamente as extrações, o tratamento restaurador e o pronto-atendimento.

Para ter acesso ao serviço odontológico os pacientes são submetidos à uma lista de espera. Quanto ao pronto-atendimento, o agendamento procede por ordem de chegada, juntamente com os pacientes em tratamento.

4.5. AVALIAÇÃO

4.5.1. PERFIL DAS ATIVIDADES CLÍNICAS DESENVOLVIDAS NAS ESCOLAS E NA UBS

O controle da produção tanto das escolas como da UBS é realizado a partir das anotações em livros, sendo que o fechamento do mês ocorre no dia 20, onde cada cirurgião-dentista entrega para o coordenador da Odontologia uma planilha referente a sua produção mensal. Estas planilhas são agrupadas e o resultado final é entregue para uma responsável pelo banco de dados. Baseado nos registros em livro de cada cirurgião-dentista, os dados de produção serão agrupados por local (escolas), uma vez que na maioria das escolas ocorre o revezamento dos CDs. Os resultados obtidos relativos à produção nas escolas e

na UBS serão apresentados da seguinte forma: exames, procedimentos preventivos (aplicação tópica de flúor, aplicação de selante, raspagem), procedimentos restauradores (restauração de amálgama com uma face, restauração de amálgama com duas ou mais faces, restauração de resina fotopolimerizável com uma face, restauração de resina fotopolimerizável com duas ou mais faces, extrações de dentes temporários e permanentes e, outros (pulpotomia remoção de restos radiculares, restaurações provisórias e radiografia periapical).






4.5.2. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Com a finalidade de avaliar a *satisfação do usuário* em relação ao serviço oferecido, aplicou-se um questionário individual (adaptado do questionário de Franco & Campos, 1998b e do questionário CQH-06 in: Kotaka *et al.*, 1997) a 101 usuários, maiores de 21 anos, entre os meses de Junho e Setembro de 2003. Os questionários foram aplicados pela mesma entrevistadora antes das consultas para os usuários que já tinham sido atendidos no pronto-atendimento ou, imediatamente após a consulta para aqueles que estavam sendo atendidos pela primeira vez.

Os usuários foram instruídos com relação a importância do questionário e do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme Anexo 2. Após a assinatura do termo, os usuários responderam o questionário abaixo:

Entrevista nº _____	Data __/__/03
Idade _____	Sexo _____
Sabe qual o seu problema ? () sim; () não	
Diagnóstico: _____	

Qualidade do atendimento:

	<u>Péssimo</u> 			<u>Ruim</u> 		<u>Reg</u> 	<u>Bom</u> 	<u>Ótimo</u> 			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acesso (transporte, localização)											
Acesso ao serviço											
Atendimento na recepção											
Tempo de espera para atendimento											
Atendimento odontológico											
Remarcação da consulta											
Limpeza											

Sugestões para a melhoria da assistência:

4.5.3. SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL

Com o intuito de avaliar os aspectos gerais e administrativos sob a ótica do profissional, aplicou-se um questionário de *satisfação do profissional* (adaptado de Rocha, 1999)

ASPECTOS GERAIS DO SERVIÇO											
	Péssimo			Ruim		Reg	Bom		Ótimo		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Condições gerais das instalações- Predial											
Condições do consultório											
Qualidade do instrumental											
Qualidade do material de consumo											
Qualidade do material de biossegurança											
Esterilização de instrumental											
Iluminação Geral											
Limpeza											
Localização- Facilidade de acesso											

ADMINISTRAÇÃO GERAL											
	Péssimo			Ruim		Reg	Bom		Ótimo		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Planejamento das atividades											
Sistema de comunicação											
Política de salários/benefícios/incentivos											
Aperfeiçoamento profissional											
Grau de satisfação por trabalhar no serviço											

Há horário disponível para reciclagem profissional ?	S ()	N ()
O serviço investe no aperfeiçoamento profissional ?	S ()	N ()

4.6 ANÁLISE DOS DADOS:

A análise dos dados do presente trabalho constituiu-se na análise descritiva dos indicadores quantitativos, dos dados referentes a satisfação do usuário e do profissional.

Os dados obtidos do questionário “Satisfação do Usuário”, foram tabulados em planilhas Excel, e posteriormente analisados em programa estatístico SAS (Statistical Analysis System). Com a finalidade de associar as respostas às questões: necessidade de um número maior de profissionais e acesso ao serviço e, tratamento especializado e atendimento odontológico, efetuou-se a análise estatística utilizando-se o teste Exato de Fisher ($\alpha = 0,05$).

5. RESULTADOS

A apresentação dos resultados será dividida em 4 partes: 5.1. Escolas; 5.2. Unidade Básica de Saúde (UBS); 5.3. Satisfação do usuário e 5.4. Satisfação dos profissionais.

Os resultados relativos à produção nas escolas e na UBS serão apresentados da seguinte forma: exames, procedimentos preventivos (aplicação tópica de flúor, aplicação de selante, raspagem), procedimentos restauradores (restauração de amálgama com uma face, restauração de amálgama com duas ou mais faces, restauração de resina fotopolimerizável com uma face, restauração de resina fotopolimerizável com duas ou mais faces), extrações de dentes temporários e permanentes e, outros (pulpotomia, remoção de restos radiculares, restauração provisória e radiografia periapical).

5.1. ESCOLAS

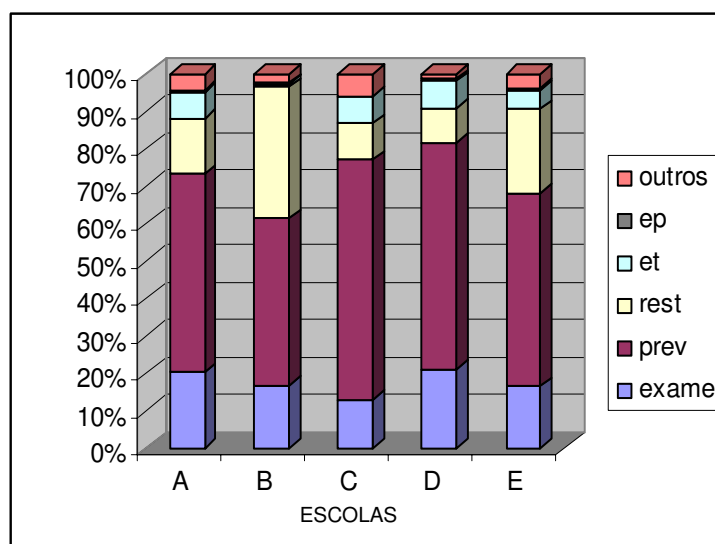
Computou-se os dados obtidos das 5 escolas, denominadas de A, B, C, D e E, após a análise dos registros em livro da produção de cada cirurgião-dentista. A Tabela 1 apresenta os dados em frequência absoluta e em valores percentuais referentes aos procedimentos em cada escola e a Figura 1 apresenta o percentual dos procedimentos realizados em cada escola durante o período de Janeiro de 2002 a Junho de 2003.

