

**SAMARA CAROLLYNE MAFRA SOARES**

**“AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA:  
A PERSPECTIVA DO USUÁRIO”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRN como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Odontologia, área de concentração – Odontologia Preventiva e Social.

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Iris do Céu Clara Costa**

**Co-ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Socorro Costa Feitosa Alves**

Natal

2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Divisão de Serviços Técnicos  
Catalogação da Publicação na Fonte UFRN/Biblioteca Setorial de Odontologia

Soares, Samara Carollyne Mafra.

Avaliação da saúde bucal na atenção básica: A perspectiva do usuário / Samara Carollyne Mafra Soares. – Natal, RN, 2007.

111f.

Orientador: Íris do Céu Clara Costa

Co-orientador: Maria do Socorro Costa Feitosa Alves

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. Área de Concentração em Odontologia Preventiva e social.

1. Atenção básica a saúde – Dissertação. 2. Saúde bucal – Dissertação. 3. Qualidade da assistência à saúde, acesso e avaliação - Dissertação. 4. Satisfação do usuário – Dissertação. I. Costa, Íris do Céu Clara. II. Alves, Maria do Socorro Costa Feitosa. III. Título.

RN/UF/BSO

Black D 585

## AGRADECIMENTOS

No momento em que concluímos algo importante em nossas vidas logo vem à mente aqueles que foram fundamentais no nosso caminho e que muitas vezes atuaram como anjos, nos dando a mão e nos oferecendo apoio. Na conclusão dessa pesquisa não foi diferente. Muitos dizem ser essa uma tarefa árdua, principalmente por estarmos no fim de um trabalho extenso e cansativo, mas, pra mim, agradecer é por demais revigorante, pois eu sinto como se fosse uma constatação dos laços de amizades que consegui adquirir e do carinho destas pessoas para comigo. Espero não esquecer de ninguém que me auxiliou no desenvolver do trabalho e demonstrar minha real gratidão a todos.

Inicialmente à força superior e inteligência maior, que rege nossos caminhos e que não nos deixa desanimar.

Às minhas orientadoras, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Íris do Céu Clara Costa, por quem fui adotada como orientanda, obrigada pela sua clareza de idéias e pelo carinho da acolhida, saiba que vejo em você muito mais de que uma mestre a quem os passos são espelhos pra mim, vejo uma pessoa com um senso do que é ser humano e que põe em tudo que faz uma marca que é inegavelmente sua, a espontaneidade, e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Socorro Costa Feitosa Alves, que foi a primeira a depositar sua confiança em mim.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-graduação em Odontologia, os quais foram essenciais na construção dessa trajetória, em especial à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ângela que compartilhou de seus conhecimentos estatísticos e, ao Prof. Dr. Kênio Lima que teve importância fundamental no processo de construção e qualificação da pesquisa, de quem as competentes observações foram prontamente ouvidas e por quem tenho um carinho especial. Agradeço ainda ao Prof. Dr. Antônio Júnior pela ajuda na reconstrução do trabalho no processo de qualificação e pela presença em minha banca examinadora, é um honra tê-lo mais uma vez auxiliando essa pesquisa. A Sandrinha, secretária da Pós, pela solicitude sempre presente, inerente ao seu modo de ser.

Aos meus amigos de turma, pelos bons momentos de convivência. Em especial, aos amigos Gilmara, Irlane, Bianca, pela ajuda presencial no meu trabalho, e ao meu amigo Dyego, que dispensa qualquer comentário.

Agradeço aos que fazem a Secretaria de Saúde de Macaíba (RN), em especial às pessoas que me acolheram com solicitude e compreensão, Marília, Ângela (anjinha),

Elizabeth, Lisiane, aos dentistas Lidiane, Neto, Jane, aos agentes comunitário de saúde do PACS (Soledade, Juliana, Elisângela, Francisca, Fátima) e aos agentes das Unidades de cajazeiras, de Campo Santo e de Campo da Santa Cruz. Obrigada pela liberdade de ir e vir.

À Graziela Piuvezam, pelo apoio tanto no início, na construção do ante projeto como agora para finalização dos dados dos municípios por estar incluída na coordenação de saúde bucal do município.

À minha família que participou de forma direta na minha pesquisa, Vivianne, Victor, Ana Paula, Camilo, Arthur, Marcos e Marcelo, obrigado pela dedicação sob o sol, nas ruas e casas de farinha de Macaíba, minha gratidão é imensurável.

Aos meus pais pela dedicação no meu crescimento pessoal e intelectual, muitíssimo obrigada.

Sem vocês esses dois anos de mestrado não teriam tido motivos, agradecida a todos.

## RESUMO

A atenção básica em saúde é atualmente operacionalizada através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta é responsável pela reorganização e ordenamento dos serviços de saúde com vista a proporcionar um atendimento apropriado às necessidades da população. Sua expansão é expressiva em todo país e, a saúde bucal ao incorporar-se neste processo tem sido vista como uma possibilidade de mudança das práticas de saúde centrada na doença. Diante desta perspectiva, este trabalho tem por objetivo caracterizar o modelo assistencial de saúde bucal em nível local ou municipal, viabilizada através da percepção, avaliação e do grau de satisfação do principal interessado com o serviço prestado pelo setor público de saúde: o usuário. Para atingir tais objetivos escolheu-se, intencionalmente, o Município de Macaíba no Estado do Rio Grande do Norte, por questões operacionais, pelo tempo de implantação do ESF e sua alta cobertura. Para isto, utilizaram-se como instrumentos de coleta de informações, entrevistas estruturadas com questões fechadas e abertas e questionários de caracterização sócio-econômica direcionados a duzentos e setenta (270) indivíduos, sendo, esses, usuários do serviço de saúde bucal de Unidades Básicas de Saúde do Município (noventa usuários de um PSF Urbano, noventa de um PSF Rural e noventa de uma unidade não PSF). A análise dos dados foi realizada através do software SPSS/99, que possibilitou uma apreciação estatística e analítica. As unidades mostraram-se resolutivas não apresentando diferença estatisticamente significativa entre unidade não PSF e unidades PSF, e não estabeleceu uma relação direta com a satisfação geral. O sistema de referência e contra-referência não se encontra totalmente organizado e a forma de acesso na ESF não se apresenta definida, ocorrendo concomitância entre livre demanda e agendamento, estando esta última relacionada com maior satisfação. A forma de acesso ao tratamento odontológico das Unidades, a satisfação com o atendimento prestado pelo dentista e sua equipe, o número de dentistas suficientes para a comunidade e a classe social do usuário foi determinante para a satisfação geral destes com o serviço de saúde bucal. Por outro lado, variáveis como idade e escolaridade, resolução do problema e condições físicas da unidade não influenciaram a satisfação geral. Apesar dos avanços na implantação da saúde bucal na ESF pode-se verificar que, em certos pontos, atividades preventivas, visitas domiciliares, acesso e participação social reproduzem, ainda, o tradicional modelo de assistência, sinalizando um incipiente processo de mudança.

Palavras-chaves: Serviços de Saúde Pública, Odontologia, Avaliação dos Serviços, Qualidade, Satisfação do usuário.

## ABSTRACT

Nowadays, the basic attention in health works according to the Health Family Program (HFP), which is responsible for the organization of the health services with view to provide an appropriate attendance to the needs of the population. Its expansion is expressive in whole country and, the oral health, included in this process, has been seen as a possibility of change the health practices centered in the disease. In face of this perspective, the proposal of study is to discover possible changes in the health care model of oral health in a district, made possible through the perception, evaluation and degree of satisfaction of the user's health service. To reach such objectives, the district of Macaíba in the State of Rio Grande do Norte, was chosen for operational subjects, such as time of implantation of HFP and great covering of this program. The current research used interviews structured with objectives and subjective questions and questionnaires of socioeconomic characterization addressed to two hundred and seventy (270) individuals (ninety users of an Urban PSF, ninety of a Rural PSF and ninety of an unit non PSF). The analysis of the data was accomplished through the software SPSS/99, that made possible a statistical and analytic appreciation. The HFP units and non HFP units has shown to sort the common odontology problems of the community, and this didn't establish a direct relationship with the general satisfaction. On the other hands, the programmed consultation is related with lager satisfaction of the users. The access form to the odontology treatment of the Units, the satisfaction with the attendance rendered by the dentist and the equip, enough dentists for the community and the social class of the user were decisive for the general satisfaction with the service of oral health. On the other hand, variables as age and education, resolution of the problem and physical conditions of the unit didn't influence the general satisfaction. In spite of the progresses in the implantation of the oral health in ESF, preventive activities, visits at home, access and social participation still reproduce the traditional model of attendance, showing a primary change process.

Word-keys: Services of Public Health, Dentistry, Evaluation of the Services, Quality, the user's Satisfaction.

## LISTA DE FIGURAS E QUADRO

### FIGURAS

Figura 1 – Evolução da população coberta por equipes de Saúde da Família implantadas. BRASIL, 1994 – Fevereiro/2007. ....	29
Figura 2 – Meta e Evolução do número de equipes de Saúde da Família implantadas. BRASIL, 1994 – Fevereiro/2007. ....	29
Figura 3 – Distribuição da amostra estudada conforme escolaridade (frequência e percentagem). Macaíba, RN. 2006. ....	50
Figura 4 – Distribuição da amostra estudada conforme escolaridade (valores absolutos) de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN. 2006. ....	51
Figura 5 – Distribuição percentual da amostra estudada conforme classe social (Critério Brasil) de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN. 2006.....	51
Figura 6 – Distribuição da amostra estudada conforme estado civil (frequência e percentagem) de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN. 2006.....	52
Figura 7 – Porcentagem das categorias profissionais da população em estudo. Macaíba, RN, 2006.....	52
Figura 8 – Período de utilização da Unidade de saúde. Macaíba, RN, 2006. ....	53
Figura 9 – Motivo da última visita odontológica à Unidade de Saúde. Macaíba, 2006.....	54
Figura 10 – Motivo da última visita odontológica à Unidade de Saúde de acordo com o tipo de Unidade. Macaíba (valores absolutos), 2006.....	54
Figura 11 – Procedimentos odontológicos especializados (valores absolutos). Macaíba, RN, 2006. ....	63
Figura 12 – Destino final dos usuários que necessitaram de serviços odontológicos especializados (valores absolutos e relativos). Macaíba, RN, 2006.....	64
Figura 13 – Distribuição percentual do grau de satisfação com a forma de acesso ao serviço odontológico da Unidade de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN, 2006. ....	68
Figura 14 – Distribuição percentual do grau de satisfação com o atendimento dado pelo dentista e sua equipe de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN, 2006. ....	78

Figura 15 – Distribuição percentual de sugestões para melhorias do serviço de saúde bucal da unidade de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN, 2006. .... 88

## **QUADRO**

Quadro 1 – Categorias e principais subcategorias (frequência absoluta)..... 87

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra estudada conforme gênero (frequência e percentagem) de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN. 2006. ....	49
Tabela 2 - Distribuição da amostra estudada conforme idade (frequência e percentagem) de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN. 2006. ....	50
Tabela 3 – Período transcorrido desde a última utilização dos serviços odontológicos segundo tipo de Unidade de saúde. Macaíba, RN, 2006. ....	53
Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa da resolutividade da necessidade ou problema odontológico de acordo com o tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.....	56
Tabela 5 – Valores de $p$ para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a resolutividade da necessidade ou problema odontológico. Macaíba, RN. 2006.....	57
Tabela 6 – Cruzamento entre a variável resolutividade e as variável satisfação geral com o serviço de saúde bucal da unidade, valores absoluto e relativo e valor de $p$ . Macaíba, RN. 2006. ....	57
Tabela 7 – Frequência absoluta e relativa da procura de outros serviços odontológicos além dos da Unidade de Saúde quanto ao tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006. ....	58
Tabela 8 – Valores de $p$ para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a procura de outros serviços odontológicos além dos da Unidade de Saúde. Macaíba, RN. 2006. ....	59
Tabela 9 – Cruzamento entre a variável procura por outros serviços odontológicos e as variáveis: existência de dificuldades para o atendimento odontológico na unidade e resolutividade da necessidade ou problema, valores absoluto e relativo e valor de $p$ . Macaíba, RN. 2006.....	60
Tabela 10 – Frequência absoluta e relativa da necessidade de exames e/ou tratamentos especializados quanto ao tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.....	62
Tabela 11 – Valores de $p$ para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a necessidade de exames e/ou tratamentos especializados. Macaíba, RN. 2006. ....	62
Tabela 12 – Frequência absoluta e relativa da forma de acesso aos serviços odontológico da Unidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006. ....	66

Tabela 13 – Frequência absoluta e relativa e valor de $p$ da satisfação o acesso aos serviços odontológico da Unidade de acordo com a forma de acesso (agendamento ou fichas). Macaíba, RN, 2006. ....	67
Tabela 14 – Frequência absoluta e relativa da dificuldade de acesso aos serviços odontológico da Unidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006. ....	69
Tabela 15 – Valores de $p$ para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a dificuldade de acesso aos serviços odontológico da Unidade. Macaíba, RN. 2006.....	69
Tabela 16 – Frequência absoluta e relativa e valor de $p$ da dificuldade para o atendimento odontológico na Unidade de acordo com a forma de acesso (agendamento ou fichas). Macaíba, RN, 2006. ....	70
Tabela 17 – Frequência absoluta e relativa dos tipos de dificuldade para o atendimento aos serviços odontológico da Unidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006. ....	71
Tabela 18 – Frequência absoluta e relativa da dificuldade na acessibilidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006. ....	72
Tabela 19 – Valores de $p$ para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a dificuldade de acessibilidade à Unidade. Macaíba, RN. 2006. ....	72
Tabela 20 – Frequência absoluta e relativa da participação em atividades educativas desenvolvidas pelo dentista da Unidade de Saúde de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.....	74
Tabela 21 – Valores de $p$ para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a da participação em atividades educativas desenvolvidas pelo dentista da Unidade de Saúde. Macaíba, RN., 2006. ....	74
Tabela 22 – Frequência absoluta e relativa de visita domiciliar realizada pela equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006. ....	76
Tabela 23 – Valores de $p$ para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a de visita domiciliar realizada pela equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde. Macaíba, RN. 2006. ....	76
Tabela 24 – Frequência absoluta e relativa da satisfação com atendimento dado pela equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006. ....	77

Tabela 25 – Valores de $p$ para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a satisfação com atendimento dado pela equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde. Macaíba, RN. 2006.....	77
Tabela 26 – Frequência absoluta e relativa da satisfação com o número de dentistas para atendimento das necessidades de saúde bucal da comunidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.....	79
Tabela 27 – Valores de $p$ para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a satisfação com o número de dentistas para atendimento das necessidades de saúde bucal da comunidade. Macaíba, RN. 2006. ....	79
Tabela 28 – Frequência absoluta e relativa da satisfação com as condições físicas da Unidade de Saúde de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006. ....	80
Tabela 29 – Valores de $p$ para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a satisfação com as condições físicas da Unidade de Saúde. Macaíba, RN. 2006.....	81
Tabela 30 – Frequência absoluta e relativa da satisfação geral com o serviço de saúde bucal da Unidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006. ....	82
Tabela 31 – Frequência absoluta e relativa da satisfação geral com o serviço de saúde bucal da Unidade de acordo com a forma de acesso, a visita domiciliar, a satisfação com o atendimento e com as condições físicas da unidade, o número de dentistas, a resolubilidade do problema e a classe social, idade e escolaridade dos usuários. Macaíba, RN, 2006.....	83
Tabela 32 – Frequência absoluta e relativa da participação de usuários em reuniões que discutam os problemas de saúde da comunidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.....	84
Tabela 33 – Valores de $p$ para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a participação de usuários em reuniões que discutam os problemas de saúde da comunidade. Macaíba, RN. 2006.....	85
Tabela 34 – Frequência absoluta e relativa do conhecimento do Conselho Municipal de Saúde de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.....	86
Tabela 35 – Valores de $p$ para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo o conhecimento do Conselho Municipal de Saúde. Macaíba, RN. 2006. ....	86

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1. O contexto histórico da Saúde Bucal no Brasil.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2. Processo de criação do sistema único de saúde.....</b>	<b>21</b>
<b>2.3. A atenção básica na reorganização do sus.....</b>	<b>23</b>
<b>2.4. A estratégia Saúde da família atuando na reestruturação da atenção básica .....</b>	<b>26</b>
<b>2.5. Inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da família.....</b>	<b>29</b>
<b>2.6. A perspectiva do usuário.....</b>	<b>34</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1. Objetivo Geral.....</b>	<b>40</b>
<b>3.2. Objetivos Específicos .....</b>	<b>40</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>41</b>
<b>4.1. Aspectos éticos.....</b>	<b>42</b>
<b>4.2. Natureza do estudo .....</b>	<b>42</b>
<b>4.3. Campo de ação .....</b>	<b>42</b>
<b>4.4. Seleção dos entrevistados e tamanho da amostra .....</b>	<b>44</b>
<b>4.5. Estudo Piloto .....</b>	<b>45</b>
<b>4.6. Instrumentos de coleta de dados .....</b>	<b>46</b>
4.6.1. Caracterização Sócio-Econômica .....	46
4.6.2. Entrevista Estruturada Individual .....	46
<b>4.7. Análise dos dados.....</b>	<b>47</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>48</b>
<b>5.1. Caracterização da Amostra .....</b>	<b>49</b>
<b>5.2. Tempo de utilização da Unidade de Saúde.....</b>	<b>52</b>
<b>5.3. Procura de outros serviços odontológicos .....</b>	<b>58</b>
<b>5.4. Referência x Contra-Referência.....</b>	<b>60</b>
<b>5.5. Acesso.....</b>	<b>64</b>
<b>5.6. Acessibilidade geográfica .....</b>	<b>71</b>
<b>5.7. Atividades educativas e visita domiciliar.....</b>	<b>73</b>

<b>5.8. Satisfação do usuário.....</b>	<b>76</b>
<b>5.9. Satisfação geral .....</b>	<b>81</b>
<b>5.10. Participação social .....</b>	<b>84</b>
<b>5.11. Pontos positivos e negativos .....</b>	<b>87</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>89</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>92</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>100</b>



# 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica em Saúde surgiu na tentativa de organizar e ordenar os recursos de saúde para que atendam de forma apropriada às necessidades de suas populações. Nessa perspectiva ela passou a ser encarada como a *porta de entrada* para o sistema, pilar dessa estruturação, com tendência a superar visões mais restritas. Na década de 1990 o Programa Saúde da Família (PSF), é idealizado como estratégia para a reorganização dessa Atenção Básica nos municípios, produzindo mudanças no processo de trabalho - introduzindo vínculo, responsabilização e humanização no atendimento, possibilitando o trabalho em equipe – e resultados com impacto epidemiológico.