Em média, constata-se que 57% dos procedimentos são de natureza preventiva, 17% dos procedimentos são restauradores, 16% de exames, 6% de extrações de dentes temporários, 4% de outros procedimentos e menos de 1% de extrações de dentes permanentes.

Tabela 1. Procedimentos realizados em frequências absolutas e em valores percentuais, 2002-2003.

Procedimentos	ESCOLAS									
	A		B		C		D		E	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
exame	787	20,2	197	16,7	684	13,0	148	21,2	741	16,5
prev	2062	53,0	526	44,5	3376	64,0	423	60,4	2319	51,6
rest	582	14,9	418	35,4	514	9,8	65	9,3	1006	22,4
et	269	6,9	9	0,7	379	7,2	51	7,3	237	5,2
ep	29	0,7	3	0,3	0	0,0	3	0,4	19	0,4
outros	169	4,3	29	2,4	316	6,0	10	1,4	174	3,9
total	3898	100,0	1182	100,0	5270	100,0	700	100,0	4496	100,0

prev: procedimentos preventivos, rest: procedimentos restauradores, ep: extração de dente permanente, et: extração de dente temporário, ep: extração de dente permanente, outros: pulpotomia, remoção de restos radiculares, restauração provisória, rx



ep: extração de dente permanente
et: extração de dente temporário
rest: procedimentos restauradores
prev: procedimentos preventivos
outros: pulpotomia, remoção de restos radiculares, restauração provisória, rx periapical

Figura 1. Porcentagem de procedimentos realizados, 2002-2003.

5.2. UBS

Os procedimentos realizados na UBS são apresentados em valores percentuais e distribuídos em atendimento da população adulta e infantil (Figuras 2 e 3).

Com relação a população adulta, observa-se na Figura 2 que embora a maioria dos procedimentos realizados sejam de natureza curativa (64%), os procedimentos preventivos também são realizados (36%) com predominância dos procedimentos de raspagem.

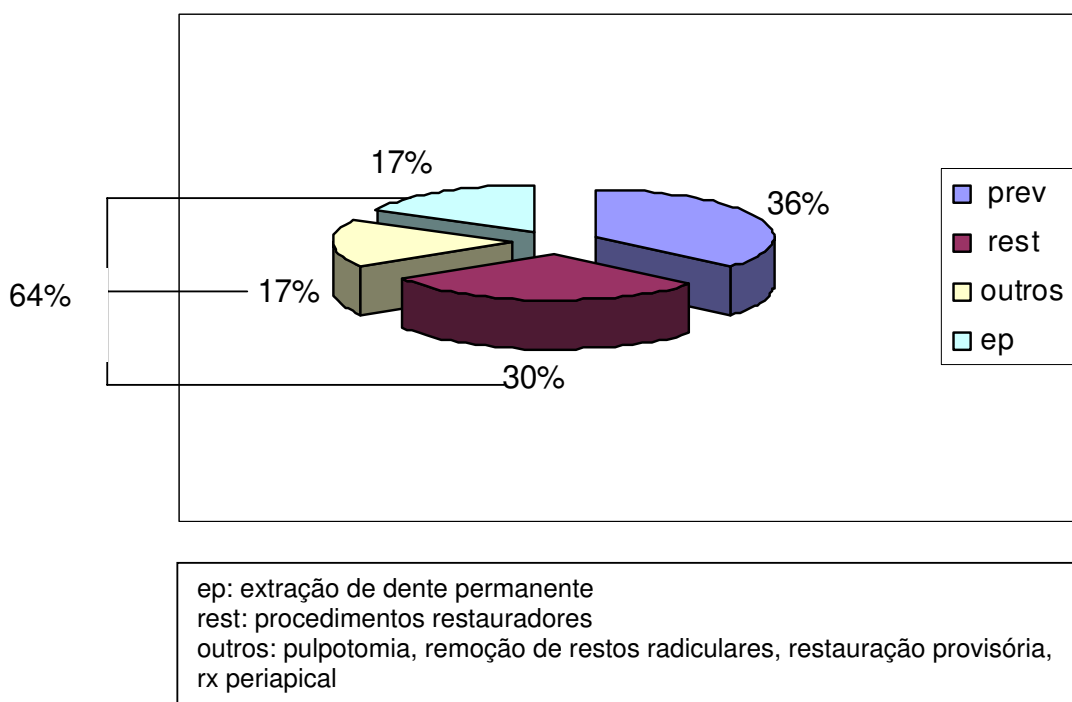
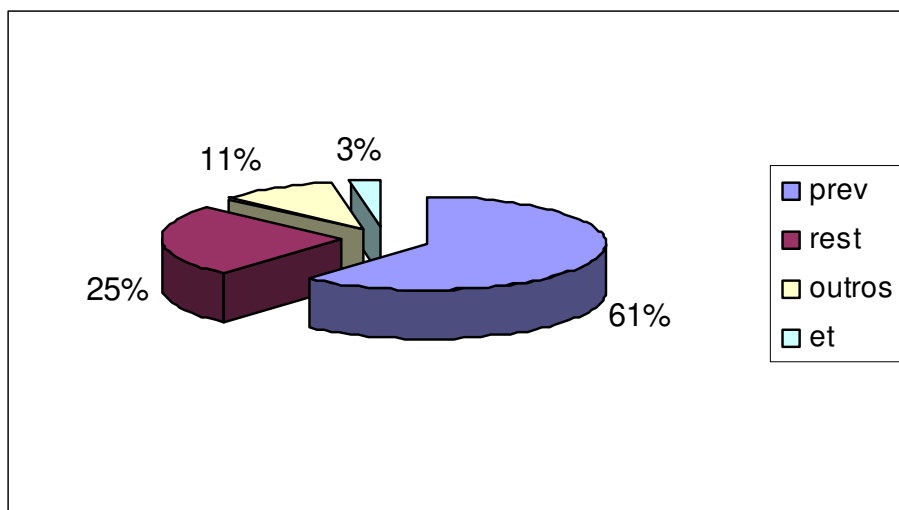


Figura 2. Porcentagem de procedimentos realizados na população adulta, na UBS, 2002-2003.

O mesmo não se verifica na Figura 3 com relação à população infantil (crianças das creches de 3 a 6 anos de idade) atendida na UBS, onde a quantidade de procedimentos preventivos (61%) é bem maior que os demais procedimentos: procedimentos restauradores (25%), outros (11%) e extração de dente temporário (3%).



et: extração de dente temporário
rest: procedimentos restauradores
prev: procedimentos preventivos
outros: pulpotomia, remoção de restos radiculares, restauração provisória, rx periapical

Figura 3. Porcentagem de procedimentos realizados na população infantil, na UBS, 2002-2003.

5.3. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

O questionário “Satisfação do usuário” aplicado na UBS apresentava perguntas relativas à satisfação do usuário frente ao serviço odontológico, à estrutura física e aos aspectos administrativos oferecidos.