Entendendo a saúde bucal como parte integrante desse processo, a sua incorporação no PSF, oficialmente desde 2001, tem sido vista como possibilidade de mudança nas práticas de saúde centradas na doença. A expressividade com que a incorporação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF tem se expandido, em todo o país, bem como o fato de o Programa ter se tornado especialmente na saúde bucal a principal maneira de organização dos recursos físicos, humanos, tecnológicos para responder às necessidades da população, além da possibilidade de reorganizar as ações a partir da concepção ampla do processo saúde-doença, baseado na promoção, prevenção e assistência à saúde, deixa claro que o PSF ampliou o seu conceito para uma estratégia de mudança no modelo de atenção e que se consolida como um caminho sem volta dentro do sistema público de saúde <sup>65</sup>.

Entretanto, apesar dessa expressiva incorporação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF e de sua rápida expansão, é preciso questionar se realmente está ocorrendo mudança no modelo assistencial em saúde bucal no nível local, o município, e, portanto ruptura com esses modelos excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo.

Uma das maneiras de se analisar as mudanças e a qualidade da atenção à saúde é através da percepção, avaliação e do grau de satisfação do principal interessado pelo serviço prestado pelo setor público de saúde, o usuário.

Nesse sentido, há consenso na literatura sobre o tema, quanto à importância do papel do usuário/consumidor na avaliação da qualidade dos serviços de saúde <sup>37</sup>. A obtenção de informações acerca da satisfação ou da insatisfação dos usuários, e as razões que levaram a uma ou a outra, são elementos essenciais para orientar qualquer ação na direção da garantia da qualidade. Os usuários podem ainda servir de fonte primária de informações, quando relatam suas experiências na obtenção do acesso ao tratamento, como se sentem física e emocionalmente em relação aos seus problemas de saúde, além de fornecerem informações relacionadas ao processo técnico do tratamento.

Aliado a esse questionamento, na saúde bucal observa-se a existência de poucos estudos na área de avaliação da qualidade, os quais se restringem à avaliação quantitativa, restando escassas informações, que utilizem o ponto de vista do usuário, sobre resolutividade e satisfação dos pacientes <sup>69</sup>.

É crescente a importância do reconhecimento técnico sobre a perspectiva do usuário quando se aborda a qualidade de serviços de saúde. O seu papel como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço e, aproximam os dois lados do processo <sup>55,56</sup>. Sendo assim, essa pesquisa também nasce do intuito de reforçar a importância desse componente tanto nos processos avaliativos como no processo de planejamento dos serviços e ações de saúde, ilustrando a tendência crescente de incluir o usuário-cidadão na agenda política e da saúde.

Diante desse panorama e na perspectiva de que grandes investimentos estão sendo direcionados para essa Estratégia de Saúde Pública e pautados no entendimento de que a participação do cliente no processo de avaliação se constitui num valioso “feedback”, resgata-se a necessidade de avaliação dos serviços e ações desenvolvidos pelo Saúde da Família, também a partir da visão do usuário

Propõe-se essa perspectiva ao se considerar que a avaliação compartilhada é um instrumento dinâmico de transformação, uma vez que se constitui em um processo capaz de abrigar as vozes dos diferentes atores sociais envolvidos. Portanto, é fundamental conhecer como os usuários avaliam as ações e serviços a eles prestados, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento <sup>5</sup>.

O interesse pela problemática da saúde bucal no PSF, surgiu da seguinte pergunta: o PSF está realmente conseguindo promover as mudanças nos modelos assistenciais em saúde bucal e atender aos princípios doutrinários e organizativos do SUS?

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**



## 2.1. O CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL

As práticas sanitárias são produtos finais da forma como o Estado responde, por meio de ações na área da saúde, às mudanças sociais, às necessidades e aos problemas de saúde da população. Sendo assim, o campo da saúde molda-se aos contextos sócio-político-econômico-culturais de cada época<sup>52</sup>. O panorama do início do século XX reflete bem essa afirmação. Com a Proclamação da República no Brasil, em 1889, se inaugura um padrão de articulação da formação social brasileira com sociedades capitalistas avançadas, no qual se reforça a economia exportadora capitalista do café e, paralelamente, a necessidade de políticas públicas orientadas para a preservação da força de trabalho.

Nesse contexto, foram desenvolvidas atividades de campanhas sanitárias, polícia sanitária e saneamento ambiental, com o objetivo de controle das principais epidemias urbanas, como varíola, febre amarela, febre tifóide, para o desenvolvimento dos principais centros de exportação e comércio do País<sup>28,44</sup>.

Na realidade, ao contrário de proteger a totalidade dos habitantes do país ou recuperar a saúde dos homens, a organização sanitária foi, basicamente, utilitária, baseada na consolidação da inserção da economia brasileira no quadro do capitalismo mundial<sup>21</sup>. A saúde pública, então, instrumentaliza-se para combater os entraves que certas enfermidades apresentavam ao desenvolvimento da produção.

Sendo assim, em meados de 1920, com o desenvolvimento da República Nova e do processo de industrialização e urbanização no Brasil, altera-se o foco das Políticas Públicas.

Inicia-se um processo social de mudança no qual a organização sanitária centrada no saneamento do espaço de circulação das mercadorias, por meio de medidas vacinais em massa, antes voltada para viabilizar a base econômica agroexportadora, passa a caracterizar-se como uma Saúde Pública com a atenção voltada ao indivíduo, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva, força motriz da então atual economia industrial<sup>42</sup>.

No período pós-segunda guerra mundial, com o fortalecimento dos movimentos sociais, surge o *welfare state*, estado do bem-estar, em que os países capitalistas começam a enxergar a necessidade de intervenção nos principais problemas sociais: saúde, educação, moradia etc., como medida de combate à ascensão socialista<sup>49</sup>.

A reboque desse fato, juntamente com o desenvolvimento da Medicina social, alguns setores odontológicos iniciaram a contra-hegemonia à prática liberal, privada, elitista, tecnicista e mutiladora, desenvolvendo um movimento a favor da saúde e do público <sup>49</sup>.

Até então, a Odontologia só havia se organizado no setor privado para o mercado e, a partir dessa concepção, surge a intervenção do Estado nos problemas de saúde bucal e o assalariamento de profissionais.

Assim, fazendo-se um retrospecto das políticas de saúde bucal vimos surgir, na década de cinquenta, a **Odontologia Sanitária**, movimento que definiu como uma disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral, sob a responsabilidade do *dentista sanitaria* devendo este ser capaz de manter sempre uma proporção entre as atividades desenvolvidas nas várias áreas da saúde pública e a importância relativa dos problemas. A saúde oral da comunidade, que pode ser uma cidade ou parte dela, um estado, região ou país, é o seu objeto. Por mais extensa e complexa que seja, em última análise, a comunidade local será o extremo da cadeia, o ponto de aplicação dos benefícios de um programa <sup>47</sup>.

O autor enfatiza que esta odontologia não deve ser confundida com prevenção, limitada à assistência a grupos específicos, pois, “... a odontologia sanitária é trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições possíveis de saúde oral”.

As primeiras atividades programáticas odontológicas produzidas no setor público se iniciaram na década de 50, na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, na Escola de Saúde Pública da USP e no Serviço Especial de Saúde Pública – SESP <sup>28,77</sup>.

O sistema incremental foi então, a primeira iniciativa organizada de atenção pública, em que uma determinada população (escolares de sete à catorze anos) recebia completo atendimento dental, eliminando suas necessidades acumuladas e em seguida mantendo-os sob controle <sup>55</sup>. Para isso, se constituía em uma fase preventiva, com a fluoretação de águas ou a aplicação tópica de flúor e, uma fase curativa que reduzia as necessidades acumuladas. Esse sistema de atendimento odontológico à população foi idealizado e iniciado nos Estados Unidos da América e, implantado no Brasil em 1952 nas cidades de Aimorés (MG) e Baixo Guandu (ES) <sup>18</sup>.

No setor odontológico, a prática da Fundação SESP, Sistema Incremental Tradicional de Aimorés (MG), e fluoretação das águas de abastecimento público em Baixo Guandu

influenciaram o movimento sanitário em razão da longevidade e do caráter matricial, tornando-se hegemônica nos serviços públicos, e denominada de Odontologia Científica Escolar Sespiana<sup>48,77</sup>.

A partir dos anos 60-70, concomitantemente a Odontologia Sanitária surge a **Odontologia Preventiva**, com grande impacto em todo o mundo, e propiciando a criação de disciplinas específicas sobre esse tema para o currículo da odontologia. Apesar disso, sempre existiu uma dicotomia entre o preventivo e o curativo, fazendo com que a Odontologia Preventiva fosse mais uma fragmentação de todo processo de ensino-aprendizagem das faculdades. Neste aspecto, a forma que se abordou a prevenção em odontologia, de forma isolada, constitui-se num verdadeiro paradoxo, já que a prevenção em saúde deve ser vista como sinônimo de integração, integração de ações, de recursos, de esforços e com fundamentação social<sup>29</sup>.

Um dos nós críticos desse movimento consistia no fato das ações propostas estarem fundamentadas na compreensão do processo saúde-doença com base científica na ‘história natural das doenças’ proposto por John Ryle, em 1936 sem, portanto, incluir o contexto social de forma simultânea e integral, sem envolver o homem e suas relações, mas apenas vendo-o como um ser estático, e assim reproduzindo uma prática biológico-curativista<sup>48</sup>.

Nos anos 70 uma nova expressão passa a ser utilizada no cenário brasileiro, a Odontologia simplificada. Propondo-se como uma odontologia “alternativa”, tem sua prática fundamentada na padronização, diminuição de passos e eliminação do supérfluo, com vistas a tornar mais simples e baratos os procedimentos, sem alterar a qualidade. Mendes e Marcos (1984)<sup>41</sup> afirmam que o enfoque da odontologia simplificada é bastante limitado, uma vez que não se questiona o modelo de prática hegemônico, a odontologia científica ou flexneriana, não pretendendo, portanto, uma mudança qualitativa da prática profissional.

A Odontologia simplificada também é chamada de Odontologia Comunitária, e é reflexo da medicina comunitária, as quais são em sua origem, destinadas às classes sociais marginalizadas, das áreas rurais e da periferia urbana, e atuam como opções à empresarial e à pública, executadas por agências voluntárias ou órgãos estatais e escolas médicas<sup>48</sup>.

Ao introduzir o pessoal auxiliar com função ampliada, equipamentos menos sofisticados, redimensionamento do espaço físico e desmonopólio do ato odontológico, a Odontologia Simplificada introduziu assim a concepção fordista e taylorista à prática odontológica artesanal<sup>43,48</sup>.

Caracterizando-se como um novo modelo, substitutivo da prática científica surge a chamada **Odontologia Integral**, que possui como elementos básicos o coletivismo, o objeto da prática odontológica é coletivo; ênfase numa atitude preventiva, como meio essencial de preservação da saúde e integração das atividades promocionais, preventivas e curativas; a simplificação e adequação de atos, técnicas, equipamentos, materiais e sistemas de trabalho; a desmonopolização do saber e do fazer através da educação, instrução e repasse do conhecimento à sociedade; descentralização da atenção e universalização do acesso através dos níveis de atenção; tecnologia apropriada ao nível de atenção adequado, a um custo social mínimo; inclusão de técnicas alternativas em diálogo com o discurso popular; equipe de saúde, em que as funções são distribuídas por diversos tipos de recursos humanos, profissional ou da própria comunidade; participação comunitária <sup>42,48,77</sup>.

Apesar dos avanços alcançados pela Odontologia simplificada e a Odontologia integral, o redimensionamento do espaço físico, introdução do conceito de risco, implementação de procedimentos profiláticos e afirmação da necessidade de participação popular, elas não conseguiram romper com o modelo de programação sespiano, demonstrando poucas modificações da sanitária/social e pouco alcance coletivo.

Werneck (1994) <sup>76</sup> afirma que, o Sistema Incremental, em suas várias versões, a Odontologia Simplificada, a Odontologia Integral, os programas baseados na prevenção, não conseguiram fugir da limitação que suas próprias práticas lhes impuseram, não universalizaram o acesso, pois, só conseguiram algum nível de organização quando dirigidos a parcelas limitadas da população.

Com propostas que vão de encontro à hegemonia da odontologia de mercado vimos surgir, no final dos anos oitenta, o termo **Saúde Bucal Coletiva**. A saúde bucal coletiva tem o intuito de trazer para a odontologia o desafio de abraçar suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral, aspectos estes, fundamentais no campo da saúde <sup>68</sup>.

Botazzo (citado por Narvai, 2002 p. 104) <sup>47</sup> ao analisar o processo saúde-doença na prática odontológica afirma que:

enquanto projeto histórico, o objeto de trabalho da saúde bucal coletiva não é o mesmo da prática odontológica, tendo esta última, como seu objeto de trabalho, a boca (corpo biológico) para o qual se organizam tecnologias que visam estabelecer o equilíbrio funcional do indivíduo. Já a saúde bucal coletiva deve direcionar-se para o social como o lugar de produção das doenças bucais e aí buscar tecnologias que visem não a 'cura' do paciente, mas sim a diminuição e o controle sobre os processos mórbidos tomados em sua dimensão coletiva.

Em suma, analisando-se a evolução das práticas odontológicas, caracterizando as principais correntes e o momento histórico em que surgiram, observa-se que a Odontologia conseguiu manter-se como um sub-setor, "à parte" no setor saúde, reproduzindo, nos serviços públicos, o modelo predominante da prática liberal da profissão.

## **2.2. PROCESSO DE CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Sucintamente, no decorrer do século XX, o Brasil foi palco de duas modalidades de assistência. Uma o modelo previdenciário, ou modelo médico assistencial-privatista <sup>41</sup>, fundamentado na medicina flexineriana e embasado no paradigma cartesiano voltado para ações curativas-assistenciais direcionadas a trabalhadores contribuintes da Previdência Social e sob responsabilidade desta. E outra, o modelo campanhista (sanitarismo campanhista) caracterizado por práticas autoritárias de controle de endemias, vacinação entre outras ações preventivas, voltadas para as camadas mais pobres da população e sob responsabilidade do Ministério da Saúde <sup>41,63</sup>.

Portanto, os modelos assistenciais no Brasil se caracterizavam pela forte dicotomia curativo-preventivo nas ações de saúde, onde o sistema previdenciário se encarregava das ações curativas e a Saúde Pública preocupava-se com as ações de caráter preventivo <sup>65</sup>. Em resumo o modelo de atenção encontrava-se voltado para a demanda espontânea ou para necessidades de saúde, como campanhas e programas especiais em saúde pública, constituindo-se como excludente e mercantil.

A assistência odontológica pública no Brasil não fugia a essa regra, como já anteriormente citado, e entre os anos 50 e fins dos anos 80 era caracterizada pelo fato de ser um modelo predominante de assistência a escolares (na maioria das vezes, com Sistema Incremental) e, para o restante da população, a assistência se dava de forma pulverizada entre as diversas instituições, entre elas as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas <sup>48,77,78</sup>. Sendo assim esse modelo médico hegemônico, altamente eficiente na elevação dos gastos, se mostrava insuficiente quanto ao impacto na melhoria da qualidade de vida e saúde da população e otimização dos serviços.

Concomitante a essa situação, grande crise de caráter social, política, e econômica é vivenciada pela sociedade, o que impulsiona o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, de caráter social e liderado por profissionais de saúde e por intelectuais na área da saúde

coletiva, a qual objetivava entre outras coisas mudanças nesse modelo de assistência e possibilitava o debate de um conceito ampliado de saúde <sup>24</sup>.

Frente ao esgotamento desse modelo assistencial hegemônico, surgem várias propostas alternativas que culminam com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1989) <sup>75</sup>, a qual cria o alicerce para a reestruturação do Sistema de Saúde Brasileiro. Com efeito, a saúde foi institucionalizada como direitos de todos e dever do Estado na Carta Magna de 1988, que em seu artigo 196 diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que vissem a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Reforma Sanitária foi vista como a primeira experiência brasileira de uma política social universalizante, em que se “configura uma ruptura pioneira do padrão de intervenção estatal no campo social, moldado na década de 30 e desde então intocado em seus traços essenciais”, e traz para o debate público a noção de direito universal à saúde como atributo de cidadania e não como concessão por mérito laboral. A noção do direito coloca como contrapartida a responsabilidade do Estado na implementação de políticas sociais e na oferta de ações e serviços que visem assegurá-lo <sup>26</sup>.

A partir de então, estava criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que teve início em 1988, e que se encontra em construção até os dias atuais.

Através da Lei Orgânica da Saúde, constituída pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990, regulamentam-se juridicamente o SUS sob a responsabilidade do Estado, pela atenção à saúde da população.

Esse sistema de saúde traz em seu arcabouço teórico, determinados princípios que orientam a sua forma de funcionamento, são eles os princípios organizativos, e os doutrinários que dizem respeito às idéias filosóficas e permeiam a implementação do sistema com bases no conceito ampliado à saúde e no princípio do direito à saúde <sup>58</sup>. Sendo assim, o SUS se orienta pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção à saúde e se organiza com base nas diretrizes da descentralização, da regionalização e da participação da comunidade <sup>9</sup>.

No plano jurídico foi possível criar oportunidades para que os municípios dinamizassem as ações em saúde, fazendo emergir propostas de mudanças que pudessem na prática, romper com o modelo tradicional de assistência. A possibilidade de universalizar o acesso em saúde e de promover uma política de saúde equânime e integral tem demonstrado

as limitações desse modelo assistencial em saúde excludente, centrado em ações de caráter eminentemente curativo e sem participação popular nas arenas decisórias <sup>65</sup>.

As propostas de mudanças no plano organizacional propõe a descentralização do sistema, com a fixação das diretrizes pelas esferas do governo (federal, estadual e municipal); o atendimento integral, que compatibilize as atividades de promoção prevenção e assistência; a hierarquização, com as ações oferecidas por grau de complexidade (primário, secundário e terciário), implicando também o funcionamento de um sistema de referência e contra-referência; e a participação da comunidade, entendida como controle social <sup>1</sup>.

No plano da humanização dos serviços é proposto a universalização do acesso, a equidade na assistência, a resolutividade, uma relação profissional/paciente centrada em novas bases e a prestação de serviços através do modelo de promoção à saúde, que deve contemplar a vigilância à saúde e o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações <sup>38</sup>.

Após a implantação do SUS, várias propostas e programas (Modelo em Defesa da Vida, Cidades Saudáveis, Ações Programáticas em Saúde) surgiram na tentativa de operacionalizar seus princípios doutrinários e organizativos nos modelos assistenciais em saúde. Dentro dessa perspectiva, para organizar e ordenar os recursos de saúde com finalidade de atender de maneira apropriada às necessidades de suas populações, eis que surge o PSF com a proposta de reestruturação da atenção básica em saúde.

### **2.3. A ATENÇÃO BÁSICA NA REORGANIZAÇÃO DO SUS**

A Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, pela OMS e UNICEF representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental. Através da declaração “Saúde para todos no ano 2000”, ficou estabelecido a importância dos governos de todo o mundo de se preocuparem e se comprometerem com a saúde dos indivíduos para uma melhor qualidade de vida social e econômica <sup>66</sup>.

A partir de tais iniciativas é que passou a considerar a importância de melhor organizar os serviços para o atendimento de uma maior parcela da população, surge assim, os princípios da Atenção Primária à Saúde, que em reunião Assembléia Mundial de Saúde, foi definida como atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, acessíveis a indivíduos e famílias a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar. Ela deve ser parte integral do sistema

de saúde do país, e representar o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde <sup>51</sup>.

No transcorrer do tempo e com o desenvolvimento do SUS, este referencial parece perder gradativamente sua potência sendo, cada vez mais, substituído pela concepção da Atenção Básica à Saúde e, em meados da década de 1990, com a implantação do PSF e dos incentivos financeiros específicos dirigidos aos municípios, em especial o Piso da Atenção Básica em 1998 que resultou no fortalecimento da Atenção Básica e do PSF no âmbito municipal, percebe-se uma intensificação deste movimento <sup>32</sup>.

A reorganização da lógica assistencial do SUS, a partir da atenção básica, difere da atenção primária centrada na assistência de baixo custo, simplificada e com o número reduzido de equipamentos (Medina e cols., 2000). A atenção básica funciona, ou deveria funcionar, neste contexto, como porta de entrada do sistema. Todavia, restringi-la a uma via de acesso ao sistema é como negar ou, ainda, deixar de perceber a complexidade que encerra <sup>39</sup>.

A atenção básica é, pois, segundo os autores citados, não apenas a entrada de um complexo sistema, estruturado em diferentes níveis (organizados segundo o grau de complexidade do serviço oferecido e que se comunicam entre si através de mecanismos de referência e contra-referência). Ela é quem incorpora uma perspectiva mais ampla que abrange, além do tratamento da doença, as próprias condições de vida do sujeito e o contexto social de manifestação da doença, extrapolando a intervenção curativa individual <sup>39,40</sup>.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Atenção Básica tem como fundamentos <sup>11</sup>.

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Segundo Narvai (1992)<sup>48</sup>, a atenção básica constitui-se em ações básicas nos campos da promoção, prevenção e assistência individual e a prestação de serviços necessários à resolução dos problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade. Concretiza-se como porta de entrada do SUS e, seus diferentes níveis da atenção decorrem da racionalização do trabalho com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Sabe-se que não são necessários certos equipamentos ou certos especialistas em todos os lugares. Mas todas as pessoas de todos os lugares devem ter acesso aos recursos que necessitam, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismo de referência e contra-referência, através do qual usuários são encaminhados (referência) de uma unidade de saúde para outra, em geral de níveis de atenção diferentes. Uma vez realizado o atendimento o usuário é encaminhado de volta (contra-referência) para a unidade de saúde de origem.

O fato da Unidade Básica de Saúde ser a porta de entrada do SUS não significa que é um lugar de entrada por onde as pessoas simplesmente passam em direção a outros níveis de atenção. Pelo contrário, em sistemas locais de saúde bem organizados e dirigidos, a rede básica é responsável pela resolução de mais de 70% dos problemas de saúde-doença das pessoas que procuram o SUS, desenvolvendo uma série de ações com o objetivo de evitar o aparecimento de doenças na comunidade. O trabalho na rede básica é dos mais complexos na medida em que para seu bom planejamento, execução e obtenção de resultados satisfatórios, faz-se necessário o domínio e aplicação de conhecimentos de várias áreas do campo das ciências sociais, combinando-os com os conhecimentos biológicos<sup>48</sup>.

## 2.4. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ATUANDO NA RESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica tem sido encarada como pilar reestruturante do modelo assistencial de saúde e como uma tentativa de possibilitar a consolidação do SUS. Nesse contexto, o Programa saúde Família é idealizado com o intuito de reorganizá-la, operacionalizando e financiando ações que assegurem uma rede de atenção básica que se mostre resolutiva, que assegure a integralidade das ações mesclando o individual e o coletivo, as ações de promoção, prevenção e reabilitação e que esteja articulada com os demais níveis de atenção <sup>10</sup>.

Os antecedentes do Programa de Saúde da Família datam da formulação pelo Ministério da Saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, em 1991, pois foi a partir deste programa que se começou a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo, se introduziu a noção de área de cobertura (por família) e uma visão ativa de intervenção em saúde de maneira preventiva. Inicialmente o PACS tinha por finalidade a redução da mortalidade infantil e materna, porém, percebeu-se que esses agentes poderiam ser ainda peças importantes para a organização do serviço básico de saúde, auxiliando assim na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde. A consolidação do PACS ocorre em março de 1994 com a inserção do seu mecanismo de financiamento no pagamento por procedimentos operado pelo SUS, na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS <sup>74</sup>.

O PACS obteve resultados favoráveis que impulsionaram a expansão do programa a outros profissionais e a operacionalização da rede básica.

Inserido nesse cenário, ao final do ano de 1993 durante uma reunião sob o tema Saúde da Família acontecida em Brasília, foi concebido o Programa Saúde da Família (PSF). A prioridade de implantação do programa foi determinada pelo Mapa da Fome do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) obedecendo aos seguintes fatores: interesse da comunidade; necessidades locais de saúde; oferta de serviços; estudo da demanda; existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal <sup>74</sup>.

Em 1994, o Ministério da Saúde apresenta o PSF, no sentido de reorganizar e fortalecer a atenção básica, entendido como instrumento de reorganização do SUS. De acordo com a publicação oficial do Ministério da Saúde, onde é explicitado os princípios do programa, observa-se que o PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS <sup>8,51</sup>.

Dessa forma o PSF é visto como um desafio de desenvolver um novo modelo de atenção à saúde, operando ações congregadas, que permitissem novos e consistentes avanços no SUS e melhoria qualitativa na atenção à saúde <sup>10</sup>.

O objetivo central do programa é a reorientação da prática assistencial, em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional, centrado na assistência curativa e hospitalar, com visão fragmentada e biologicista.

Na intenção de fazer cumprir o desafio, o programa se configura numa estratégia que privilegia as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes de forma integral e contínua. A atenção deve estar voltada para a família, percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que permite uma compreensão mais abrangente do processo saúde-doença. Em nível de operacionalização, o PSF tem sua base na unidade de Saúde da Família sediada numa Unidade Básica de Saúde, a qual tem como princípios <sup>7</sup>:

**Caráter substitutivo:** Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;

**Integralidade e Hierarquização:** A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurado a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

**Territorialização e adscrição da clientela:** trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.

**Equipe multiprofissional:** A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe - numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas.

Ao ser iniciado, o programa era viabilizado por convênios, com financiamento fechado e sem garantia de continuidade, visto como um programa vertical da Fundação Nacional de Saúde <sup>14</sup>. Em 1995 o Programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e no ano seguinte já estava em vigor o sistema de financiamento a partir da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Esta transferência significou um rompimento com a idéia de programa vertical, e apontou uma mudança na importância do programa dentro do Ministério e para um outro tipo de institucionalização do PSF <sup>74</sup>.

O PSF em si suscitou evidências que demonstraram a deficiência nessa forma de transferência de recursos, pois se observou que certas atividades, como as ações de promoção de saúde, são melhor desenvolvidas através do pagamento per capita ao invés do financiamento por produção de serviços, única e exclusiva forma de pagamento até então. Nesse sentido, o programa serviu com mola propulsora para as mudanças propostas pela NOB SUS 01/96<sup>6</sup>, na qual era criado um instrumento de transferências de recursos seguindo critérios de capitação, o PAB (Piso da Atenção Básica)<sup>74</sup>.

Além dessa nova forma de remuneração, baseada numa parte fixa e relacionada com o porte populacional, os repasses passaram a ocorrer diretamente do governo federal para os municípios (fundo a fundo) e uma parte variável desse PAB passou a incentivar a implantação e implementação de programas como o PACS e o PSF<sup>6</sup>.

Sendo assim, esse instrumento de mudança foi vital no processo de descentralização, por possibilitar maior autonomia dos municípios. Ademais, os dois processos (o da implementação e o da criação do NOB 96) se inter cruzam, e produzem efeitos sinérgicos, fazendo parte do processo de expansão incremental do SUS<sup>74</sup>.

Um outro fator que proporcionou uma maior expansão do PSF foi o fato dele ter sido incorporado ao Projeto REFORSUS (Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde). O projeto foi fruto de um empréstimo feito junto ao Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento, o qual visava reforçar a rede de saúde pública e ampliar os serviços de saúde à população brasileira, às expensas do estímulo à expansão do PSF e ainda através da criação de pólos de capacitação<sup>12,74</sup>.

O fato é que, após o estabelecimento de tais incentivos, o Programa se expandiu rapidamente por todo o território nacional com a promessa de mudança do modelo assistencial<sup>65,74</sup>. Essa expansão torna-se visível ao se observar a evolução numérica do programa, como número de famílias cadastradas e número de unidades de saúde da família<sup>13</sup> (Figura 1 e Figura 2).

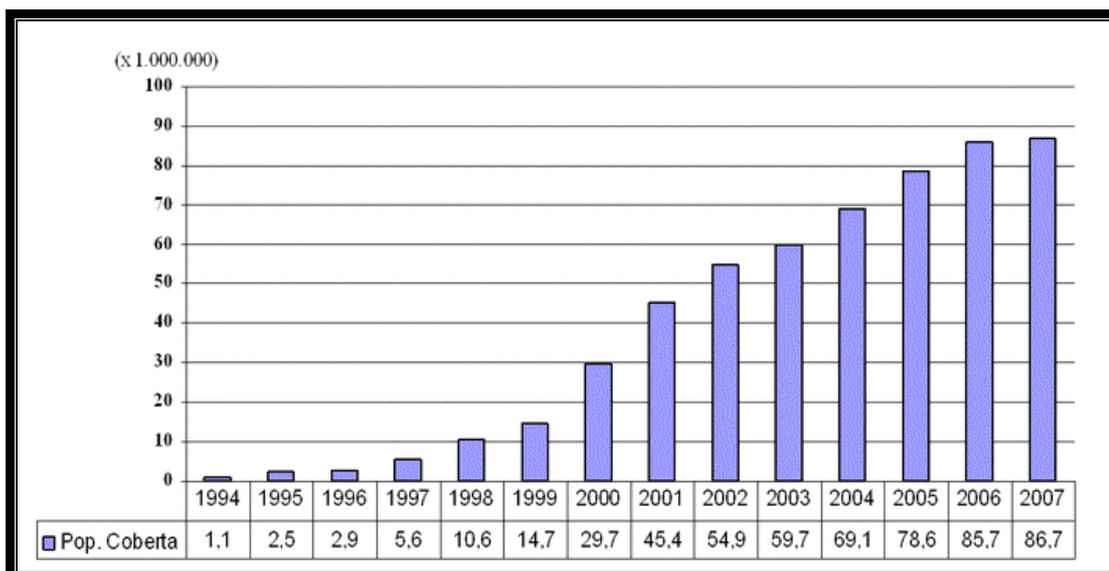


Figura 1 – Evolução da população coberta por equipes de Saúde da Família implantadas. BRASIL, 1994 – Fevereiro/2007.

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

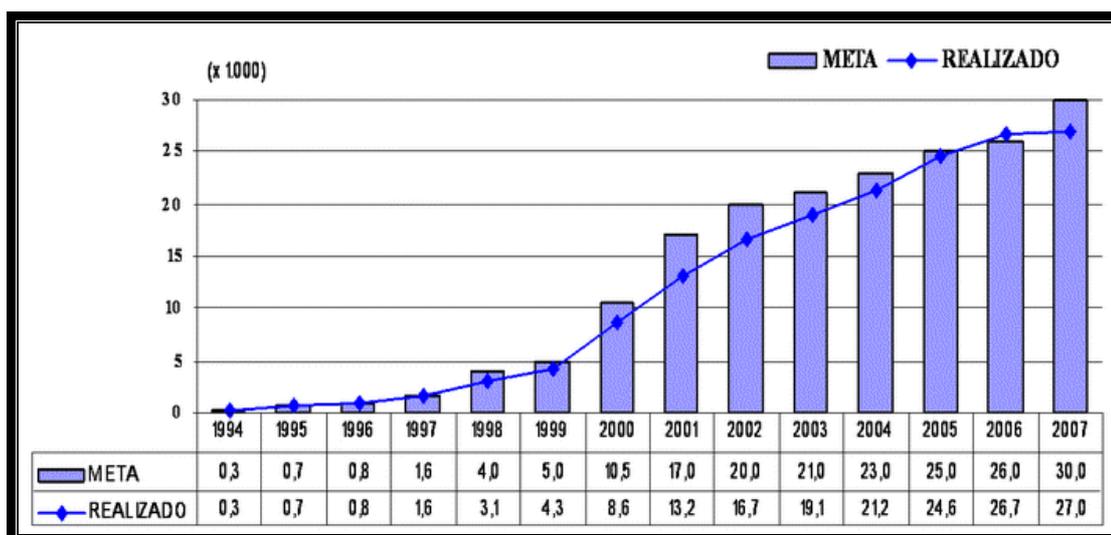


Figura 2 – Meta e Evolução do número de equipes de Saúde da Família implantadas. BRASIL, 1994 – Fevereiro/2007.

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

## 2.5. INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os modelos assistenciais em Saúde Bucal no Brasil foram marcadamente estruturados de forma verticalizada, tendo como enfoque as atividades junto aos escolares e ao atendimento à livre demanda em unidades de saúde, e enfatizando a intervenção clínica e individual realizada no âmbito de consultório odontológico<sup>50</sup>. Esses modelos têm sofrido sérias críticas, entre outras coisas em virtude de sua baixa cobertura e por centrar-se em ações

eminentemente curativas, mas acima de tudo por apresentar-se com reduzido potencial a superar os principais agravos à saúde bucal da população brasileira.

Os anos 80 e 90 foram marcantes para a saúde bucal, a oferta dos serviços de saúde bucal sofreu um processo de crescimento significativo, resultado dos movimentos institucionais precursores do SUS. Destaca-se a caracterização da saúde bucal como atenção básica à saúde, conferida pelas Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>78</sup>. Segundo o mesmo autor, é ainda nesse período que se iniciam as primeiras discussões a respeito da inclusão de outras categorias profissionais no PSF.

No início da década de 1990, o Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB, 1993)<sup>19</sup>, resume de forma sistemática, o corrente modelo de prestação de serviços odontológicos no Brasil:

“O modelo de saúde bucal vigente no Brasil caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira. Ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, é elitista, descoordenado, difuso, individualista, multilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação”.

Através da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) realizada em 1998, verificou-se que um número expressivo de pessoas, estimado em 29,6 milhões (18,7% da população brasileira), nunca consultou dentista, apresentando-se as maiores proporções nas crianças menores de 4 anos (85,6%), nos homens (20,5%) e na população residente em áreas rurais (32,0%). Diante desses dados alarmantes, que persistiam em alertar para a falência desse modelo de assistência a saúde bucal, no dia 25 de outubro de 2000, o MS, anuncia a inclusão das Equipes de Saúde Bucal no contexto do PSF, e ainda nesse mesmo ano estabelece incentivos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios<sup>68</sup>.

Visando a ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a conseqüente melhoria de seus indicadores epidemiológicos, dentro da lógica usada como eixo de reestruturação do SUS, a portaria nº. 267 do Ministério da Saúde de seis de março de 2001<sup>8</sup>, publicada no Diário Oficial da União, criou o incentivo à saúde bucal, destinado ao financiamento e ações e da inserção de profissionais da área odontológica no Programa de Saúde da Família.

As normas e diretrizes de que tratam a inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família estão presentes no Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e orientam a reorganização dessa área no âmbito da atenção básica.

Este plano de reorganização (PRASBAB) apresenta os seguintes objetivos: melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa de Saúde da Família; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal; capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao Programa de Saúde da Família, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS; avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas de acordo com os princípios do Programa de Saúde da Família <sup>8</sup>.

Como resultado da inclusão da saúde bucal no PSF, observou-se que no ano de 2003 o número de equipes de saúde bucal implantadas correspondia a 6.170, proporcionando a cobertura de 20,5% da população brasileira <sup>13</sup>.

Através de estudo epidemiológico em saúde bucal, o Projeto SBBrasil 2003 <sup>9</sup>, pode-se verificar que apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas no Brasil, persistem ainda elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, e grande parte da população permanece desassistida. Constatou-se ainda a persistência de altos índices de edentulismo em adultos e idosos, e que embora os índices de cárie tenham caído, continuam grandes as disparidades entre as regiões brasileiras. Com relação às metas propostas pela OMS para o ano 2000, os resultados obtidos nesse levantamento encontram-se distantes do que foi estipulado <sup>9,59</sup>.

Ainda na via de transformar a odontologia em uma área da saúde menos excludente e mais resolutiva, com capacidade de mudar esse quadro epidemiológico, é que em 2003, num quadro político favorável, inicia-se a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) que resgatasse o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, algo inédito no panorama brasileiro.

Nessa nova Política Nacional de Saúde Bucal (2004) <sup>10</sup>, um novo modelo deve ser organizado com base nas “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde,

centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, deverá saber sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele. A linha do cuidado implica no trabalho em equipe e deve ser constituída em sintonia com o universo dos usuários e, pela sua resolutividade, possibilitará o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas. No âmbito da assistência a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitará aumentar o acesso, assegurar atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção.

Para visualizar a expansão da saúde bucal no cenário da Estratégia Saúde da Família, verifica-se que de dezembro de 2002 até dezembro de 2005 foram implantadas 8.341 novas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família, chegando a um total de 12.602 ESB (um aumento de mais de 195% no número de equipes) atuando em 3.896 municípios. Atualmente o número de ESB implantadas totaliza 15.215, responsáveis pela cobertura de 74,5 milhões de brasileiros, o equivalente a 40,2% da população<sup>13</sup>.

Para alcançar aquela evolução no número de ESB de 2002 a 2005, os valores dos incentivos federais foram reajustados em aproximadamente 65%. Com a política Brasil Sorridente os incentivos financeiros repassados para as equipes de saúde bucal do Saúde da Família elevaram-se de maneira substancial. Agora, as equipes de saúde bucal modalidade I, compostas por 01 auxiliar de consultório dentário (ACD) e 01 cirurgião-dentista (CD), recebem R\$ 20,4 mil ao ano (reajuste de 59,6%) e as da modalidade II, composta por 01 ACD, 01 CD e 01 técnico de higiene dental (THD), R\$ 26,4 mil também ao ano (aumento de 65%). As equipes também passaram a receber, além do incentivo de R\$ 5 mil para a compra de equipamentos odontológicos, o adicional de R\$ 1 mil para a compra de materiais clínicos de prótese dentária. As equipes da modalidade II recebem, ainda, cadeira e acessórios odontológicos para uso do técnico em higiene dental<sup>13</sup>.