A Tabela 2 apresenta as freqüências de conceitos atribuídos aos itens de cada pergunta, sendo os resultados expressos em freqüência (n) e porcentagem (%):

Tabela 2. Freqüência dos conceitos atribuídos aos diferentes itens.

Conceitos	itens													
	A		B		C		D		E		F		G	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ótimo	67	66,33	48	47,52	74	73,26	45	44,55	92	91,08	52	51,48	86	85,14
bom	22	21,78	16	15,84	22	21,78	28	27,72	09	8,91	13	12,87	12	11,88
regular	10	9,90	20	19,80	04	3,96	11	10,89	00	0,00	02	1,98	03	2,97
ruim	01	0,99	06	5,94	00	0,00	12	11,88	00	0,00	00	0,00	00	0,00
péssimo	01	0,99	11	10,89	01	0,99	05	4,95	00	0,00	00	0,00	00	0,00
em branco	00	0,00	00	0,00	00	0,00	00	0,00	00	0,00	34	33,66	00	0,00

A: facilidade de acesso (transporte, localização), B: acesso ao serviço (funcional), C: atendimento na recepção, D: tempo de espera para atendimento, E: atendimento odontológico, F: remarcação de consulta, G: limpeza.

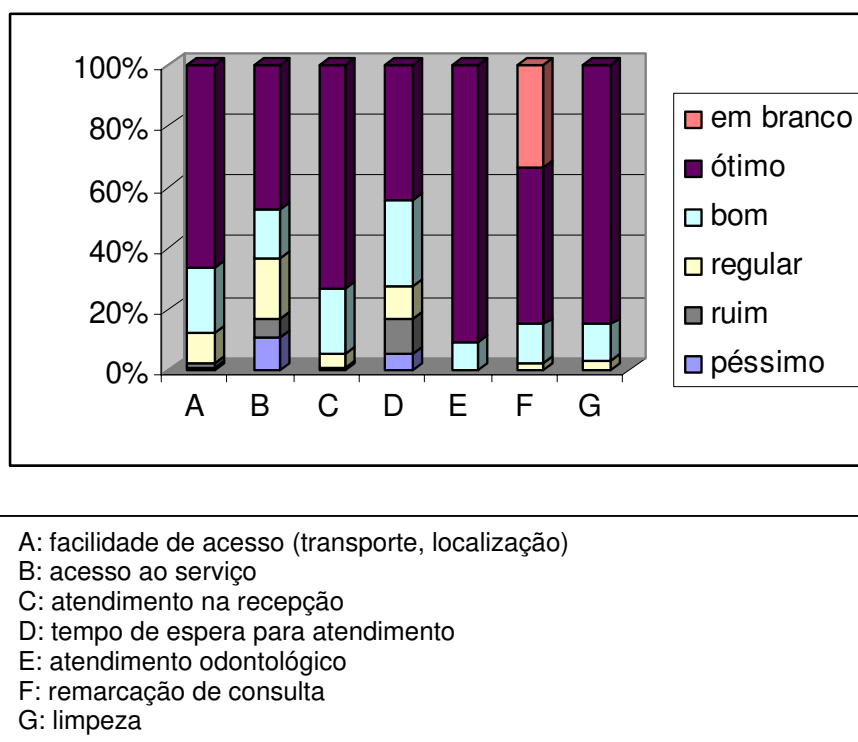


Figura 4. Porcentagem de conceitos atribuídos às respostas do questionário "Satisfação do Usuário" da UBS, 2003.

No item F, 33,66% dos usuários não responderam pois eram pacientes do pronto - atendimento e, portanto, nunca remarcarão a consulta.

Dos questionários respondidos, somente 28,71% dos entrevistados sugeriram melhorias no serviço, sendo que as sugestões apresentadas foram mais freqüentes no grupo de pacientes em tratamento do que no grupo de pacientes do pronto - atendimento.

Com relação às sugestões apresentadas, 56% se referiram a necessidade de aumentar o número de CDs, 37% a implementação de tratamento especializado como cirurgias mais complexas (extração de terceiros-molares) e tratamento endodôntico e, 7% (somente 2 usuários) a instalação de mais um local de atendimento (Figura 5).

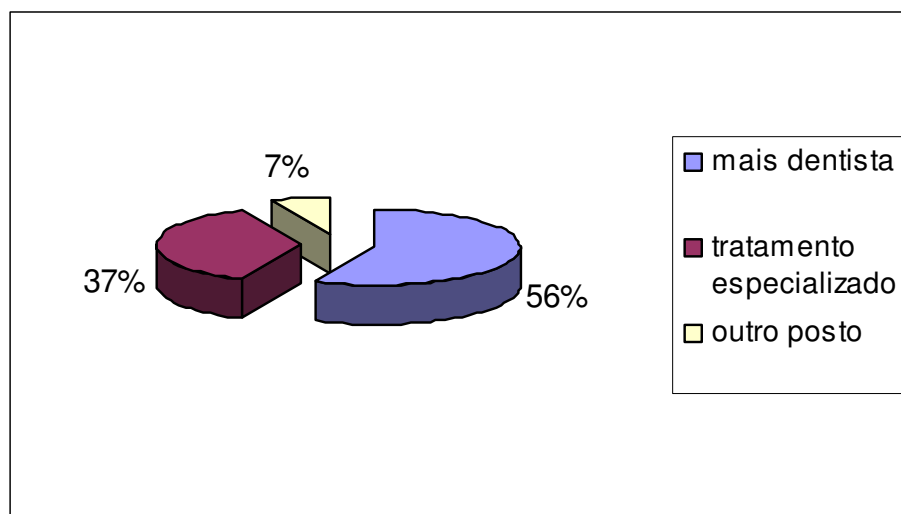


Figura 5. Porcentagem de sugestões apresentadas pelos usuários da UBS, parte do questionário “Satisfação do Usuário”, 2003.

Pela análise estatística, verifica-se que os usuários que sugeriram aumentar o número de dentistas foram os que deram as menores notas para o item acesso ao serviço ($p < 0,05$) (Anexo 3). Em contrapartida, nota-se que tanto os usuários que solicitaram tratamento especializado quanto os que não solicitaram estão satisfeitos com o item atendimento odontológico ($p > 0,05$) (Anexo 4).

5.4. SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL

O questionário “Satisfação do profissional”, apresentado anteriormente, foi respondido por todos os cirurgiões-dentistas (8) que compõe a equipe. Devido à quantidade de itens avaliados, optou-se em dividi-lo em “Aspectos gerais do serviço” e “Administração geral”, entretanto, os resultados são apresentados na Tabela 3 e em 3 figuras. Na Figura 6 as letras A, B, C, D e E correspondem respectivamente aos itens: Condições gerais das instalações prediais, Condições do consultório, Iluminação geral, Limpeza e Localização (facilidade de acesso). Na Figura 7 estão demonstrados os seguintes aspectos: Qualidade do instrumental (F), Qualidade do material de consumo (G), Qualidade do material de biossegurança (H) e Esterilização de instrumental (I). Os aspectos relacionados à Administração Geral tais como: Planejamento das atividades (J), Sistema de comunicação (K), Política de salários/ benefícios/ incentivos (L), Aperfeiçoamento profissional (M) e Grau de satisfação por trabalhar no serviço (N) estão ilustrados na Figura 8.