Entendendo a evolução de saúde bucal como parte integrante do processo incremental de reorganização do sistema de saúde brasileiro, a sua incorporação no PSF tem sido vista como possibilidade de romper com aquele modelo de prestação de serviços odontológicos expressos no Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Isso porque o PSF, de certa maneira, busca a ruptura com a lógica programática desses modelos, visto que articula propostas da vigilância à saúde, baseando-se na integralidade e possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, consideradas como núcleo social primário.

Apesar da expressiva incorporação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF e de sua rápida expansão, bem como dos altos investimentos nesse setor é preciso questionar se realmente está ocorrendo mudança no modelo assistencial em saúde bucal no nível local, o município, e, portanto ruptura com esses modelos baseados no curativismo, tecnicismo, biologicismo e excludentes<sup>65</sup>. Uma das maneiras com que se pode alcançar uma melhor observação das mudanças é através da percepção e do grau de satisfação do principal interessado pelo serviço prestado pelo setor público de saúde, o usuário.

Roncalli e Araújo (2004)<sup>59</sup> também entendem o PSF/ESF atualmente inserido no centro do debate político-institucional do setor saúde. E se questionam qual a contribuição da Estratégia Saúde da Família (ESF) para a construção de um modelo de atenção com base nos princípios e diretrizes apontados pelo SUS. Apontam ainda que as questões de como construir propostas e estratégias para mudanças no modelo de atenção à saúde só serão respondidas no amplo debate entre os diversos atores envolvidos no processo, entre esses a população usuária dos serviços.

Nesse sentido, necessário se faz enxergar o outro, aquele que demanda o serviço, aquele que o busca com necessidades que supõe, este possa resolver: o usuário. Os gerentes e ou dirigentes públicos parecem ter uma dificuldade de entender o compromisso social que esses serviços devem ter, mantendo muitas vezes uma postura de insensibilidade perante o usuário e, conseqüentemente dificuldade de viabilizar estratégias de humanização e qualificação do atendimento.

Tomando o cliente como foco de atenção, abre-se toda a função gerencial e (re) organiza o processo de trabalho. Para as organizações de saúde uma maneira de provocar um deslocamento do olhar do foco de atenção das equipes de saúde para o usuário é uma forma de ir traduzindo diretrizes mais genéricas para a vida real das organizações e seus usuários. Portanto, deslocar a visão para os problemas do cliente é, por si só, um dispositivo importante de mudança na cultura dominante nos órgãos governamentais. Muitos gerentes e equipes se surpreendem no processo de formulação com o fato de que nunca pensaram nos usuários com materialidade e centralidade, no sentido de pessoas reais com necessidades que o serviço pode em graus variados, atender. A aposta que se faz é que a preocupação com o outro, a avaliação permanente de sua satisfação “contamina”, ou melhor, passa a ser eminente ao processo de gestão e dá o eixo para processos de conversação na equipe. A articulação das relações entre trabalhadores e usuários poderia contribuir para uma profunda mudança cultural com a idéia

de cotas maiores de uma vida melhor para todos, com interesses, expectativas e desejos de uns e de outros <sup>16</sup>.

## 2.6. A PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Segundo Donabedian (1992) <sup>23</sup>, os consumidores podem dizer muito tanto sobre a qualidade técnica quanto sobre a qualidade de relação interpessoal do cuidado, e acrescenta um terceiro elemento sobre o qual os pacientes podem se posicionar que seria o que ele denomina de amenidades, ou seja, os aspectos relacionados com o ambiente no qual as tarefas técnicas e a relação interpessoal ocorrem.

A obtenção de informações acerca da satisfação ou da insatisfação dos usuários, e as razões que levaram a uma ou a outra, são elementos essenciais para orientar qualquer ação na direção da garantia da qualidade. Os usuários podem ainda servir de fonte primária de informações, quando relatam suas experiências na obtenção do acesso ao tratamento, como se sentem física e emocionalmente em relação aos seus problemas de saúde, além de fornecerem informações relacionadas ao processo técnico do tratamento <sup>23</sup>.

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 mais, rapidamente, suas abordagens tornaram-se insuficientes e posteriormente a avaliação passou a adotar uma perspectiva interdisciplinar <sup>35</sup>.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, mais precisamente com a municipalização, os gestores locais anseiam por instrumentos capazes de auxiliá-los a avaliar o sistema de saúde de maneira orientada, o que vem sendo feito até hoje de modo bastante genérico.

A preocupação com a satisfação dos clientes, oriunda da indústria, com seus produtos, vem ganhando importância crescente na área da saúde, não apenas devido à competitividade verificada no setor privado (muito maior em países como os Estados Unidos), mas também e principalmente à tomada de consciência a respeito da condição de cidadãos e à luta constante pelo exercício da cidadania.

Donabedian (1980) <sup>22</sup> desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura,

processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: input-process-output.

**ESTRUTURA** - recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.

**PROCESSO** - atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo.

**RESULTADO** - produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Segundo Reis e colaboradores (1991)<sup>57</sup>, os diferentes estudos de avaliação de saúde atualmente desenvolvidos têm como referências uma ou mais categorias donabedianas, e reúnem esses estudos em dois grandes grupos: Estudos Corporativos Racionalizadores e Estudos Antropossociais.

Os Estudos Corporativos Racionalizadores compreendem a auditoria médica, análises de custo, avaliação de eficácia e segurança de tecnologia médica. Os estudos Antropossociais têm como principais eixos o estudo de acessibilidade e da satisfação dos pacientes<sup>57</sup>.

A satisfação do usuário tem sido enfocada na literatura como indicador da qualidade da atenção<sup>23</sup>, sendo a sua perspectiva avaliativa de grande importância, podendo levantar questões tanto em relação a estrutura quanto ao processo do cuidado da saúde<sup>27</sup>.

Os estudos de satisfação de usuários ganharam destaque na literatura principalmente na década de 1970, nos Estados Unidos e na Inglaterra, inseridos no paradigma do consumismo e na cultura da qualidade. Neste contexto, a satisfação do usuário é considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços, devendo, portanto, ser pesquisada visando a aperfeiçoamentos no sistema de serviços de saúde. No Brasil, os estudos se desenvolveram na década de 1990, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação<sup>25</sup>.

Em uma análise crítica da produção científica (56 artigos indexados pelo MEDLINE) sobre o tema da satisfação de usuários de serviços de saúde, verificou-se que praticamente não existe um modelo teórico razoavelmente consistente que possa dar conta da complexidade das avaliações de satisfação do usuário<sup>25</sup>.

A revisão de Turrís (2005) citado por Esperidião e Trad (2006)<sup>25</sup> confirma tal assertiva ao considerar através de alto consenso na literatura que a satisfação do paciente é um

conceito pouco teorizado. O autor destaca que os conceitos mais usados atualmente promovem abordagens limitadas, sendo que há necessidade do uso de diferentes lentes teóricas para o entendimento da satisfação de pacientes, considerando diferentes valores, crenças e visões de mundo, sem o que os pesquisadores continuarão selecionando os indicadores “mais óbvios” para a mensuração da satisfação.

Ainda de acordo com a revisão de Esperidião e Trad (2006)<sup>25</sup> observou-se que ao se tentar definir a satisfação muitos estudos tentaram buscar as variáveis que a determinam, entretanto não há um consenso entre os estudiosos sobre tais determinantes.

No que tange essa perspectiva, uma revisão extensa de literatura sobre o tema apresenta quatro grupos principais de determinantes da satisfação: características dos pacientes (incluindo as sócio demográficas; as expectativas destes sobre a consulta médica e os seus estados de saúde); características dos profissionais que prestam o atendimento (incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a “arte do cuidado”); aspectos da relação médico-paciente; fatores estruturais e ambientais (incluindo o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consulta e outros)<sup>25</sup>.

Algumas investigações já estão sendo realizadas no sentido de captar a satisfação dos usuários em relação aos serviços públicos de saúde, como exemplo pode-se citar Franco e Campos (1998)<sup>27</sup> 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 clientelas com relação a diversos indicadores.

Com a finalidade de investigar o atendimento ambulatorial de uma Unidade de Saúde de Pelotas (RS), Kloetzel e colaboradores (1998)<sup>37</sup>, utilizaram um questionário em quatro diferentes versões com usuários desse serviço. Com esse estudo, 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.

Estudo que também abordou a visão de usuários com relação aos fatores: acesso e acolhimento foi conduzido por Ramos e Lima (2003)<sup>56</sup> na cidade de Porto Alegre. Através de

entrevistas semi-estruturadas e observação participante após o atendimento, verificou-se 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. As dificuldades identificadas foram a má recepção e o desempenho profissional insatisfatório. Dentre outras conclusões os autores apontaram 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.

Em outro estudo desenvolvido com 72 sujeitos, entre eles diabéticos e hipertensos, usuários do PSF de Francisco Morato, São Paulo, avaliou-se a assistência à essa população, onde foram abordadas as dimensões acesso, satisfação dos usuários e qualidade da assistência. Observou-se que 26,6% desses usuários não tinham acesso a nenhum serviço de saúde antes da implantação do PSF, e que os índices de satisfação do usuário e percepção da resolutividade do programa mostraram-se favoráveis, em torno de 66%<sup>53</sup>.

Com relação à realização desses tipos de estudos na área da odontologia temos o último Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal ocorrido em 2002-2003<sup>9</sup>, encomendado pelo Ministério da Saúde, em que foi abordado dentro da variável acesso a serviços odontológicos a avaliação do atendimento na perspectiva do usuário dos serviços e que obteve como resultado mais freqüente, 60% ou mais, a avaliação BOM para o atendimento odontológico no serviço público.

Com a finalidade de avaliar a satisfação do usuário em relação ao serviço oferecido por uma Unidade Básica de Saúde de um município pequeno porte, localizado no Estado de São Paulo, com uma população de aproximadamente 15.000 habitantes, Tengan (2004)<sup>69</sup> realizou 101 entrevistas semi-estruturadas com usuários dessa Unidade de Saúde. 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.

Em estudo realizado por Santos (2005)<sup>61</sup> no município de Campo de Goytacazes (RJ), foi analisado o grau de satisfação do usuário com os serviços e com a organização da demanda do serviço público odontológico desse município. Através da aplicação de 320 questionários auto-explicativos, os resultados obtidos mostraram que 70% dos usuários estão

satisfeitos em relação à facilidade no acesso aos serviços, e 75% dos mesmos estão satisfeitos com a qualidade do atendimento recebido.

César e Tanaka (1996) <sup>17</sup> afirmam que não há uma abordagem correta ou uma metodologia ideal para a avaliação, e sim uma composição de métodos e instrumentos organizados de forma a se atingir o objetivo de emitir um juízo de valor em relação ao objeto ou sujeito social avaliado. Isso deve ser considerado a partir da aceitação de certo grau de subjetividade, inerente ao processo de avaliação enfocado na dinâmica dos fenômenos sociais, que caracteriza o setor saúde.

Sendo assim, Silver (1992) <sup>64</sup>, ratifica essa afirmação e acrescenta que o vocabulário de avaliação, e as diversas metodologias são irrelevantes, porém fundamental mesmo é o compromisso do sistema de saúde de buscar, permanentemente, aperfeiçoar sua contribuição à sociedade tanto no plano clínico como na perspectiva mais ampla da saúde pública. Tal busca precisa estar calcada na luta política para a devida priorização da saúde, mas também na análise das necessidades da população, e na análise da atuação cotidiana do sistema.

Diante do que já foi exposto, nesse estudo buscar-se-á apreender através da ótica do usuário dos serviços e ações odontológicas das Unidades Básicas em Saúde, a percepção e qualidade das ações, considerando-se os aspectos da acessibilidade, da resolutividade, integralidade, da relação paciente/profissional, bem como a satisfação com as possíveis mudanças ocorridas com a inserção do PSF, e ainda identificar o conhecimento desses em relação ao poder de participação nas esferas decisórias no processo de construção do PSF.



### **3. OBJETIVOS**

### 3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar o PSF como estratégia de reorganização da atenção básica em saúde bucal, sob a ótica do usuário.

### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a dimensão *acessibilidade* das famílias cobertas pelas equipes do PSF às ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde bucal;
- Conhecer a satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde bucal oferecidos pela Unidade Básica de saúde, no PSF;
- Observar o atendimento aos princípios de resolutividade dos serviços de saúde bucal, integralidade das ações, referência e contra-referência dos serviços em odontologia;
- Verificar as opiniões dos usuários no que se refere à relação profissional/paciente e ao ambiente da Unidade Básica de Saúde com PSF.
- Verificar as possíveis diferenças de opiniões dos usuários de unidades com PSF e sem PSF;
- Conhecer as sugestões que poderão contribuir para a melhora da qualidade do serviço.



## **4. METODOLOGIA**

## 4.1. ASPECTOS ÉTICOS

Anteriormente à realização da pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte conforme resolução 196/96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo processo nº. 054/2006.

O pesquisador explicitou a cada um/uma dos sujeitos da pesquisa os objetivos do trabalho, além de garantir o anonimato e sigilo profissional. Todos/as os/as participantes assinaram o Termo de Consentimento de Livre Escolha - TCLE (anexo I) com todas as informações referentes à pesquisa, de acordo com as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde.

## 4.2. NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, analítico e descritivo, cujo conhecimento do contexto e das múltiplas realidades, constituídos pelos participantes, servirá de suporte para uma melhor compreensão acerca da temática estudada.

A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema. Seu principal objetivo é possibilitar o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. As pesquisas descritivas objetivam a descrição das características de determinada população ou fenômeno e o estabelecimento de relações entre as variáveis <sup>31</sup>.

## 4.3. CAMPO DE AÇÃO

O estudo foi realizado no município de Macaíba o qual faz parte da grande Natal/RN, e envolveu indivíduos que utilizam o serviço odontológico de Unidades Básicas de Saúde.

O Município de Macaíba foi escolhido como área de estudo devido à proximidade com o Município de Natal, ao interesse e disponibilidade dos gestores locais, ao tempo de implantação do PSF e à alta cobertura do programa (aproximadamente 60% da população).

O município conta com uma população de 62.000 habitantes distribuídos numa área de 512 km<sup>2</sup>, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,67 em 2000 <sup>36</sup>. No momento inicial da pesquisa eram registradas 14 Unidades Básicas de Saúde com a presença do Programa Saúde da Família, das quais foi escolhida a Unidade Básica de Saúde do Campo da Santa Cruz (área urbana) para o desenvolvimento do estudo piloto. Foi uma amostragem de

conveniência, já que a equipe se mostrou bastante solícita na realização do estudo e também devido às limitações operacionais.

Atualmente o município atua na Gestão Plena do Sistema. Na atenção básica, funcionam duas estratégias de reorganização, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF. O PSF foi implantado em 1998, e as equipes de Saúde bucal a partir de 2001, durante esse período de 3 anos existiram apenas 2 Unidades de Saúde da Família, ocorrendo maior expansão da Estratégia nos últimos cinco anos. Findado o ano de 2006 o município contabilizava 16 Unidades Saúde da Família, das quais 9 na zona urbana e 7 na zona rural, todas com equipes de saúde bucal implantadas, na proporção 1:1 (Equipe Saúde da Família:Equipe de Saúde Bucal). A população que não está coberta pelo PSF, tem a sua disposição 2 centros de saúde, com a peculiaridade de não oferecer serviços odontológicos. Na realidade, existe no município um Pronto Atendimento voltado para atender as necessidades em saúde bucal dessa população não coberta pelo PSF. Entretanto apesar dessa denominação a lógica de serviços se caracteriza como os de uma Unidade Básica, através de serviços de atenção básica na saúde bucal, não sendo exclusivamente no atendimento de urgências, tal como deveria ser devido o seu caráter. O que acontece na prática é que esse “pronto atendimento” se constitui na única forma de atenção básica para essa população não assistida pela Estratégia Saúde da Família.

As Unidades de Saúde escolhidas deveriam se encaixar no critério de inclusão à pesquisa, o qual seja: possuir pelo menos uma Equipe de Saúde Bucal no PSF, a qual deveria ter no mínimo um ano de implantada, considerando que para a constatação de mudança do modelo assistencial necessita-se de um tempo mínimo de um ano para acontecer, visto que essas mudanças dependem de outros fatores, do contexto político, da organização dos serviços, de processos de capacitação e do envolvimento da equipe <sup>65</sup>.

Sendo assim, através de sorteio foram escolhidas duas Unidades, sendo uma da zona rural e outra da zona urbana.

A pesquisa também foi realizada numa área não abrangida pela Estratégia Saúde da Família, porém com indivíduos que já tivessem utilizado os serviços de atenção básica do município pelo menos mais de uma vez.

#### 4.4. SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS E TAMANHO DA AMOSTRA

A pesquisa foi de base domiciliar. Sendo assim, os indivíduos participantes foram selecionados de forma intencional através da busca direta na residência e de acordo com a disponibilidade e critérios de inclusão na pesquisa, para esse fim contou-se com o auxílio dos agentes comunitários de saúde do município. É interessante ressaltar que a área adscrita às Unidade de Saúde foram divididas em micro áreas para possibilitar uma proporcionalidade quanto ao número de indivíduos entrevistados, com o propósito de alcançar sujeitos de todas as áreas, tanto as mais próximas quanto as mais distantes da Unidade, já que isso poderia interferir em algumas variáveis do nosso estudo, isso pode ser entendido como uma amostragem por cotas “não probabilística”

Esses indivíduos deveriam possuir, no mínimo, 18 anos de idade sem levar em conta a estratificação em faixas etárias e já ter utilizado o serviço odontológico da Unidade Básica de Saúde. O número de indivíduos entrevistados em cada residência não foi previamente determinado, entretanto através do estudo piloto realizado, estipulamos um número máximo de três participantes por domicílio e, convencionou-se que enquanto um estivesse respondendo às perguntas o outro deveria se ausentar para não ser induzido às mesmas respostas.

A quantidade dos indivíduos que participaram da pesquisa foi definida por parâmetros quantitativos, caracterizando-se por uma amostragem probabilística baseada na variável Avaliação do Atendimento obtida com o resultado do levantamento SBBrazil 2003<sup>9</sup>. O percentual da população brasileira que avaliou o serviço público odontológico como Bom ou Ótimo foi de 84,3%. A utilização deste critério foi escolhida, pois o SBBrazil é um estudo com grande rigor metodológico, e que analisou a mesma variável do estudo aqui proposto, que seria a satisfação com o atendimento odontológico público. Com essa finalidade, faremos uso da fórmula de Silva (1998)<sup>62</sup>:

$$n = \frac{z^2 \cdot (1-P)}{\epsilon^2 P}, \text{ onde:}$$

n = tamanho da amostra

z = 1,96, para  $\alpha = 5\%$

P = prevalência estimada da doença

$\epsilon^2$  = margem de erro relativa =  $(\bar{\epsilon} \cdot x)^2$ ; em geral usa-se 10%(0,10)

Os resultados obtidos foram multiplicados por 1,5 (índice deff -efeito de desenho – usado para cálculo da perda amostral durante o processo de estratificação), e sofreram adição de 20% (perda amostral referente à taxa de não resposta). Um outro ajuste necessário foi com relação ao tamanho da amostra, que é feito para os casos em que a população de referência é muito pequena, chamado usualmente de “correções para populações finitas”. Realizado com o auxílio da seguinte equação:

$$n = \frac{n^*}{1 + (n^*/N)}, \text{ onde:}$$

n = tamanho ajustado da amostra

n\* = tamanho mínimo da amostra encontrado pela equação anterior

N = tamanho da população na faixa etária de interesse

Sendo assim, para definir as populações finitas utilizamos o número de indivíduos entre 19 e 59 anos de ambos os sexos, cadastrados no Programa Saúde da Família do município de Macaíba até o ano de 2005, que obteve como resultados 17.235. Ao fazer a aplicação das equações usando uma margem de erro de 10%, obtivemos como resultado o tamanho mínimo da amostra de 128 sujeitos.

Sentiu-se a necessidade de aumentar o tamanho da amostra em virtude de disponibilidade para realização da pesquisa e então com isso poder diminuir a margem de erro, sendo assim, optou-se em estabelecer a margem de erro de 7% o que resultou numa amostra de no mínimo 261 indivíduos a serem entrevistados. Com vista a facilitar a tabulação e análise dos dados estabeleceu-se uma amostra de 270 indivíduos divididos igualmente em três grupos (um grupo que representasse uma unidade de saúde com PSF na zona urbana, um igualmente representante da zona rural e o outro grupo com sujeitos que utilizassem os serviços de saúde bucal da unidade que não possui a Estratégia Saúde da Família).

#### **4.5. ESTUDO PILOTO**

Inicialmente foi realizado uma entrevista teste (anexo II) a qual constava de questões abertas e bem amplas para tentar captar, de forma mais geral, as questões que pretendíamos analisar, permitindo a partir das respostas a elaboração de um questionário definitivo, mais completo e específico, que conseguisse contemplar os objetivos da pesquisa.

Após a confecção desse questionário foi realizado outro estudo com aplicação de 78 entrevistas (anexo III), como já exposto anteriormente, para adequação dos instrumentos que

seriam utilizados, o qual visou à avaliação destes e garantia que os mesmos meçam aquilo a que se propõem. Seus aspectos mais importantes considerados foram: clareza e precisão dos termos, quantidade de perguntas, forma das perguntas, ordem destas <sup>31</sup>.

Os participantes do estudo piloto foram previamente esclarecidos a respeito da pesquisa e orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para este projeto piloto.

## **4.6. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

O estudo utilizou para a coleta de informações os seguintes instrumentos: 1) Caracterização dos sujeitos através de uma ficha contendo dados sócio-econômicos; 2) Entrevista Estruturada individual, aplicados num mesmo momento; (anexo IV) 3) análise de documental.

### *4.6.1. Caracterização Sócio-Econômica*

Conhecer as condições de vida dos entrevistados é essencial para compreender a problemática em questão. Sendo assim, fez-se necessário realizar uma caracterização sócio-econômica dos entrevistados através do Critério Brasil (Critério de Classificação Econômica Brasil, 2003 – CCEB) (Anexo IV), que classifica os indivíduos em classes sociais, de acordo com a capacidade de consumo e o grau de instrução do chefe de família. O CCEB foi produzido pela ABEP (Associação Brasileira das Empresas de Pesquisas), aprovado pela ABA (Associação Brasileira de Anunciantes) e aceito pela ABIPEME (Associação Brasileira dos Institutos de Mercado).

### *4.6.2. Entrevista Estruturada Individual*

Esse instrumento caracteriza-se por uma similaridade à construção de um questionário, com opções de respostas determinadas, em que ao invés de se apresentarem por escrito, são lidas pelo entrevistador e as respostas são anotadas pelo mesmo, assinalando campos ou marcando escalas. Essa entrevista foi composta por questões fechadas e questões abertas que pudessem contribuir para captar possíveis repostas que não fossem contempladas em questões precedentes.

A entrevista semi-estruturada foi realizada com o objetivo de mapear e compreender o mundo de vida dos usuários dos serviços de saúde. Segundo Gaskell (2002) <sup>30</sup> a entrevista é o ponto de entrada para o cientista social entender os esquemas interpretativos e as narrativas dos atores em termos mais conceituais e abstratos, muitas vezes em relação a outras

observações. A entrevista fornece dados para compreender o desenvolvimento e as relações entre atores sociais e a situação que se deseja estudar. Logo, seu objetivo nesse trabalho é uma descrição do cotidiano e das experiências de vida das pessoas com os serviços de atenção básica em odontologia do PSF.

As entrevistas (Anexo IV) foram aplicadas pela pesquisadora e por pessoal treinado pela mesma para tal.

#### **4.7. ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados coletados através do questionário sócio-econômico foram organizados em um banco de dados e analisados através do programa SPSS/99 (1999)<sup>67</sup>, através do qual foi possível realizar a análise estatística descritiva e analítica.

As informações coletadas através das entrevistas semi-estruturadas foram submetidas à análise estatística pelo mesmo software e a uma análise de conteúdo das perguntas abertas (análise qualitativa), com o auxílio da Técnica de Análise de Conteúdo Temática<sup>3</sup>.

Para Bardin (1977)<sup>3</sup> a análise de conteúdo tem como intenção inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio. Assim sendo, procura-se estabelecer uma correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas, como as condutas, ideologias e atitudes dos enunciados.

Os procedimentos realizados na Análise de Conteúdo seguiram as etapas preconizadas por MORAES (1994)<sup>46</sup>: preparação das informações, transformação do conteúdo em unidades, categorização (classificação das unidades em categorias), descrição e interpretação.



## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para melhor compreensão acerca dos resultados encontrados, agrupamos os mesmos em dimensões a serem analisadas, as quais seguem a seguinte disposição: caracterização da amostra; resultados referentes à dimensão Resolutividade; informações sobre Acesso; integração com atividades educativas e preventivas; Satisfação do usuário (aspectos positivos e negativos e suas sugestões); e Participação social.

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 270 indivíduos, 90 usuários adstritos à Unidade da Estratégia Saúde da Família da zona urbano, 90 da unidade da zona rural e 90 indivíduos moradores de uma área que não conta com a estratégia e faz uso do serviço odontológico disponível não-PSF do Município. Como observado na Tabela 1, dos indivíduos pesquisados, 225 (83,3%) pertenciam ao gênero feminino e 45 (16,7%) ao masculino. A proporção entre os gêneros nos três grupos estudados acompanhou essa tendência, sendo sempre mais freqüente sujeitos do gênero feminino, algo explicado devido à pesquisa ser de base domiciliar e ter sido realizada geralmente em dias úteis e em horários considerados comerciais, momentos em que é mais freqüente a presença feminina na residência.

**Tabela 1 - Distribuição da amostra estudada conforme gênero (freqüência e percentagem) de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN. 2006.**

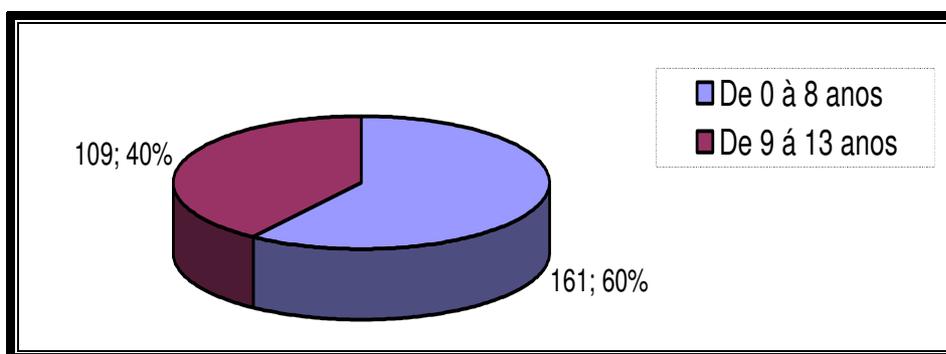
	MASCULINO		FEMININO	
	n	%	n	%
<b>PSF URBANO</b>	14	15,6	76	84,4
<b>PSF RURAL</b>	14	15,6	76	84,4
<b>NÃO PSF</b>	17	18,9	73	81,1
<b>Total</b>	45	16,7	225	83,3

A idade foi uma das variáveis categorizada de acordo com a mediana, de forma que 51,5% dos indivíduos entrevistados tinham até 29 anos e 48,5 % apresentavam idade acima de 29 anos (Tabela 2).

**Tabela 2 - Distribuição da amostra estudada conforme idade (frequência e percentagem) de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN. 2006.**

	DE 18 À 29 ANOS		DE 30 À 78 ANOS	
	n	%	n	%
<b>PSF URBANO</b>	42	46,7	48	53,3
<b>PSF RURAL</b>	48	53,3	42	46,7
<b>NÃO PSF</b>	49	54,4	41	45,6
<b>Total</b>	139	51,1	131	48,5

O grau de escolaridade dos participantes foi medido em anos, porém também optamos por categorizar através da mediana, onde se observou que 161 (59,6%) indivíduos possuía de zero a oito anos de estudo, e 109 (40,4%) contava com escolaridade de 9 à 13 anos de estudo (Figura 3).



**Figura 3 – Distribuição da amostra estudada conforme escolaridade (frequência e percentagem). Macaíba, RN. 2006.**

Com relação ao grau de escolaridade dos participantes de acordo com o tipo de unidade de saúde, observa-se através da Figura 4 que os sujeitos pertencentes ao ambiente rural possui menor nível de escolaridade, onde 63 indivíduos possuem menos de 8 anos de estudo. É válido lembrar que desses, 12 eram analfabetos e nunca frequentaram a escola.

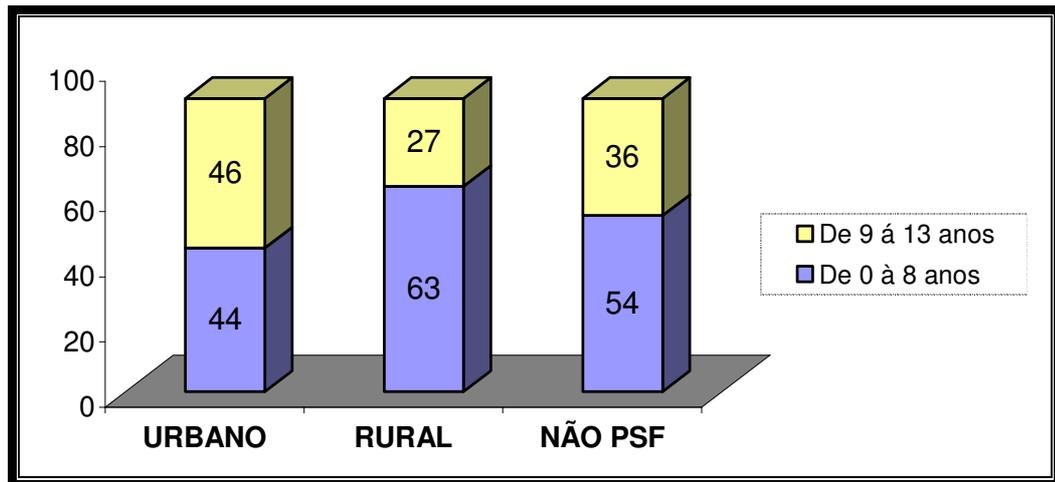


Figura 4 – Distribuição da amostra estudada conforme escolaridade (valores absolutos) de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN. 2006.

Segundo o Critério Brasil, a amostra foi formada em grande parte por indivíduos da classe D (61%), com a seguinte distribuição visualizada na Figura 5.

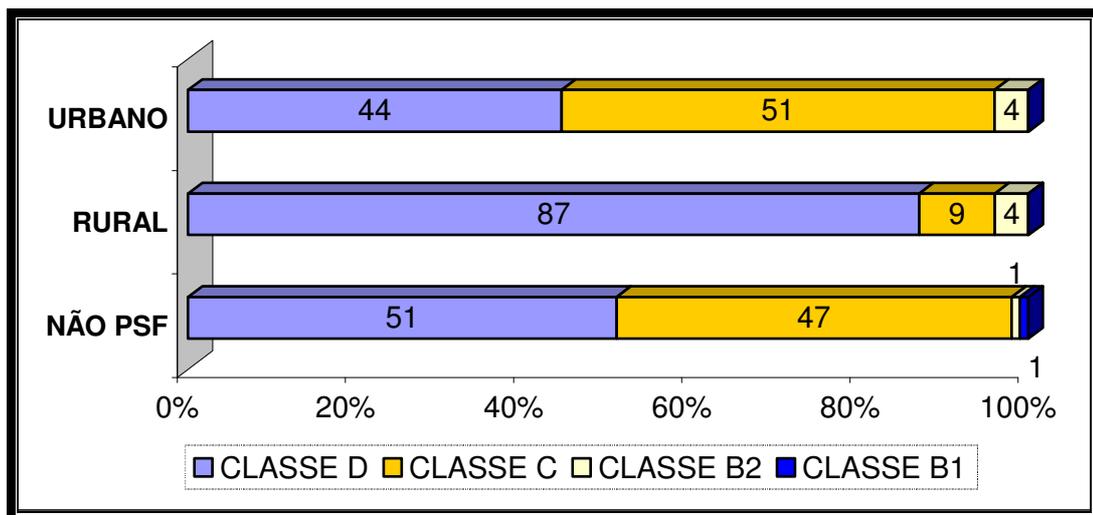
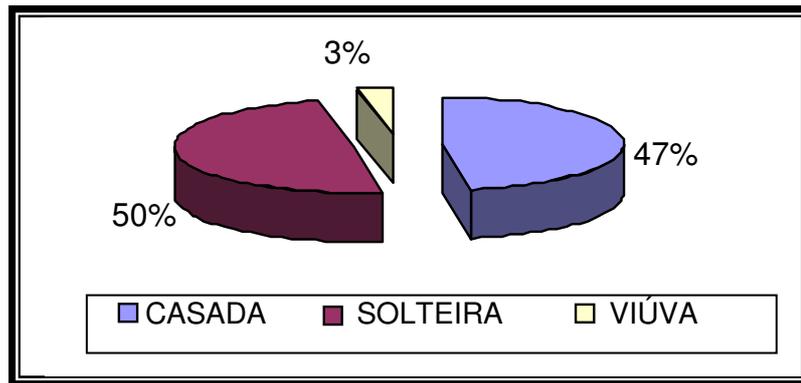


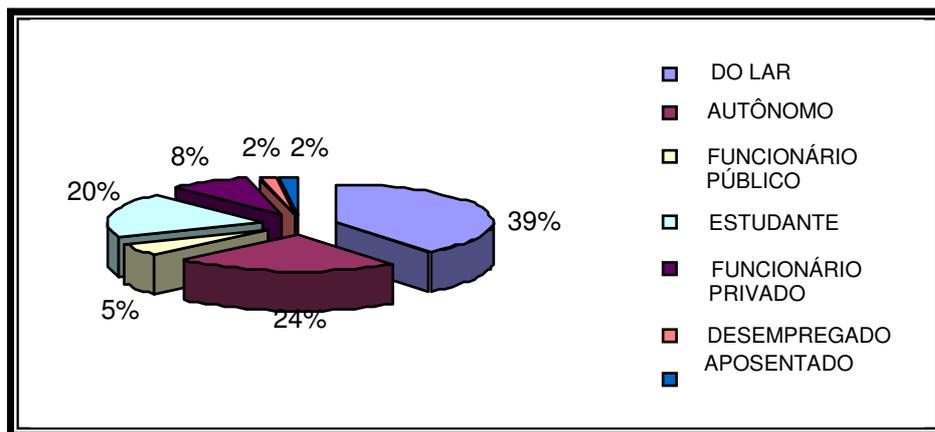
Figura 5 – Distribuição percentual da amostra estudada conforme classe social (Critério Brasil) de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN. 2006

Verificou-se ainda que 50,0% da amostra foi composta por indivíduos solteiros, 47,0% por indivíduos casados e 3,0% de viúvos (Figura 6).



**Figura 6 – Distribuição da amostra estudada conforme estado civil (frequência e porcentagem) de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN, 2006**

Com relação aos tipos de profissões pode-se visualizar a grande porcentagem da categoria “do lar” (Figura 7), observação que tem a mesma justificativa dada para a distribuição relativa ao gênero.



**Figura 7 – Porcentagem das categorias profissionais da população em estudo. Macaíba, RN, 2006**

## 5.2. TEMPO DE UTILIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Ao serem questionados do período que já utilizavam os serviços da Unidade de Saúde, mesmo que não fossem os do setor da odontologia, 66,3% afirmaram já frequentarem a Unidade há mais de um ano, e 24,1% um período menor do que esse (Figura 8). Em relação ao tempo transcorrido desde a última vez que utilizou os serviços odontológicos da Unidade, pode-se perceber que o período de um a seis meses foi o mais citado nos três grupos e no total da amostra (Tabela 3). Considerando que informações relatadas pelos usuários desse estudo se baseiam na sua relação de uso e necessidade com esses serviços odontológicos, este período pode se caracterizar como razoavelmente bom para que este sujeito relate com mais realismo a sua relação com os serviços e ações.