Tabela 3. Frequência dos conceitos atribuídos aos diferentes itens do questionário “Satisfação do Profissional”, 2003

Conceitos	ITEM															
	A		B		C		D		E		F		G		H	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ótimo	0	0	0	0	3	38	3	38	5	63	0	0	4	50	0	0
bom	6	75	3	38	5	63	4	50	2	25	4	50	4	50	2	25
regular	2	25	5	63	0	0	1	13	1	13	3	38	0	0	3	38
ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13
péssimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13	0	0	1	13

A: condições gerais das instalações prediais B: condições do consultório C: iluminação geral, D: limpeza, E: localização (facilidade de acesso), F: qualidade do instrumental, G: qualidade do material de consumo, H: qualidade do material de biossegurança, I: esterilização do material, J: planejamento das atividades, K: sistema de comunicação, L: políticas de salários/ benefícios/ incentivos, M: aperfeiçoamento profissional, N: grau de satisfação por trabalhar no serviço.

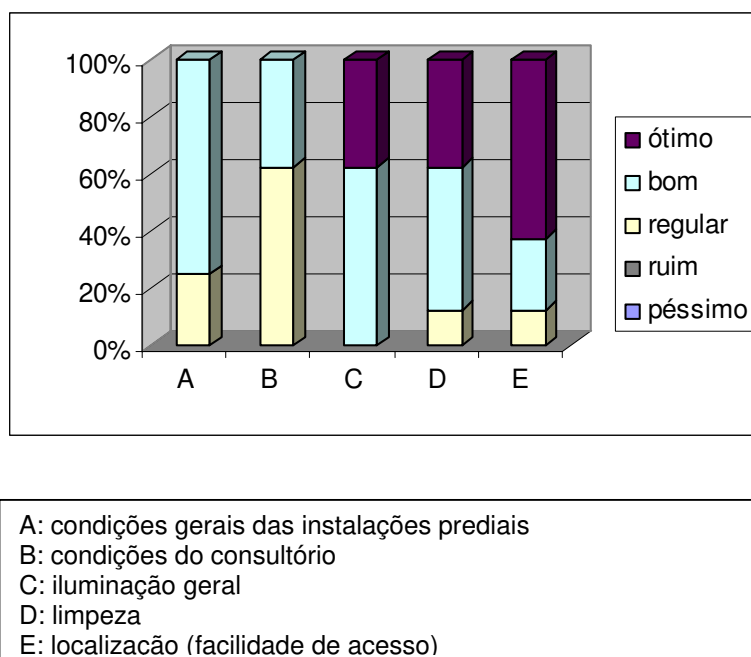


Figura 6. Conceitos atribuídos aos itens A, B, C, D, E do questionário "Satisfação do Profissional", 2003 (em %).

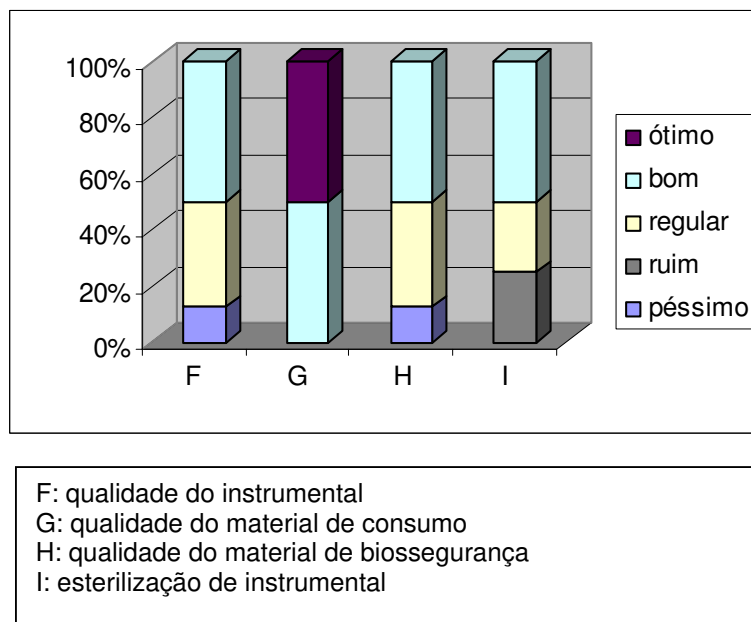
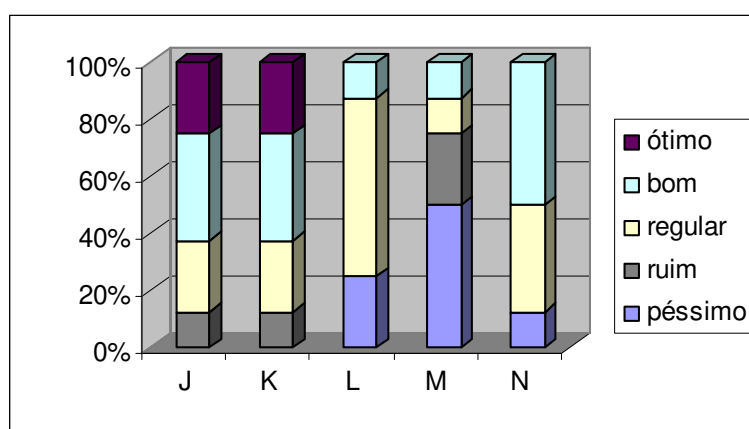


Figura 7. Conceitos atribuídos aos itens F, G, H, I do questionário "Satisfação do Profissional", 2003 (em %).



J: planejamento das atividades
 K: sistema de comunicação
 L: políticas de salários/ benefícios /incentivos
 M: aperfeiçoamento profissional
 N: grau de satisfação por trabalhar no serviço

Figura 8: Conceitos atribuídos aos itens J, K, L, M, N do questionário "Satisfação do Profissional" 2003 (em %).

6. DISCUSSÃO

Avaliar e monitorar o desempenho dos serviços é hoje uma importante necessidade quando se busca aprimorar a qualidade da atenção à saúde (Hartz, 1997; Sala *et al*, 1998) e este processo se faz necessário devido ao fato de que, após a criação dos SUS, muitos municípios estão tendo que elaborar os seus próprios modelos de atenção. Neste contexto, o planejamento e um sistema de informação estruturado são essenciais no serviço, sendo a qualidade do dado fundamental para nortear o acompanhamento e a avaliação.

No presente estudo constatou-se que no serviço pesquisado inexistia qualquer tipo de avaliação, além de haver dificuldades na obtenção dos dados. No banco de dados do município, obteve-se somente os dados de produção (tratamentos realizados), observando-se também a inexistência de registros referentes às horas trabalhadas, ao tratamento completado, dentre outros. Tal fato impossibilitou a aplicação de alguns indicadores (Narvai, 1994) tais como: avaliação do esforço, avaliação da eficácia, eficiência ou rendimento, adequação ou cobertura, atendimento médio, número de atendimentos necessários para completar o tratamento; rendimento médio (número de procedimentos realizados em 1 hora); concentração executada (número de procedimentos para completar o tratamento); índice de conservação (porcentagem de dentes conservados) e absenteísmo (porcentagem de horas perdidas por falta do paciente). Embora estes indicadores sejam considerados importantes, tanto no planejamento estratégico quanto na caracterização da qualidade no serviço, a inexistência destes impossibilitou a realização de algumas avaliações consideradas relevantes. Sendo assim, utilizou-se no presente estudo, a produção nas escolas e na UBS, bem como os questionários de satisfação do usuário e do profissional.

A análise do modelo de atenção da área estudada, evidenciou a existência de um modelo com algumas características do Sistema Incremental; sem um planejamento único, claro e definido, onde os alunos são “chamados” para tratamento a partir da lista de cada sala, independente do risco ou da necessidade de tratamento. Com relação aos procedimentos preventivos, verificou-se uma diversidade na priorização do grupo para tratamento e na periodicidade das atividades indicando a ausência de uma sistemática do atendimento.

O fato de cada cirurgião-dentista atender em mais de uma escola e realizar o controle da produção e de atendimento por meio de registros em um livro individual e, em decorrência dos registros da produção no banco de dados serem condensados por período (mensalmente), dificultou a coleta dos dados por escola.

Pôde-se verificar em valores percentuais (Figura 1) que os valores referentes a produção das escolas A, C e D se aproximaram, embora tenham diferido em valores numéricos (Tabela 1). Verificou-se que apesar destas escolas atenderem o mesmo perfil de escolar (idade e características epidemiológicas), a escola D atende um menor número de escolares, justificando assim, o valor encontrado.

A diferença dos valores percentuais (Figura 1) encontrados nas escolas A, C e D com relação às escolas B e E pode ter ocorrido em decorrência do grupo atendido, uma vez que nas escolas B e E os cirurgiões-dentistas também realizam procedimentos emergenciais em alunos do Ensino Médio, podendo ter gerando um maior número de procedimentos restauradores.

Com relação aos valores numéricos (Tabela 1), verificou-se que as escolas A, C e E apresentaram valores próximos entre si, ou seja, um número superior de procedimentos realizados quando comparadas às escolas B e D, fato que poderia ser explicado pelo maior número de escolares e uma maior

necessidade de cirurgiões-dentistas em vários períodos nas escolas. Enquanto que as escolas A, C e E possuem cirurgiões-dentistas de 5 a 8 períodos por semana, as escolas B e D possuem atendimento em 2 períodos. Desta forma, observa-se que o fato de ter ou não dentista em todos os períodos nas escolas não interferiu nos valores percentuais dos procedimentos, uma vez que estes estão mais relacionados com o grupo atendido (faixa etária e características epidemiológicas) do que com a frequência dos cirurgiões-dentistas.

Assim, com relação aos procedimentos realizados nas escolas, verificou-se que, em média, o maior percentual de procedimentos foi de natureza preventiva (57%), em contrapartida, 17% dos procedimentos foram restauradores, 16% exames clínicos, 6% extrações de dentes temporários, 4% de outros procedimentos e menos de 1% de extrações de dentes permanentes. Verificou-se também uma cobertura próxima de 100% e um índice de atrição menor de que 5% nas escolas A, C, D e E.

Em levantamento epidemiológico realizado no ano 2000, foi observado nesta localidade uma redução do índice CPO-D de 6,7 em 1991 para 2,1 em 2000 para as idades de 11 e 12 anos, sendo que 76,10% do índice CPO-D corresponde ao componente restaurado, 22,70% ao componente cariado e 1,20% ao componente perdido (Kozlowski, 2001). Possivelmente, a mudança no perfil epidemiológico possa ser atribuída à água fluoretada, introduzida como medida de saúde pública desde 1997, ao aumento da exposição ao flúor, a ampliação das medidas de educação e promoção em saúde bucal e, também ao maior acesso aos serviços (Kozlowski, 2001). A maior porcentagem do CPO-D foi o componente restaurado, sugerindo que o atendimento odontológico nas escolas tem atendido as necessidades. Entretanto, o percentual de 22% do componente cariado pode ser em decorrência da cobertura até a 5ª série e não até os 12 anos.

As crianças de 3 a 6 anos de idade pertencentes a creche são atendidas na *UBS*. Primeiramente estas crianças são triadas e a prioridade é para

o atendimento às crianças de 6 anos. As crianças são agendadas para o atendimento e o comparecimento na UBS depende da disponibilidade da mãe. Embora as atividades preventivas em grupo ou na creche não sejam realizadas nesta faixa etária devido a falta de recursos humanos, observou-se que o maior percentual de procedimentos realizados no consultório são de natureza preventiva (61%) (Figura 3). Além disso, acredita-se que com a presença da mãe ou responsável durante o atendimento cria-se um vínculo maior entre profissional-responsável, facilitando não só a educação em saúde como também, a atribuição de uma co-responsabilidade no sucesso do tratamento. Embora o índice de atrição (10%) seja maior do que o encontrado nas escolas, acredita-se que a triagem no ambiente escolar e o rastreamento para tratamento somente dos que necessitam, possa ser uma boa opção para esta localidade.

Com relação ao atendimento de adultos na UBS, verificou-se com relação à produção (Figura 2) que a maioria dos usuários procuram o serviço para realização de tratamento curativo (64%), enquanto que 36% dos procedimentos são de natureza preventiva. Observou-se também, um percentual elevado de exodontias (17%) demonstrando que a opção por este procedimento ainda se faz necessária em localidades onde o tratamento especializado inexistente. Mesmo que sejam encaminhados para outra localidade, muitos usuários relataram dificuldades financeiras para custear o transporte. Com relação a UBS, vale ressaltar que a alta demanda reprimida se faz presente tendo em vista que a lista de espera para tratamento é cada vez maior. Segundo dados obtidos em outubro de 2003, esta lista consta com 396 nomes (população adulta) sendo que o usuário tem que esperar, em média, de 8 a 12 meses para ter acesso ao tratamento odontológico. Quanto ao pronto atendimento, o agendamento procede por ordem de chegada, juntamente com os pacientes em tratamento. Desta forma, muitos amanhecem na fila em busca dos primeiros horários.

No presente estudo o inquérito *satisfação do usuário* não foi suficiente para servir de indicador de qualidade (ou seja padrão-ouro). No entanto, sua

utilização mostrou ser um importante instrumento de diagnóstico sendo útil na orientação das medidas corretivas (Kloetzel *et al.*, 1998), podendo levantar questões em relação ao acesso e estrutura.