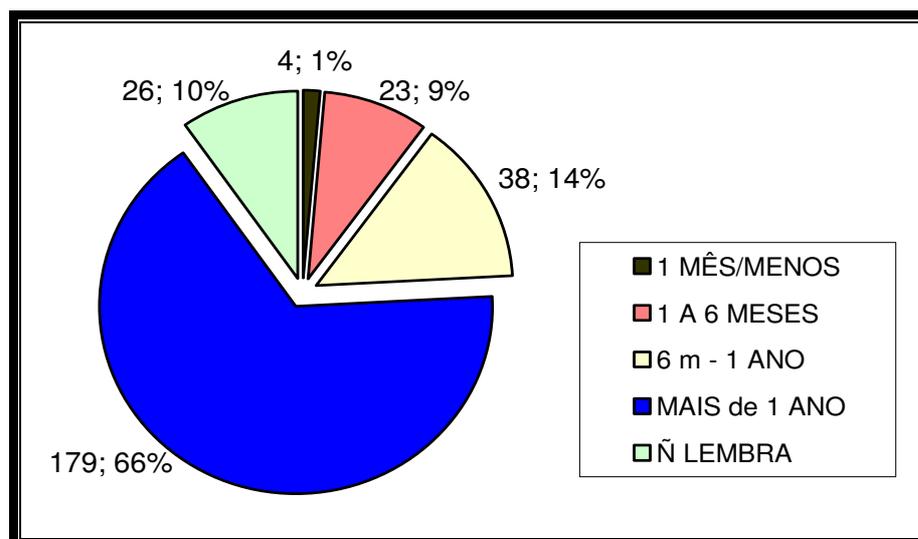


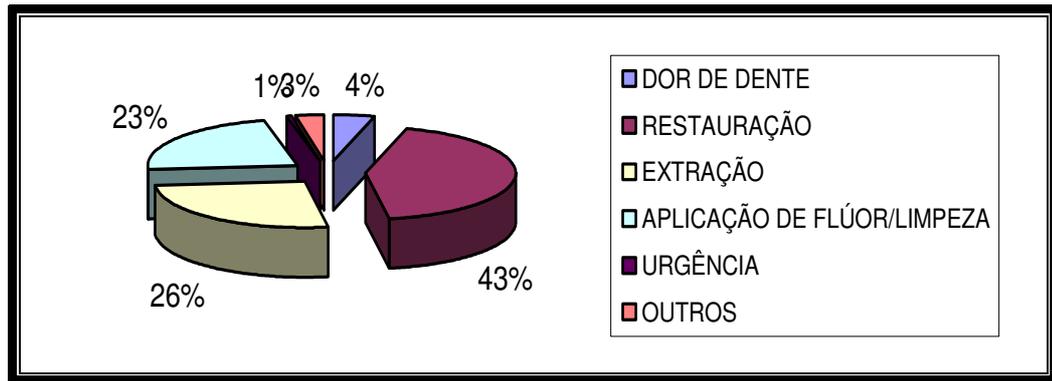
Figura 8 – Período de utilização da Unidade de saúde. Macaíba, RN, 2006.

Tabela 3 – Período transcorrido desde a última utilização dos serviços odontológicos segundo tipo de Unidade de saúde. Macaíba, RN, 2006.

	1 MÊS/MENOS		1 A 6 MESES		6 m - 1 ANO		MAIS 1 ANO		Ñ LEMBRA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PSF URBANO	32	35,6	37	41,1	12	13,3	5	5,6	4	4,4
PSF RURAL	7	7,8	49	54,4	19	21,1	12	13,3	3	3,3
NÃO PSF	21	23,3	31	34,4	28	31,1	8	8,9	2	2,2
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>22,2</b>	<b>117</b>	<b>43,3</b>	<b>59</b>	<b>21,9</b>	<b>25</b>	<b>9,3</b>	<b>9</b>	<b>3,3</b>

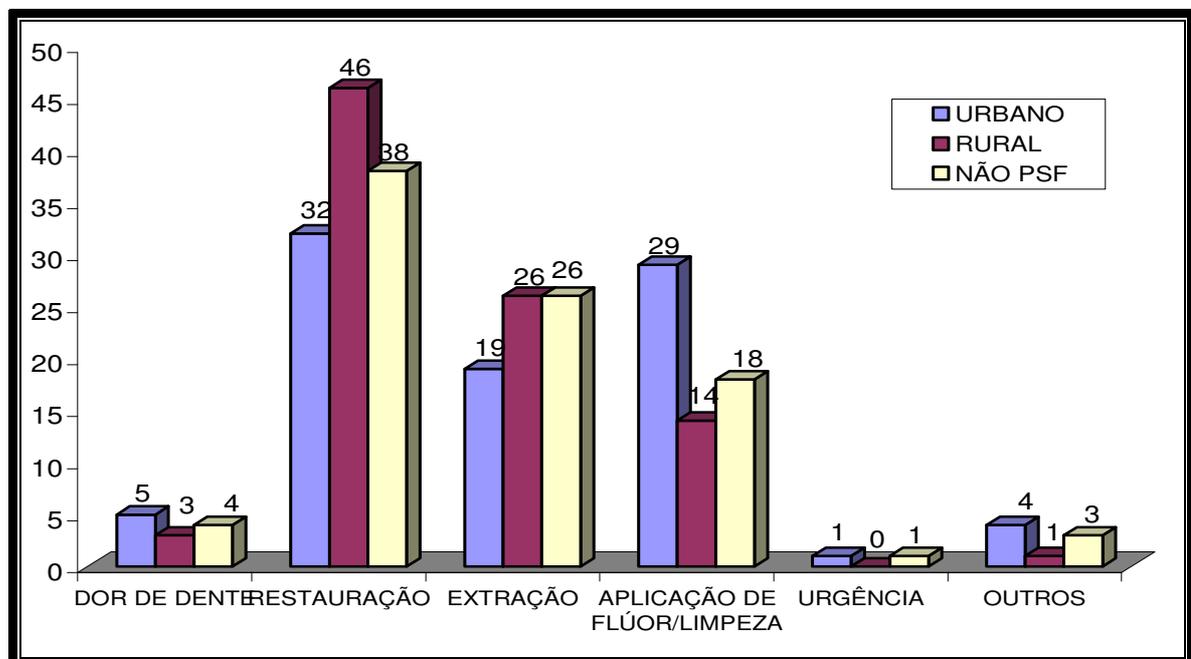
Os motivos pelos quais levaram os usuários à essa visita estão presentes na Figura 9, onde pode-se observar a predominância de procedimentos curativo–restauradores em detrimento de procedimentos de natureza preventiva. Isso é reflexo do próprio modelo de assistência que ainda é bastante operante, bem como da demanda reprimida que existe no setor público de atendimento à saúde.

Vale salientar que, apesar dessa questão apresentar-se de forma estruturada na entrevista, a alternativa “outros” possibilitava enquadramentos como exames, palestras ou qualquer outro motivo que o tenha levado à Unidade, sendo assim especificado.



**Figura 9 – Motivo da última visita odontológica à Unidade de Saúde. Macaíba, 2006**

Ao distribuir esses dados de acordo com o tipo de unidade, pôde-se perceber o perfil de cada uma, no tocante aos seus serviços e ações (Figura 10).



**Figura 10 – Motivo da última visita odontológica à Unidade de Saúde de acordo com o tipo de Unidade. Macaíba (valores absolutos), 2006**

De acordo com esses resultados, a grande procura ainda é pelos procedimentos curativos, mesmo em áreas onde já existe o PSF, como é o caso da área rural, na qual as categorias restauração e exodontia foram iguais ou mais frequentes dos que vistos na área não PSF. Essa proporção desfavorável aos procedimentos preventivos também foram encontrados no estudo de Tengan (2004) <sup>69</sup> em que se verificou que a maioria dos usuários procura 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%).

Ao fazer referência às práticas assistenciais embasadas no curativismo e no tecnicismo, verifica-se que mesmo com as propostas de mudança e tentativa de inversão do modelo de atenção à saúde as práticas não mudaram muito. É válido lembrar, que mesmo pensamentos como o de Tengan (2004) <sup>69</sup> que associa isso a inexistência ou insuficiência de um serviço mais especializado, devem ser revisados, já que na verdade se não houver uma mudança na concepção e atuação dos profissionais bem como na forma dos indivíduos entenderem a saúde, a presença dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) irá servir de estímulo a uma prática cada vez mais especializada e incongruente com os princípios do SUS. Concomitante a isso se pode inferir esses valores às necessidades reprimidas, originárias do próprio modelo biomédico, e perpetuadas por este.

Frente a esta realidade sugere-se a realização de mudanças quantitativas e qualitativas no sujeito do trabalho odontológico, uma vez que sua prática está centrada nas ações clínico-cirúrgicas individuais e enfoques biologicistas em detrimento da compreensão e enfrentamento dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Após serem questionados sobre o motivo que o levou ao seu contato mais recente com o serviço de odontologia da unidade, foi perguntado se a sua necessidade ou problema foi resolvido. Como forma de operacionalizar a categorização consideramos essa pergunta como resolutividade, porém conscientes de que o seu real conceito é muito mais amplo e extrapola os resultados provenientes desse questionamento.

Segundo Campos (1988) <sup>15</sup>, a concepção de resolutividade conjuga os indicadores de efetividade (entendida como produto entre eficiência e eficácia) e a satisfação, ou seja, considera as ações úteis e o custo para a sua execução, relacionada a um componente que inclui a subjetividade dos usuários do sistema de saúde. Enfim, analisa se os serviços respondem às expectativas desses usuários e em que níveis ou graus. Esse mesmo autor considera que os trabalhadores de saúde da rede pública possuem uma concepção de resolutividade alicerçada na visão clínica dos processos saúde-doença em relação às tecnologias e à organização dos serviços. Nesse caso, há uma preocupação com a integração entre os níveis de assistência e com equipamentos e medicamentos disponibilizados para o trabalho diário.

Tendo em vista a resolução do problema ou necessidade que os levaram a buscar o serviço de odontologia da Unidade Básica de Saúde, 93% da amostra estudada afirmaram “SIM” ter resolvido o seu problema ou necessidade. Pode-se perceber que o PSF urbano se mostra mais resolutivo (97,8%), enquanto que a unidade que não possui a Estratégia de Saúde

da Família foi, dentre as três unidades, a que menos resolveu à procura dos usuários. Entretanto, ainda assim, pode-se considerar como resolutiva já que apenas 11,1% dos usuários afirmaram não terem seus problemas ou necessidades resolvidas (Tabela 4).

Ao realizar o cruzamento entre os três tipos de Unidades de Saúde segundo a resolutividade da necessidade ou problema odontológico, observou-se na Tabela 5 que houve diferença estatisticamente significativa apenas quando comparamos o PSF urbano e o não PSF ( $p=0,017$ ), denotando assim que realmente o PSF urbano foi mais resolutivo do que a unidade sem PSF.

Como para essa variável os dois tipos de unidade que tem PSF apresentaram resultados semelhantes, agrupou-se os dados e utilizou-se o teste do Qui-quadrado para comparar com os dados da unidade não PSF. Feito isso, verificou-se um valor de  $p$  de 0,064 demonstrando não haver diferença estatisticamente significativa entre os tipos de unidade para a variável resolutividade.

**Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa da resolutividade da necessidade ou problema odontológico de acordo com o tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

		<b>RESOLUTIVIDADE DA</b>	
		<b>NECESSIDADE OU PROBLEMA</b>	
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
		n (%)	n (%)
<b><u>Tipo de Unidade</u></b>	<b>PSF URBANO</b>	88 (97,8)	2 (2,2)
	<b>PSF RURAL</b>	83 (92,2)	7 (7,8)
	<b>NÃO PSF</b>	80 (88,9)	10 (11,1)
	<b>Total</b>	251 (93,0)	19 (7,0)

**Tabela 5 – Valores de  $p$  para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a resolutividade da necessidade ou problema odontológico. Macaíba, RN. 2006.**

<b>RESOLUTIVIDADE DA NECESSIDADE OU PROBLEMA</b>		<i>p</i>
PSF URBANO x PSF RURAL		0,087
PSF URBANO x NÃO PSF		0,017*
PSF RURAL x NÃO PSF		0,445

\* diferença estatisticamente significativa

Na tentativa de entender uma possível relação entre resolutividade e seu impacto na satisfação do serviço de saúde bucal optou-se pelo cruzamento entre essas variáveis, como pode ser visto na Tabela 6.

Observa-se que o fato da não resolução do seu problema não estabeleceu uma relação direta com a satisfação geral com o serviço de saúde bucal da unidade, já que mesmo o maior percentual dos indivíduos (78,9%) que não conseguiram a resolução do seu problema ou necessidade também encontram-se satisfeitos com o serviço de saúde bucal da unidade. Tendo em vista os resultados, o presente estudo contraria Halal e cols. (1994)<sup>34</sup>, Gomes e cols, (1999)<sup>33</sup> e Turrini (2001)<sup>72</sup> os quais associam a satisfação do paciente em relação ao serviço com a resolução do problema. Tal descoberta pode ter como justificativa a afirmativa de Campos (1988)<sup>15</sup> de que para o usuário nem sempre resolutividade se confunde com satisfação.

**Tabela 6 – Cruzamento entre a variável resolutividade e as variável satisfação geral com o serviço de saúde bucal da unidade, valores absoluto e relativo e valor de  $p$ . Macaíba, RN. 2006.**

		<b>RESOLUTIVIDADE DA NECESSIDADE OU PROBLEMA</b>		
		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<i>p</i>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Satisfação com o serviço de saúde bucal</b>	INSATISFEITO	31 (12,4)	4 (21,1)	0,276
	SATISFEITO	220 (87,6)	15 (78,9)	

Isso permite entender que a questão utilizada na entrevista ao se referir a um único momento (última visita ao serviço de odontologia da unidade) pode não servir para ser o único fator responsável pela resolutividade desse serviço, já que como ressalta Costa (2002)<sup>20</sup> o conceito de resolutividade é relativo aos serviços, sua forma de organização, infra-estrutura e objetivos aos quais estão institucionalmente destinados.

Sendo assim, outros fatores terão mais importância na satisfação do serviço do que apenas a resolução ou não do problema mais recente do usuário.

### 5.3. PROCURA DE OUTROS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Quando questionados da procura de outras formas ou locais para a resolução dos problemas ou necessidades odontológicas, tanto os usuários adscritos à uma Unidade de saúde com PSF quanto àqueles que não pertenciam à Estratégia Saúde da Família responderam em grande parte que não procuravam outras formas ou locais além da Unidade de Saúde para tratamento odontológico (76,7%)(Tabela 7). Entretanto, percebe-se que os usuários adscritos ao PSF da zona rural são os que menos recorrem (12,2%) a outros serviços odontológicos que não os da unidade, ao passo que os usuários do PSF urbano, mesmo apresentando maiores resoluções para seus problemas, foram os que mais recorreram a outros serviços. Ao cruzarmos os três grupos entre si, observamos diferença estatisticamente significativa entre essas duas unidades e entre o PSF rural (Tabela 8).

**Tabela 7 – Frequência absoluta e relativa da procura de outros serviços odontológicos além dos da Unidade de Saúde quanto ao tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

		PROCURA DE OUTROS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	
		Sim n (%)	Não n (%)
<u>Tipo de unidade</u>			
	PSF URBANO	30 (33,3)	60 (66,7)
	PSF RURAL	11 (12,2)	79 (87,8)
	NÃO PSF	22 (24,4)	68 (75,6)
	Total	63 (23,3)	207 (76,7)

**Tabela 8 – Valores de *p* para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a procura de outros serviços odontológicos além dos da Unidade de Saúde. Macaíba, RN. 2006.**

<b>PROCURA DE OUTROS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS</b>		<i>p</i>
PSF URBANO x PSF RURAL		0,001*
PSF URBANO x NÃO PSF		0,188
PSF RURAL x NÃO PSF		0,034*

\* diferença estatisticamente significativa

Vale salientar que os usuários da unidade não PSF são domiciliados numa área descoberta pela Estratégia Saúde da Família localizada na zona urbana da cidade de Macaíba. A maior procura por outros serviços, pode ser justificada pela maior disponibilidade de alternativas privadas e institucionais, que ocorrem no ambiente urbano. Além disso, durante a caracterização sócio-econômica, ficou evidente a diferença dos usuários da zona rural com os da zona urbana, o que dificulta o acesso a esses outros serviços, por mais que haja vontade e necessidade para tal, visto que a condição socioeconômica funciona como fator determinante da procura do serviço público, em relação ao serviço privado, reconhecendo que o cuidado médico é semelhante em ambos, variando a rapidez e facilidade de acesso a certos procedimentos<sup>60</sup>. Aliás, algo que é bem lembrado por Pinheiro (2001)<sup>54</sup> é o fato dessa busca nas capitais passar a ser mais intensa e exponencialmente mais complexa do que em localidades que apresentam outro perfil.

Em conformidade com documentos oficiais, o acesso dos usuários ao PSF deve ser garantido ao conjunto de famílias que habitam uma área delimitada, pelas quais deverão ser responsáveis as equipes de Saúde da Família, não sendo permitido o atendimento de outras famílias que não façam parte daquela "jurisdição" ou que pertençam a outra equipe do programa. Sendo assim como explicar a procura por outros serviços que não os da unidade já que esses usuários deveriam ter suas necessidades resolvidas. Tal procura pode ser explicada pela não resolutividade, dificuldades no acesso, ou pela própria ideologia do usuário, cultivada pelo modelo biomédico, a qual insiste em buscar o maior nível de complexidade tecnológica para resolução dos seus problemas.

Na verdade essa discussão é bastante complexa. Na tentativa de entender melhor esse questionamento, cruzamos a variável procura por outros serviços odontológicos com a existência de dificuldades para o atendimento odontológico nas unidades (Tabela 9). Para esse

cruzamento percebeu-se que a dificuldade em conseguir o atendimento não influenciou na procura por outros serviços que não os da unidade. Esse fato pode se explicado pela observação que aqui se faz necessária: ao serem questionados se procuraram por outros serviços verificamos que muitos sujeitos alegavam que não, por terem um serviço “para eles dentro de casa”, configurando um certo vínculo com esse sistema de saúde e seus componentes.

No sentido de identificar possível relação entre a resolução do problema com a demanda por outros serviços odontológicos, também procedemos ao teste do qui-quadrado. Como resultado, observamos que indivíduos que resolveram seu problema procuram menos outros serviços do que aqueles que não resolveram. Sendo assim, ao não solucionar seu problema ou necessidade o usuário tende a procurar outro serviço (42,1%) quando comparado com o usuário que teve resolutividade (21,9%). Essa diferença foi estatisticamente significativa ( $p < 0,045$ ) (Tabela 9). Ao fazerem essa busca alternativa os usuários alegaram como respostas: outras Unidades de Saúde do serviço público, planos odontológicos, dentistas privados e Fundação (FUNASA).

**Tabela 9 – Cruzamento entre a variável procura por outros serviços odontológicos e as variáveis: existência de dificuldades para o atendimento odontológico na unidade e resolutividade da necessidade ou problema, valores absoluto e relativo e valor de  $p$ . Macaíba, RN. 2006.**

		PROCURA POR OUTROS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS		$p$
		SIM n (%)	NÃO n (%)	
<b>Dificuldades para o atendimento odontológico</b>	SIM	24 (20,9)	91 (79,1)	0,410
	NÃO	39 (25,2)	116 (74,8)	
<b>Resolutividade da necessidade ou problema</b>	SIM	55 (21,9)	196 (78,1)	0,045*
	NÃO	8 (42,1)	11(57,9)	

\* diferença estatisticamente significativa

#### 5.4. REFERÊNCIA X CONTRA-REFERÊNCIA

Ao analisar a atuação do sistema de referência e contra-referência se faz ao mesmo tempo uma observação da resolutividade do sistema de saúde e do acesso a esse sistema. A hierarquização de um sistema de saúde cria bases para a garantia de resolutividade que se deve dar de acordo com cada nível e ao nível do sistema como um todo<sup>43</sup>. Entretanto para que esse sistema funcione cada nível de atenção deverá estar aparatado com o adequado grau de densidade tecnológica e atender com sua total potencialidade e, de certa maneira estará

sempre na dependência da capacidade resolutive do nível que o antecede. Dessa forma, a capacidade resolutive dos níveis de atenção estará diretamente relacionada com a eficiência das tecnologias desenvolvidas no primeiro nível de atenção (atenção básica)<sup>54</sup>. Com isso ao analisar o nível secundário a reboque estamos também avaliando a atenção básica.