No questionário utilizado verificou-se que alguns usuários apresentavam dificuldade em “dar notas” aos itens apresentados, fato também relatado por Kloetzel *et al.*, em 1998. Por este motivo, foi utilizado, além das notas, uma série de ícones com a finalidade de facilitar as respostas. Acredita-se que o inquérito realizado na própria unidade de saúde não interfira na qualidade da resposta, uma vez que alguns trabalhos (Halal *et al.*, 1994; Kloetzel *et al.*, 1998; Ramos & Lima, 2003) demonstraram que o inquérito domiciliar pode ser dispensado, já que os pacientes reagiram de maneira semelhante ao serem interrogados no próprio serviço após a consulta.

De maneira geral, os pacientes mostraram-se satisfeitos com o serviço oferecido (Figura 4) atribuindo as maiores notas para os itens atendimento odontológico e limpeza. Possivelmente a satisfação do paciente com relação ao serviço esteve associada com a resolução do problema e o bom relacionamento entre paciente-profissional (Halal *et al.*, 1994; Gomes *et al.*, 1999), uma vez que ao ter acesso ao serviço o usuário somente é dispensado após o término do tratamento. Por outro lado, a dificuldade de acesso ao serviço, ou seja, o tempo que esperam na fila para serem chamados para tratamento, e o tempo de espera para o atendimento são os maiores problemas enfrentados pelo usuário, resultados semelhantes aos de vários estudos (Franco & Campos, 1998a; Kloetzel *et al.*, 1998; Gomes *et al.*, 1999; Nuto, 1999; Brito Junior, 2000; Barros & Bertoldi, 2002; Araújo, 2003; Ramos & Lima, 2003; Vázquez *et al.*, 2003).

Dentre os usuários entrevistados, um pequeno percentual, somente 28,71%, sugeriram algumas melhorias no serviço como também verificado por Franco & Campos (1998b), que dos 43,40% dos usuários que relataram problemas, apenas 17,60% propuseram sugestões para melhorá-lo e, por Brito

Junior (2000), onde apenas 20% dos pacientes atendidos no serviço de emergência da FOP/UNICAMP sugeriram melhorias no serviço.

Talvez o baixo nível sócio econômico (Watanabe *et al.*, 1997; Franco & Campos, 1998a) e a dependência deste tipo de assistência possa levar a uma avaliação positiva dos serviços prestados demonstrando que os usuários parecem ter expectativas baixas no que diz respeito ao tipo de serviço que centros públicos podem prover (Gomes *et al.*, 1999).

Segundo Rocha (1999) a avaliação da qualidade promove, como ação estruturada de auditoria, a aplicação de um questionário em que o auditado faz a sua auto-avaliação, ajudando a nivelar o entendimento de quanto a empresa precisa priorizar a implementação de um processo de qualidade. Desta forma, aplicou-se um questionário aos cirurgiões-dentistas denominado de “*satisfação do profissional*”, adaptado desta apostila, onde se avaliou os aspectos gerais do serviço e os aspectos da administração geral. Pôde-se verificar que as maiores insatisfações relatadas pelos profissionais envolvidos no serviço se referem a: política salarial e aperfeiçoamento profissional e, posteriormente, qualidade do instrumental, qualidade do material de biossegurança, satisfação em trabalhar no serviço e esterilização do material. A partir da avaliação feita pelos profissionais pôde-se verificar uma maior insatisfação do profissional com relação aos aspectos humanos. Percebe-se que a elaboração dos gráficos como forma de diagnóstico mostrou-se eficaz permitindo ao gestor a visualização dos aspectos de maior problema, assim como no Diagrama de Pareto (Vieira & Wada, 1994).

A partir da avaliação da atenção odontológica desta localidade, sugere-se que a escola passe a ser um espaço para as atividades de natureza preventiva e educativa, transferindo para a UBS os dentistas das escolas, reforma já realizada com sucesso em vários municípios. Sugere-se também a organização do processo de trabalho por meio de sistemas de clínica modular com vários equipamentos agrupados em um ambiente de trabalho, onde as atividades são

produzidas a quatro, seis ou oito mãos, dependendo da composição da equipe. Nesse sentido, torna-se essencial a participação do pessoal auxiliar (ACD,THD), tanto para atividades individuais como coletivas, em espaços assistenciais e sociais (Pereira & Moreira, 1992; REDE CEDROS, 1992; Pereira *et al.*, 1995; Orenha *et al.*, 1998; Saliba *et al.*, 1998; Andrade *et al.*, 2001).

Em acréscimo, sugere-se uma melhor organização da demanda, podendo utilizar os exemplos de Curitiba e de Belo Horizonte descritos por Roncalli (2000), já que a dificuldade de acesso é o maior problema enfrentado pelos usuários.

A avaliação de qualidade não se restringe somente à satisfação do usuário, mas engloba também variáveis quantitativas que podem ser consideradas como indicadores de qualidade, conforme explicitado em trabalhos da área médica (Dias da Costa *et al.*, 2000; Assunção *et al.*, 2001; Costa & Fomigli, 2001) e aplicados no serviço odontológico da cidade de São José dos Campos-SP. Sendo assim, sugere-se a montagem de um sistema de informações de modo a obter dados referentes ao serviço (Xavier *et al.*, 2000) e, depois de definidas as informações de interesse, poderão compor tantos indicadores (eficácia, rendimento, cobertura, atendimento médio, concentração executada, índice de conservação, absenteísmo) quantos forem necessários (Narvai, 1994). Sugere-se os seguintes indicadores: avaliação das ações coletivas em saúde bucal e assistência individual. Para a avaliação das ações coletivas são propostos os seguintes indicadores: indicador de cobertura geral de ações coletivas em saúde bucal (ACSB), indicador de cobertura de ACSB por idade e indicador de cobertura por espaço social. Para a assistência individual propõe-se: cobertura dos serviços de saúde bucal, índice de atrição, rendimento do instrumento, concentração por tratamento completado, composição da hora clínica, taxa de urgência, taxa de absenteísmo e relação restauração/exodontia (Manfredini, 2003).

Por fim, sugere-se, a partir destes indicadores, a composição de uma planilha de avaliação com definições de objetivos e atribuição de escores aos resultados obtidos (Cecílio *et al.*, 2002; Ruzany *et al.*, 2002). Por ser um instrumento rápido e barato e, por fornecer relevantes informações para o direcionamento das atividades e ações dos serviços de saúde (Dias da Costa *et al.*, 2000), tal planilha poderá ser utilizada como um instrumento na auditoria, permitindo, assim, avaliações periódicas do serviço.

7. CONCLUSÃO

1. Os resultados obtidos a partir dos indicadores “cobertura” e “produtividade” foram satisfatórios no atendimento de pré-escolares e escolares, porém insuficientes para caracterizar a qualidade do atendimento;
2. Baseado na produção da UBS e nas respostas do questionário “Satisfação do usuário” constatou-se que os pacientes estão satisfeitos com o serviço considerando-o de boa qualidade, entretanto, as dificuldade de acesso ao serviço e tempo de espera para o atendimento foram os maiores problemas enfrentados;
3. Os profissionais apresentaram-se insatisfeitos com relação à 6 itens dos 14 itens do questionário “Satisfação do profissional”, atribuindo as piores notas para os itens aperfeiçoamento profissional e política salarial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

Abreu MHNG, Werneck MAF. Sistema Incremental no Brasil: uma avaliação histórica. *Arq Odontol*. 1998; 34(2): 121-31.