Na tentativa de conhecer o real alcance do atendimento dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde foram realizadas perguntas sobre a necessidade de exames e/ou tratamentos odontológicos especializados, os tipos, forma de encaminhamento e a execução da contra-referência. Assim, será possível verificar se a hierarquização das unidades está sendo capaz de garantir acesso universal e equitativo da população a todos os níveis de complexidade de serviços. A Tabela 10 mostra a frequência absoluta e relativa das respostas afirmativas “Sim” e negativas “Não” quanto à necessidade desses serviços especializados. Observa-se que na amostra total, aproximadamente 40% dos usuários já precisaram alguma vez da atenção odontológica a nível secundário, os usuários adscritos ao PSF da zona rural (22,2) foram os que menos necessitaram dos serviços especializados para odontologia quando comparados aos usuários do PSF urbano (46,7%) e aos usuários não PSF (48,9%), demonstrando, como pode ser visto na Tabela 11, diferença estatisticamente significativa entre os dois tipos de unidades e o PSF rural. Como pode ser observado, os usuários do grupo não PSF afirmam necessitarem mais de tratamento e/ou exames especializados quando comparado com o grupo PSF urbano, porém sem diferença estatisticamente significativa ( $p=0,765$ ).

É conveniente lembrar que o município conta há aproximadamente um ano e meio com o serviço do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o qual se localiza na zona urbana. Essa menor necessidade por parte dos usuários da zona rural, pode estar refletindo a dificuldade geográfica que esses usuários têm de resolver seus problemas que demandam maior nível tecnológico. Esse fato pode ser comprovado através da porcentagem dos procedimentos cirúrgicos (extração) e curativos realizados na respectiva unidade, a qual apresentou os maiores números, quando comparado às outras duas unidades e, também em detrimento dos procedimentos preventivos. Na realidade, a demanda desses usuários, ou seja, a busca do serviço pelo indivíduo, já requerem uma atenção mais curativa que, entretanto, esbarra nas dificuldades de acesso geográfico e, portanto tendem a ser resolvidas na própria unidade de saúde do PSF, ou não resolvidas, como será confirmada na Figura 12 (p.64), em que os dois usuários que apesar de referenciados não foram resolver seu problema, serem do grupo da zona rural.

Por outro lado, o fato do tratamento a nível secundário ser mais acessível para os usuários do meio urbano, o próprio profissional lança mão do seu uso por acreditar que realmente o problema possa ter resolução.

**Tabela 10 – Frequência absoluta e relativa da necessidade de exames e/ou tratamentos especializados quanto ao tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

		NECESSIDADE DE EXAMES E/OU TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS	
		Sim n (%)	Não n (%)
<b>Tipo de Unidade</b>	<b>PSF URBANO</b>	42 (46,7)	48 (53,3)
	<b>PSF RURAL</b>	20 (22,2)	70 (77,8)
	<b>NÃO PSF</b>	44 (48,9)	46 (51,1)
	<b>Total</b>	106 (39,3)	164 (60,7)

**Tabela 11 – Valores de  $p$  para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a necessidade de exames e/ou tratamentos especializados. Macaíba, RN, 2006.**

NECESSIDADE DE EXAMES E/OU TTT ESPECIALIZADOS		$p$
PSF URBANO x PSF RURAL		0,001*
PSF URBANO x NÃO PSF		0,765
PSF RURAL x NÃO PSF		0,000*

• diferença estatisticamente significativa

Ao se analisar a forma como esses usuários são referenciados para o serviço especializado, questionamos aos indivíduos de que maneira eles foram encaminhados para o nível secundário de tratamento. Observamos que 89 (74%) são através de formulários de encaminhamento, e 17 (16%) alegaram não terem sido encaminhados, sabem da necessidade, pois são orientados verbalmente, mas não receberam nenhum encaminhamento oficial do cirurgião-dentista.

Quando analisados os tipos de procedimentos especializados de que mais necessitam, verificamos que: radiografias, tratamento endodôntico (canal) e reabilitações protéticas são os principais nessa ordem (Figura 11).

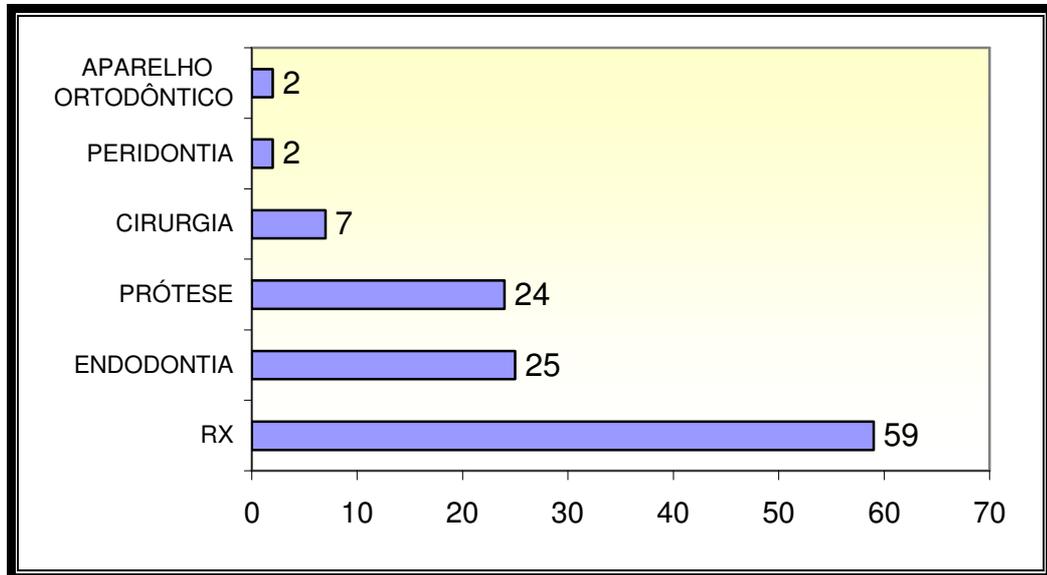


Figura 11 – Procedimentos odontológicos especializados (valores absolutos). Macaíba, RN, 2006.

Na pergunta que tratava da contra-referência foi perguntado se ao término do tratamento ou exame, o usuário havia sido encaminhado de volta para a Unidade de Saúde que o referenciou. As respostas, apresentadas na Figura 12, evidenciam a falha existente no sistema de contra-referência e sugere a revisão da fragilidade da prática e execução desse princípio do atual Sistema de Saúde. Observamos que dos 106 que foram referenciados para o serviço de nível secundário do município 35% foram contra-referenciados para a unidade de origem, 40% não tiveram o mesmo caminho, ou seja, não foram contra-referenciados, 13% deles estão à espera, do início do tratamento ou da sua conclusão, porém já deram entrada no CEO do município. Verificou-se também que desses usuários que precisaram do tratamento especializado 11% decidiram optar pelo serviço privado e 2% não demandaram o serviço, fato já mencionado anteriormente o qual se deve a dois usuários do PSF da zona rural.

Interessante observar que dentre aqueles que demandaram o serviço (106), 75% já o realizaram e 13% ao menos já deram entrada no serviço (Figura 12). Isso demonstra um bom grau de resolutividade da atenção secundária no setor de saúde bucal, e bom funcionamento do fluxo e contra-fluxo para essas ações. No entanto Pinheiro (2001)<sup>54</sup> esclarece que, para se obter um sistema de referência e contra-referência que funcione, é necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contra-fluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, mas, sobretudo, reconhecer que neste sistema deverão ser difundidos

conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde local no qual está situado.

Através de um enfoque mais sistêmico, a proposta da referência e contra-referência que funciona, expressa um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado. Os obstáculos e desafios para a organização e desenvolvimento dessa proposta só serão superados pela construção de um novo modelo organizativo, onde estejam assegurados os critérios de regionalização, hierarquização, integralização e democratização.

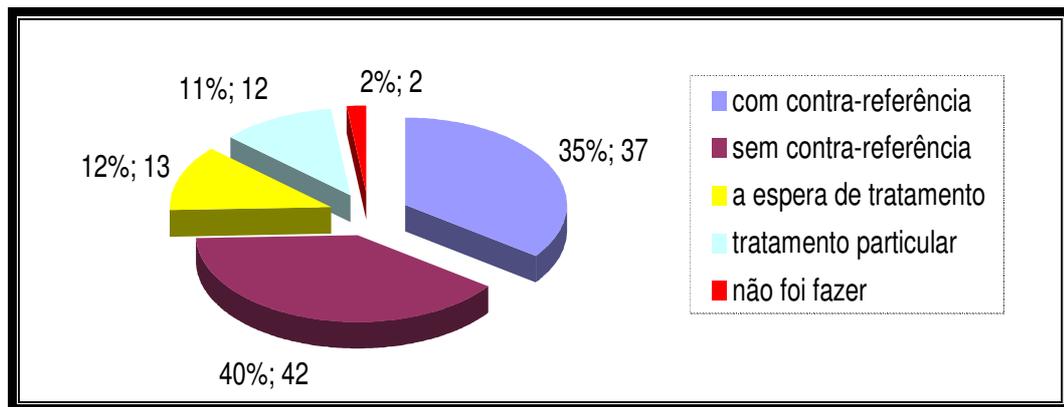


Figura 12 – Destino final dos usuários que necessitaram de serviços odontológicos especializados (valores absolutos e relativos). Macaíba, RN, 2006.

## 5.5. ACESSO

Ao término de uma revisão sobre os conceitos de acesso e de utilização de serviços de saúde, Travassos e Martins (2004) <sup>71</sup> concluíram que, apesar das discordâncias na terminologia e na abrangência dos conceitos de utilização e acesso, podem ser traçadas algumas linhas de concordância entre os autores. Quanto à terminologia, a acessibilidade é preferida pelos autores que a descrevem como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral, seja restrita à acessibilidade geográfica. Já o termo acesso, em geral, é conceituado com base na entrada inicial dos serviços de saúde. De qualquer forma, prevalece a idéia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta.

O que é mais importante é a distinção entre acesso à saúde e a serviços de saúde, em que o acesso à saúde estaria relacionado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, e a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, englobando também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da

população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população<sup>73</sup>.

É coerente deixar claro que não faz parte da nossa pesquisa discutir as diversas conceituações dadas ao termo acesso e acessibilidade. Portanto, nosso empenho consiste em conhecer a forma como esses usuários adentram aos serviços de saúde bucal para a resolução de suas necessidades, verificando ainda as dificuldades encontradas por esses e a satisfação decorrente dessa forma de entrada e sua relação com a satisfação geral com o serviço de saúde bucal da Unidade de Saúde.

Nesse sentido, vamos fazer uso do conceito de acesso traduzindo-o como a possibilidade de consumo garantida através da distribuição planejada de recursos de uma rede de serviços.

A forma como esses usuários têm acesso aos serviços odontológicos dessas Unidades de Saúde foi analisada por essa pesquisa (Tabela 12) e observou-se nas respostas dos usuários diferença significativa quando comparados os tipos de Unidade de Saúde.

Na Unidade de Saúde da Família da zona urbana 100% dos usuários adentram ao serviço por meio do agendamento, realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) durante as visitas domiciliares ou na própria unidade quando o usuário busca o serviço. No caso do PSF rural a organização da oferta dos serviços de saúde bucal se dá, em sua maioria, através da demanda espontânea com distribuição de fichas para o atendimento. Na presente pesquisa dos noventa sujeitos entrevistados 80% recorreram a essa forma de acesso. Essa distribuição se dá uma vez ao mês e tem como critério o fato de ser distribuído uma ficha para cada família por mês. Há também as consultas agendadas para indivíduos dos grupos prioritários (idosos, hipertensos, gestantes), que foi representada na amostra do PSF rural por 20% dos indivíduos (Tabela 12).

Os usuários do serviço não PSF tem como forma de acesso ao serviço à demanda espontânea, com a distribuição de fichas para o dia do atendimento em horário anterior ao atendimento e o critério para a organização é a ordem de chegada à fila. Pode-se observar que existiram quatro sujeitos que alegaram o agendamento como a forma de conseguir a consulta, esses foram correspondentes a duas gestantes e duas idosas com dificuldades de locomoção devido doença, que conseguiram por meio dos ACS do PACS que cobrem essa área que não conta com a Estratégia Saúde da Família, a ficha para o atendimento sem ter que recorrer à fila.

É importante ressaltar que tais informações, adquiridas através das entrevistas com os usuários das unidades, foram confirmadas com profissionais das unidades (os ACS).

**Tabela 12 – Freqüência absoluta e relativa da forma de acesso aos serviços odontológico da Unidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

		<b>FORMA DE ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DA UNIDADE</b>	
		<b>Agendamento</b>	<b>Fichas para atendimento</b>
		n (%)	n (%)
<b>Tipo de unidade</b>	<b>PSF URBANO</b>	90 (100,0)	0 (0,0)
	<b>PSF RURAL</b>	18 (20,0)	72 (80,0)
	<b>NÃO PSF</b>	4 (4,4)	86 (95,6)
	<b>Total</b>	112 (41,5)	158 (58,5)

O que foi possível perceber é que cada equipe define como organizar as ações na atenção básica: a forma de marcação das consultas, a seleção dos pacientes, o nível de atuação dos ACS. Desta forma, a articulação entre a oferta de serviços e a demanda no município é conduzida pela Equipe de Saúde Bucal em cada USF. Algo que também acontece em outros municípios do Rio Grande do Norte, como visto em pesquisa de Souza (2005)<sup>65</sup>, em que 70% dos municípios pesquisados possuem como forma de entrada na Unidade de Saúde da Família para os serviços de saúde bucal o agendamento e, em 30% dos municípios a principal forma de entrada ainda se dá através da livre demanda. Sendo assim a articulação entre a “oferta organizada” e a “demanda espontânea” ainda não faz parte da realidade dos municípios do RN.

Com a utilização do teste do qui-quadrado podemos verificar qual a relação entre a forma de acesso aos serviços de saúde bucal que esses usuários possuem e a satisfação com tal forma de acesso. Ao serem questionados qual era o grau de satisfação com forma de acesso, o sujeito poderia responder: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo. Para aplicação do teste categorizamos como insatisfeitos os que respondessem péssimo, ruim, regular e, satisfeito quem desse como resposta: bom ou ótimo.

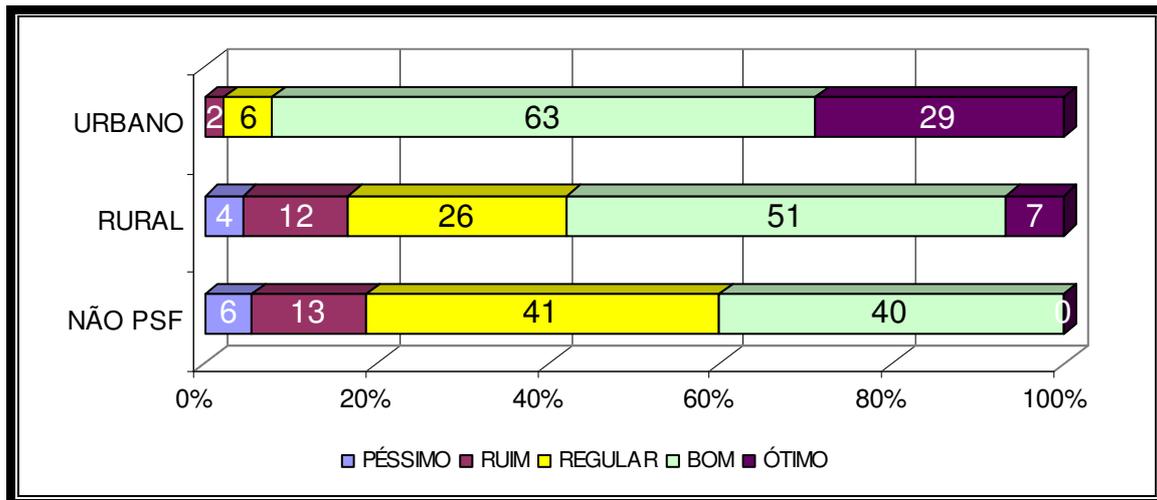
Como pode ser visualizado na Tabela 13 os usuários que tem o agendamento como forma de acesso ao serviço de saúde bucal da unidade encontram-se mais satisfeitos (92%) com essa forma de acesso do que os pacientes que tem a necessidade de recorrer à distribuição de fichas para o atendimento (43%) ( $p < 0,001$ ). De forma geral, entretanto, percebemos que maior parte da amostra encontra-se satisfeita com a forma de acesso ao serviço de odontologia das unidades (171- 63,3%), fato que pode está sendo mascarado pelo grande percentual de satisfação com a forma de acesso *agendamento*.

**Tabela 13 – Frequência absoluta e relativa e valor de  $p$  da satisfação o acesso aos serviços odontológico da Unidade de acordo com a forma de acesso (agendamento ou fichas). Macaíba, RN, 2006.**

		SATISFAÇÃO COM O ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DA UNIDADE		
		Insatisfeito	Satisfeito	$P^*$
		n (%)	n (%)	
<u>Forma de Acesso</u>	AGENDAMENTO	9 (8,0)	103 (92,0)	0,000
	FICHAS	90 (57,0)	68 (43,0)	
	Total	99 (36,7)	171 (63,3)	

\* diferença estatisticamente significativa

A **Erro! Fonte de referência não encontrada.** mostra a distribuição percentual do grau de satisfação com a forma de acesso ao serviço odontológico da Unidade de acordo com o tipo de unidade. Verifica-se o alto percentual da categoria BOM e ÓTIMO para os usuários do grupo do PSF urbano.



**Figura 13 – Distribuição percentual do grau de satisfação com a forma de acesso ao serviço odontológico da Unidade de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN, 2006.**

É importante verificar essa satisfação, já que a facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, portanto, contribui muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a frequência de procura pelo atendimento <sup>56</sup>.

Segundo esse mesmo autor <sup>56</sup> o agendamento atua facilitando o acesso, humanizando a assistência, e através dele é possível priorizar caso de riscos ou grupos específicos, permitindo alterar o modelo exclusivo da demanda espontânea.

Entretanto, ressalvas precisam ser feitas tendo em vista as altas demandas reprimidas com as quais se deparam as ofertas do sistema de saúde. Sendo assim, a forma de acesso deve ser organizada de maneira a não excluir uma demanda espontânea, geralmente urgente e que representa as necessidades sentidas por uma população.