Andrade SM, Soares DA, Cordon Junior L. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL; 2001.

Araújo ICA. *Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica Integrada do curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará* [dissertação]. São Paulo (SP): FO/USP; 2003.

Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultados. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1): 88-95.

Azevedo AC. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1991; 25 (1): 64-71.

Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 709-17.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.

¹ De acordo com a norma utilizada pela FOP/UNICAMP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Brito Junior RB. *Avaliação retrospectiva dos pacientes atendidos e do tratamento oferecido no serviço de emergência da FOP/UNICAMP entre os anos de 1989 e 1997* [dissertação]. Piracicaba (SP): FOP/UNICAMP; 2000.

Cecilio LCO, Rezende MFB, Magalhães MG, Pinto AS. O pagamento de incentivo financeiro para os funcionários como parte da política de qualificação da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(6): 1655-63.

Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saúde Pública*. 1996; 12 (Supl.2): 59-70.

Chaves MM. *Odontologia Social*. São Paulo: Artes Médicas; 1986.

Costa MCO, Formigli VLA. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(2): 831-41.

Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único Cunha de Saúde - princípios. In: Campos FE, Oliveira Jr. M, Tonon LM, organizadores. *Cadernos de saúde 1*. Belo Horizonte: Coopmed; 1998. p.11-26.

Dias-da-Costa JS, Madeira ACC, Luz RM, Britto MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(4): 329-36.

Donabedian A. *Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una antología*. Washington:

Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica, 534). 1992. *apud* Franco SC, Campos GW. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(4): 352-60.

Franco SC, Campos GW. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 1998a; 32(4): 352-60.

Franco SC, Campos GW. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública*. 1998b; 14(1): 61-70.

Franco TS, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2): 345-53.

Gomes R, Silva CMFP, Deslandes SF, Souza ER. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(4): 789-97.

Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM *et al*. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidades urbanas da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1994; 28 (2): 131-6.

Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIO CRUZ; 1997. 4v.

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). *O SUS pode ser o seu melhor plano*. São Paulo: Idec; 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.com.br>> Acesso em: 10 jul. 2003.

Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos, RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I- A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(3): 623-8.

Kozlowski FC. Relação entre o fator sócio econômico e a prevalência e severidade de fluorose e cárie dentária [dissertação]. Piracicaba (SP): FOP/UNICAMP; 2001.

Kotaka F, Pacheco MLR, Higaki Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(2): 171-7.

Manfredini MA. Planejamento em saúde bucal. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. v.3. p.50-63.

Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(2): 237-43.

Narvai PC. Saúde bucal: assistência ou atenção?. 1992. Disponível em: <http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/avsbuc.pdf> Acesso em: 20 set. 2003.

Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1994.

Narvai PC. Avaliações de ações de saúde bucal. 1996. Disponível em:
<http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/avsbuc.pdf>
Acesso em: 20 jul. 2003.

Nogueira RP. *Perspectiva da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualytimark; 1994.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(5): 547-59.

Nuto SS. *Avaliação cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe-CE: a voz e a vez do usuário* [dissertação]. Fortaleza (CE): FM/UFC; 1999.

Oliveira AGRC, Souza ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: *Odontologia Social: textos selecionados*. Natal: UFRN; 1998. Disponível em:
<http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/sal_bras.pdf>
Acesso em: 10 set. 2003.

Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Rev Ação Coletiva*. 1999; 2(1): 9-14.

Orenha ES, Eleutério D, Saliba NA. Organização do atendimento odontológico no serviço público: trabalho auxiliado, produtividade e ambiente físico. *Rev Odontol UNESP*. 1998; 27(1): 215-24.

Pereira AC, Moreira BHW. A utilização do auxiliar odontológico para o aumento da produtividade nos serviços públicos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1992; 46(5): 851-4.

Pereira AC, Hebling E, Meneghim MC, Moreira BHW. Extensão universitária; uma avaliação do estágio extra-muro desenvolvido pela FOP-UNICAMP. *Rev Clin Odontol*. 1995: 16-20.

Pereira MG. Qualidade dos serviços de saúde. In: Pereira MG. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. v. 24. p. 538-60.

Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos; 2000.

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande de Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1): 27-34.

REDE CEDROS. *O que fazer nos municípios*. Rio de Janeiro: Cedros; 1992. 15f. Cadernos de Saúde Bucal, 1.

Rocha HJ. *Como preparar a empresa para a qualidade total*. São Paulo: Sebrae; 1999.

Roncalli AG. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: uma contribuição ao estudo da universalidade, da equidade e da integralidade em saúde bucal coletiva* [tese]. Araçatuba (SP): FOA/UNESP; 2000.

Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, organizador.

Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. v.2. p.28-49.

Ruzany MH, Andrade CLT, Esteves MAP, Pina MF, Szwarcwald CL. Avaliação das condições de atendimento do programa de saúde do adolescente no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(3): 639-49.

Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(4): 741-51.

Saliba TA, Eleutério D, Saliba CA, Moimaz SAS. Trabalho odontológico auxiliado em serviços públicos e particulares. *RPG*. 1998; 5(3): 171-6.

São Paulo. Secretaria do Estado da Saúde. *Diretrizes para a política de saúde bucal do Estado de São Paulo*. São Paulo: A Secretaria; 1995.

Silva GGA, Egydio MVRM, Souza MC. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários ou consumidores? *Saúde em Debate*. 1999; 23(53): 37-42.

Terreri ALM. A contribuição dos sistemas de informação em saúde na reorganização do modelo municipal de saúde bucal [dissertação]. Araçatuba (SP): FOA/UNESP; 1999. Disponível em: <http://planeta.terra.com.br/saúde/angelonline/artigos/art_teses/terreri.pdf> Acesso em: 10 ago. 2003.

Terreri ALM, Roncalli AG. Utilização de Sistemas de Informações e de Bases de dados disponíveis na Internet para a recuperação de dados em saúde. 2000 Disponível em: <http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_teses/terreri.pdf> Acesso em: 05 set. 2003.

Travasso C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(2): 325-30.

Vázquez ML, Silva MRF, Campos ES, Arruda IKG, Diniz AS, Veras IL *et al*. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(2): 579-91.

Vieira S, Wada R. As sete ferramentas estatísticas para o controle da qualidade. Brasília: QA&T; 1994.

Watanabe MGC, Agostinho AM, Moreira A. Aspectos sócio-econômicos dos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-USP. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1997, 11(2): 147-51.


Xavier ALS, Duarte A, Mota AG, Chabregas CR, Coelho EO, Werneck HF *et al*. *Análise institucional da área de saúde com ênfase em saúde bucal do município de Osasco (SP)* [monografia]. São Paulo (SP): FSP/USP; 2000.

Zaicner R. *Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde* [dissertação]. São Paulo (SP): FSP/USP; 2001.

Zanetti CHG. *As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP; 1993.

Zanetti CHG, Lima, MAU, Ramos LC, Tenório MAB. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo nos SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*. 1996; (13): 18-35.

ANEXO 1




UNICAMP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

CERTIFICADO




Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "Avaliação qualitativa e quantitativa dos serviços em odontologia", sob o protocolo nº **118/2002**, do Pesquisador **Cristiana Tengan**, sob a responsabilidade do Prof. Dr. **Marcelo de Castro Meneghim**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FOP.


Piracicaba, 30 de maio de 2003

We certify that the research project with title "Quantitative and qualitative evaluation of different models of odontology attention", protocol nº **118/2002**, by Researcher **Cristiana Tengan**, responsibility by Prof. Dr. **Marcelo de Castro Meneghim**, is in agreement with the Resolution 196/96 from National Committee of Health/Health Department (BR) and was approved by the Ethical Committee in Research at the Piracicaba Dentistry School/UNICAMP (State University of Campinas).

Piracicaba, SP, Brazil, May 30 2003



Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalen
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP



Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PESQUISA

Título: Avaliação qualitativa da atenção odontológica em UBS

Pesquisadora: Cristiana Tengan

Local: Unidades básicas de saúde da cidade

Tipo de Estudo: Epidemiológico – avaliação

Introdução: Por favor, leia este termo cuidadosamente, pois as informações a seguir irão descrever esta pesquisa e sua função como participante. Caso tenha qualquer dúvida sobre este estudo ou termo, você deverá esclarecê-la com os pesquisadores responsáveis pelo trabalho.

Propósito: O objetivo principal desta pesquisa é avaliar a qualidade do serviço odontológico que está sendo oferecidos à população deste município, contribuindo para a melhoria do serviço público odontológico. Você deve decidir se deseja ou não colaborar com esta pesquisa, entendendo-a o suficiente para chegar a uma decisão consciente. Saiba que mesmo que não queira participar desta pesquisa, o tratamento odontológico será conduzido da mesma maneira.

Descrição do Estudo: Irão participar deste estudo os usuários (maiores de 21 anos de idade) da Unidade Básica de Saúde. Os usuários que concordarem em participar da pesquisa irão responder um questionário distribuído por uma cirurgiã-dentista, sendo que o usuário não será identificado e terá plena liberdade de expressão.

Informações: Os usuários têm garantia de que receberão respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca do questionário pertinente à pesquisa.

Garantia de Sigilo: Os dados na pesquisa têm finalidade exclusivamente científica, sendo assegurada total privacidade e sigilo. Os resultados deste projeto de pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicados em revista científica, porém, a identidade do voluntário não será divulgada nessas apresentações bem como a identidade dos profissionais envolvidos no serviço.

Desconforto e risco: este estudo não trará nenhum desconforto ou risco para a sua integridade física ou moral.

Benefícios: As informações obtidas e discutidas serão úteis para aperfeiçoar ou sugerir aprimoramentos no planejamento municipal de saúde bucal.

Métodos alternativos: não existe método alternativo.

Forma de acompanhamento e Garantia de esclarecimentos: é importante ressaltar que a todo o momento da pesquisa os participantes poderão esclarecer suas dúvidas quanto à realização do projeto com o pesquisador responsável.

Aspecto Legal: O projeto foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisas envolvendo seres humanos, atendendo à resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília-DF.

Ressarcimento e formas de indenização: toda a infra-estrutura necessária será dada ao participante para que ele não se sinta prejudicado de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Liberdade para recusar em participar da pesquisa: o participante tem a total liberdade para não permitir a utilização de suas respostas na pesquisa, sem sofrer qualquer constrangimento ou prejuízo.

Assistência: Se ainda houver qualquer dúvida você poderá receber mais esclarecimentos conversando com os pesquisadores responsáveis Dra. Cristiana Tengan, ou Profº Marcelo de Castro Meneghin (orientador), pelo telefone (19) 3412-5209, ou pela caixa postal 52; CEP: 13414-018 Piracicaba – SP. **A participação do indivíduo em qualquer tipo de pesquisa é voluntária.** Caso ainda haja a necessidade de maiores esclarecimentos quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP. Endereço – Av. Limeira, 901 – CEP/FOP – 13414-900 – Piracicaba – SP.

Eu, _____,
portador do RG nº _____ declaro estar ciente dos termos desta
pesquisa concordando em responder o questionário de satisfação do usuário.

Piracicaba, de _____ de 2003.

Assinatura: _____

ANEXO 3

DP - Acesso ao serviço X Mais dentista

7
16:56 Monday, September 23, 2002

The FREQ Procedure

Table of coluna by linha

coluna	linha			
Frequency,				
Percent				
Row Pct				
Col Pct				
		1,	2,	Total
1		46	2	48
		45.54	1.98	47.52
		95.83	4.17	
		54.76	11.76	
2		14	2	16
		13.86	1.98	15.84
		87.50	12.50	
		16.67	11.76	
3		4	7	11
		3.96	6.93	10.89
		36.36	63.64	
		4.76	41.18	
4		15	5	20
		14.85	4.95	19.80
		75.00	25.00	
		17.86	29.41	
5		5	1	6
		4.95	0.99	5.94
		83.33	16.67	
		5.95	5.88	
Total		84	17	101
		83.17	16.83	100.00

DP - Acesso ao serviço X Mais dentista

8
16:56 Monday, September 23, 2002

The FREQ Procedure

Statistics for Table of coluna by linha

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	23.8821	<.0001
Likelihood Ratio Chi-Square	4	20.5428	0.0004
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	7.8457	0.0051
Phi Coefficient		0.4863	
Contingency Coefficient		0.4373	
Cramer's V		0.4863	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Table Probability (P)	5.197E-07
Pr <= P	1.341E-04

Sample Size = 101

ANEXO 4

DP - Atendimento odontológico X Tratamento especializado 9
16:56 Monday, September 23, 2002

The FREQ Procedure

Table of coluna by linha

coluna	linha			
Frequency,				
Percent ,				
Row Pct ,				
Col Pct ,	1,	2,	Total	
1	83	9	92	
	82.18	8.91	91.09	
	90.22	9.78		
	91.21	90.00		
2	8	1	9	
	7.92	0.99	8.91	
	88.89	11.11		
	8.79	10.00		
Total	91	10	101	
	90.10	9.90	100.00	

DP - Atendimento odontológico X Tratamento especializado 10
16:56 Monday, September 23, 2002

The FREQ Procedure

Statistics for Table of coluna by linha

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.0162	0.8987
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.0157	0.9002
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0161	0.8992
Phi Coefficient		0.0127	
Contingency Coefficient		0.0127	
Cramer's V		0.0127	

WARNING: 25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	83
Left-sided Pr <= F	0.7823
Right-sided Pr >= F	0.6247

Table Probability (P)	0.4070
Two-sided Pr <= P	1.0000

Sample Size = 101