Foi observado na categorização das perguntas abertas, as quais serão dispostas em itens seguintes, que a mudança na forma de acesso, tornando-se prioritariamente pelo agendamento no PSF, foi em alguns casos vista como ponto negativo por certos sujeitos, sendo explicado através da demora para iniciar ou conseguir o tratamento, entretanto essa reclamação foi proporcionalmente menor quando comparada com a insatisfação e incômodo de se conseguir o acesso por via da distribuição de fichas no dia do atendimento chamado também de acesso por livre demanda.

Ao se questionar da dificuldade de se conseguir o atendimento e tratamento odontológico na Unidade, também se obteve uma diferença estatística significativa entre as respostas dos usuários. Como pode ser visualizado na Tabela 14, 84,4% dos usuários da

unidade de saúde urbana que possui o PSF afirmam não existir dificuldade para o atendimento odontológico na Unidade, contra 45,6% dos usuários PSF rural e, 42,2% dos usuários não PSF. Sendo assim, mais da metade dos usuários das unidades do PSF rural (54,4%) e da unidade não PSF (57,8) afirmam ter alguma dificuldades para conseguir o tratamento odontológico na unidade (não houve diferença estatisticamente significativa). Ao comparar essas duas com as respostas dos usuários da unidade PSF urbano, houve diferença estatisticamente significativa em ambos os casos (Tabela 15).

**Tabela 14 – Frequência absoluta e relativa da dificuldade de acesso aos serviços odontológico da Unidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

		<b>DIFICULDADE PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA UNIDADE</b>	
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
		n (%)	n (%)
<b><u>Tipo de unidade</u></b>	<b>PSF URBANO</b>	14 (15,6)	76 (84,4)
	<b>PSF RURAL</b>	49 (54,4)	41 (45,6)
	<b>NÃO PSF</b>	52 (57,8)	38 (42,2)
	<b>Total</b>	115 (42,6)	155 (57,4)

**Tabela 15 – Valores de *p* para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a dificuldade de acesso aos serviços odontológico da Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

		<b><i>p</i></b>
PSF URBANO x	PSF RURAL	0,000*
PSF URBANO x	NÃO PSF	0,000*
PSF RURAL x	NÃO PSF	0,652

\* diferença estatisticamente significativa

A fim de verificar a relação existente entre o tipo de forma de acesso com as dificuldades para atendimento odontológico na unidade, utilizamos o teste do qui-quadrado. Observamos que houve uma diferença significativa entre tais variáveis, onde mais da metade dos usuários que referem como forma de acesso a demanda espontânea (59,5 %), aqui representados em grande parte pelos usuários do PSF rural e do não PSF, citaram algum tipo de dificuldade para o atendimento na unidade ( $p=0,000$ ).

**Tabela 16 – Frequência absoluta e relativa e valor de *p* da dificuldade para o atendimento odontológico na Unidade de acordo com a forma de acesso (agendamento ou fichas). Macaíba, RN, 2006.**

<b><u>Forma Acesso</u></b>	<b>DIFICULDADE PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA UNIDADE</b>		<b><i>P</i>*</b>
	<b>Sim</b> n (%)	<b>Não</b> n (%)	
<b>AGENDAMENTO</b>	21 (18,8)	91 (81,3)	0,000*
<b>FICHAS</b>	94 (59,5)	64 (40,5)	

\* diferença estatisticamente significativa

No estudo de Tegan (2004)<sup>69</sup> observou-se que entre os maiores problemas enfrentados pelo usuário está 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, resultados semelhantes aos de vários estudos<sup>15, 33, 37, 49, 56</sup>.

No presente estudo esses problemas também estiveram presentes, entretanto outras dificuldades surgiram. Na questão referente a essa discussão os itens só seriam marcados se citados pelos usuários, sendo assim verificamos como respostas mais freqüentes para as dificuldades que permeiam o atendimento de saúde bucal das unidades, a pouca quantidade de fichas para extração e restauração (58% e 61% respectivamente), seguidas por presença de filas e espera para o atendimento (Tabela 17). É curioso observar que para o grupo do PSF urbano a dificuldade mais citada foi o difícil agendamento, com pouca ou nenhuma expressão no padrão de respostas dos usuários do PSF rural e do Não PSF. Respostas menos freqüente foram: a ausência de serviço preventivo (1 indivíduo do grupo não PSF) e ausência de encaminhamento para tratamento especializado (2 indivíduos do grupo não PSF). Dente as respostas incluídas na categoria outros, é bastante relevante a freqüência da dificuldade de deslocamento da residência à unidade de saúde para conseguir fichas, onde os usuários alegam ter que acordar e ir para a unidade ainda de madrugada (três, quatro horas da madrugada), estando essa fechada, e ter que enfrentar locais perigosos para tal.

De certa maneira, em grande parte, os fatores citados contribuem para a dificuldade de adentrar ao serviço de saúde bucal das unidades em estudo.

**Tabela 17 – Frequência absoluta e relativa dos tipos de dificuldade para o atendimento aos serviços odontológico da Unidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

	Poucas fichas para extração	Poucas fichas para restauração	Ausência de TTT completo	Presença de filas	Espera para o ATD	Difícil agendamento	Outros
<b>PSF URBANO</b>	0	0	1	6	4	7	0
<b>PSF RURAL</b>	30	38	3	22	17	5	17
<b>NÃO PSF</b>	37	32	7	36	12	4	26
<b>TOTAL</b>	67 (58%)	70 (61%)	11 (10%)	64 (56%)	33 (29%)	16 (14%)	43 (37%)

## 5.6. ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA

Para verificar informações sobre acessibilidade geográfica, foi questionado se havia algum tipo de dificuldade para ir da residência do usuário até à Unidade de Saúde para realização do atendimento odontológico. A facilidade na acessibilidade se constitui também numa das formas de acesso às ações e serviços de saúde, portanto deve-se conhecer e tentar ultrapassar obstáculos que estejam impedindo a acessibilidade, pois muitas vezes a não resolução de problemas de saúde pode estar no simples fato da dificuldade de se chegar de forma física na solução desses problemas.

As informações concernentes a essa pergunta podem ser visualizadas na Tabela 18, na qual ficou evidente que, os usuários do grupo não PSF (37,8%) afirmam possuir maior dificuldade, tanto quando comparado com o PSF urbano (2,2%) quanto com o PSF rural (8,9), e entre esses dois últimos não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 19). A forma de deslocamento mais freqüente foi a caminhada. Provavelmente essas respostas se devem ao fato dos usuários morarem próximos à Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família.

Tabela 18 – Frequência absoluta e relativa da dificuldade na acessibilidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.

		DIFICULDADE NA ACESSIBILIDADE	
		Sim	Não
		n (%)	n (%)
<b>Tipo de unidade</b>	<b>PSF URBANO</b>	2 (2,2)	88 (97,8)
	<b>PSF RURAL</b>	8 (8,9)	82 (91,1)
	<b>NÃO PSF</b>	34 (37,8)	56 (62,2)
	<b>Total</b>	44 (16,3)	226 (83,7)

Tabela 19 – Valores de *p* para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a dificuldade de acessibilidade à Unidade. Macaíba, RN, 2006.

DIFICULDADE NA ACESSIBILIDADE		<i>p</i>
PSF URBANO x PSF RURAL		0,051
PSF URBANO x NÃO PSF		0,000*
PSF RURAL x NÃO PSF		0,000*

\* diferença estatisticamente significativa

No meio rural houve indivíduos que alegaram a distância como dificuldade e que isso juntamente com a pouca disponibilidade de fichas para o atendimento contribuía como dificuldades neste quesito. Isso é também compreensível, pois na área rural as casas se situam meio distantes uma das outras e a unidade de saúde fica um pouco mais afastada de algumas residências. Na zona urbana a unidade de saúde com o PSF está disposta no centro das microáreas a ela adscritas, esse fator representou menor dificuldade para os usuários acessarem os serviços odontológicos das unidades de saúde, os dois sujeitos que alegaram dificuldades afirmaram que essa se devia a debilidade física a eles inerente. Já a unidade que não possui o PSF fica localizada numa área central na zona urbana, porém por não ter uma população definida para as suas ações, tem uma demanda reprimida alta podendo até ser demandada pelos usuários que são adscritos por Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família. Esse fato impõe ao usuário disposição para enfrentamento de filas, e para elevado tempo de espera já que por ser fichas entregues para o próprio dia do atendimento, força o

usuário a passar uma duração maior no local para obter o atendimento, considerando o momento de sua chegada ao serviço até a resolução de seu problema.

De forma geral, através de uma análise do conteúdo da subdivisão dessa pergunta, onde se questionava quais eram essas dificuldades, emergiram duas categorias para as respostas dos usuários Não PSF, nas quais eles relacionam as dificuldades com a distância da sua residência até a Unidade, e associam com a dificuldade no acesso, já que na maioria é citado o perigo, pois há a necessidade de muito cedo ir tentar conseguir ficha para o atendimento e ter que atravessar locais tidos como perigosos, algo já citado na pergunta anterior e aqui reforçado. Para os sujeitos do PSF Urbano com respostas negativas à acessibilidade, todos relacionaram ao atual estado físico de saúde, daí a dificuldade de se conseguir ir até a Unidade.

O resultado proveniente dessa pergunta possibilitou confirmar a insatisfação dos usuários com as dificuldades impostas pela forma de organização do modelo de assistência, o qual ainda é baseado em grande parte na livre demanda.

## **5.7. ATIVIDADES EDUCATIVAS E VISITA DOMICILIAR**

Com intenção de verificar a integração das ações de reabilitação prevenção e de promoção, houve o interesse de conhecer a realização de atividades educativas pela equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde ocorridas dentro ou fora do ambiente da unidade, quais os tipos dessas intervenções e, saber da satisfação dos usuários com essas atividades.

Dentro da lógica da reorganização da atenção básica e sendo o PSF instrumento de operacionalização dessa, necessário se faz conhecer como essas unidades da Estratégia de Saúde da Família estão conseguindo articular e integrar as ações individuais e coletivas para atender as necessidades expressas ao adoecimento e ainda comparar tais unidades com aquelas que mesmo pertencendo a atenção básica não possuem a Estratégia.

Em estudo desenvolvido por Souza (2005) <sup>65</sup>, verificou-se que de acordo com os gestores entrevistados, as principais ações introduzidas após a incorporação da saúde bucal no PSF foram as ações de caráter preventivo e educativo. Importante observar que as visitas domiciliares também foram citadas como ações introduzidas.

Foi verificado no presente estudo que 79 (87,9%) dos usuários do grupo não PSF nunca participaram de nenhuma atividade educativa que tenha sido desenvolvida pelo

dentista. Quanto aos usuários do PSF, por mais que nesses grupos a participação nessas atividades tenha sido menor que 50% da amostra, houve maior participação (Tabela 20).

No PSF rural 39 (43,3%) indivíduos afirmaram participação em tais atividades e no PSF urbano 30 (33,3%) sujeitos, não havendo diferença estatisticamente significativa para tais grupos (Tabela 20).

Nesse sentido, percebemos através das respostas, a diferença estatística significativa que ocorreu entre os grupos de usuários do PSF (urbano e rural) e o do não PSF quando analisada as ações educativas desenvolvidas, onde o valor de  $p=0,001$  quando comparado grupo não PSF com PSF urbano e  $p= 0,000$  grupo não PSF e PSF rural (Tabela 21).

**Tabela 20 – Freqüência absoluta e relativa da participação em atividades educativas desenvolvidas pelo dentista da Unidade de Saúde de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

		PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS PELO DENTISTA	
		Sim n (%)	Não n (%)
<u>Tipo de unidade</u>	PSF URBANO	30 (33,3)	60 (66,7)
	PSF RURAL	39 (43,3)	51 (56,7)
	NÃO PSF	11 (12,2)	79 (87,8)
	Total	80 (29,6)	190 (70,4)

**Tabela 21 – Valores de  $p$  para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a da participação em atividades educativas desenvolvidas pelo dentista da Unidade de Saúde. Macaíba, RN., 2006.**

PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS PELO DENTISTA		$p$
PSF URBANO x PSF RURAL		0,168
PSF URBANO x NÃO PSF		0,001*
PSF RURAL x NÃO PSF		0,000*

\* diferença estatisticamente significativa

Os indivíduos que participaram dessas atividades afirmaram que foi através de palestras (89%) e com menor expressão, cursos e presença do dentista na escola dos filhos. Com relação à satisfação, 100% deles consideraram ter gostado da atividade. Ao serem questionados o porquê, percebemos respostas que foram subcategorizadas em: Aquisição de informações, onde os sujeitos afirmaram ter gostado, pois adquiriram e/ou reforçaram algum tipo de “conhecimento” que não possuía, e em Facilidade de transmissão de informações, na qual se enquadraram respostas relacionadas à relação entre o profissional e a comunidade e a interação desses.

Diante dos resultados apresentados, percebe-se que a atuação do profissional da saúde bucal como educador em saúde no espaço extra-consultório, ainda é incipiente e, quando presente se estabelece através de métodos que perderam o prestígio diante da complexidade do educar em saúde.

Uma possibilidade de ser tão pouco referidas as atividades educativas em saúde bucal, seria uma percepção diferente que o usuário do serviço possui da amplitude de tais ações. Já que dentro de sua memória social, esse indivíduo não está acostumado a perceber atitudes educativas frente a uma prática eminentemente curativa e reabilitadora.

Outra maneira de conhecer a integração de ações curativas e preventivas e a obediência aos princípios da Estratégia Saúde da Família foi questionar sobre a realização de visita domiciliar. Apesar de vários estudiosos verem a visita domiciliar como uma prática banal, desnecessária e que até mesmo fere a privacidade dos sujeitos e que os impõe o poder do Estado, necessário se faz uma outra forma de percepção. Pois, a visita ao domicílio, de fato, implica uma nova forma de relação médico/paciente, diferente daquela estabelecida nos limites dos serviços mais formais de assistência, indicando uma conduta de maior qualidade do profissional de saúde. Além de oferecer aos profissionais de saúde novas portas de entrada na vida cotidiana das pessoas e um maior poder de influência quanto às medidas e aos comportamentos de saúde a serem adotados pela população <sup>70</sup>.

Foi possível perceber no presente estudo que em todos os grupos as visitas domiciliares são escassas, do total da amostra apenas 21,7% já foram visitados por alguém da equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde (Tabela 22). Entretanto, no grupo de usuários do PSF urbano a realização de visitas domiciliares pela equipe de saúde bucal foi mais freqüente, onde 37,8% dos indivíduos já tiveram a visita. Houve diferença estatística significativa entre o grupo PSF urbano e os outros dois grupos, enquanto o PSF rural, apesar de maior

porcentagem de visitas (17,8%) que o não PSF (8,9%) se assemelhou a esse grupo (Tabela 23).

**Tabela 22 – Frequência absoluta e relativa de visita domiciliar realizada pela equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

		VISITA DOMICILIAR	
		Não	Sim
		n (%)	n (%)
<u>Tipo de unidade</u>			
	<b>PSF URBANO</b>	56 (62,2)	34 (37,8)
	<b>PSF RURAL</b>	74 (82,2)	16 (17,8)
	<b>NÃO PSF</b>	82 (91,1)	8 (8,9)
	<b>Total</b>	212 (78,5)	58 (21,5)

**Tabela 23 – Valores de *p* para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a de visita domiciliar realizada pela equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde. Macaíba, RN, 2006.**

		<i>p</i>
PSF URBANO x PSF RURAL	0,003*	
PSF URBANO x NÃO PSF	0,000*	
PSF RURAL x NÃO PSF	0,079	

\* diferença estatisticamente significativa

O valor encontrado para o grupo não PSF era de se esperar tendo em vista ser, a visita domiciliar, uma prática tida como inovadora para a Estratégia Saúde da Família. Agora, já os reduzidos números para as unidades com PSF, podem se dever em grande parte ao próprio ponto vista dos profissionais de “não se ocupar” com funções que podem ser destinadas aos ACS, já que aqueles têm uma alta demanda a atender.

## 5.8. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Entre os objetivos desse estudo tínhamos como necessidade conhecer a satisfação do usuário com os serviços oferecidos, com a relação profissional–paciente e com a estrutura (física e humana), objetivos estes alcançados com a entrevista utilizada como pode ser visto nos resultados a seguir.

Na Tabela 24 é possível observar a frequência das respostas quando perguntado ao usuário se toda vez que ele foi atendido na Unidade ele gostou do atendimento dado pelo dentista e por seus auxiliares. Observa-se que 95,9% de todos os sujeitos dizem estar satisfeitos com o atendimento recebido da equipe de saúde bucal, e que os usuários das unidades que possuem a Estratégia Saúde da Família estão mais satisfeitos com o atendimento dado pelo dentista e sua equipe do que aqueles usuários do serviço não PSF,  $p=0,009$  para ambos os cruzamentos (Tabela 25).

**Tabela 24 – Frequência absoluta e relativa da satisfação com atendimento dado pela equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

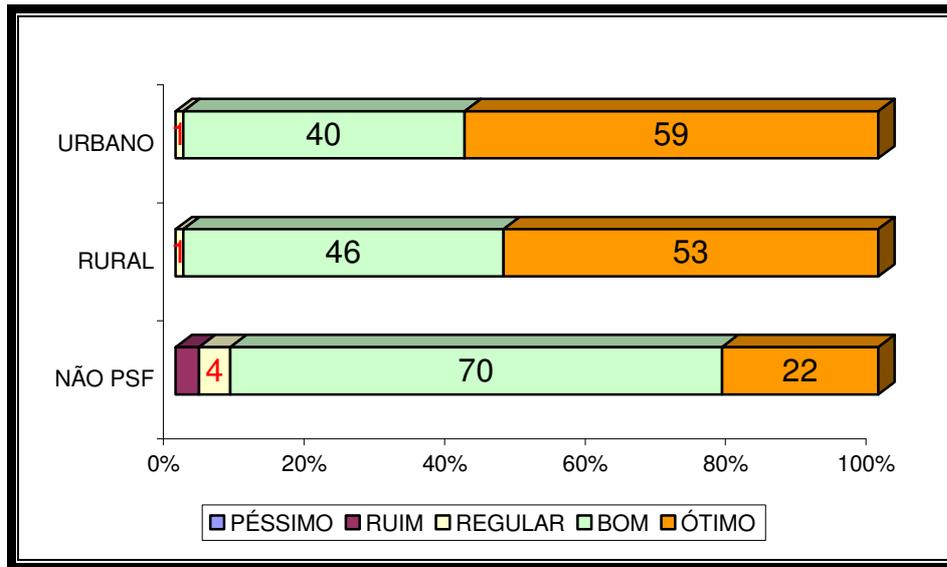
		SATISFAÇÃO COM ATENDIMENTO DADO PELO DENTISTA E SUA EQUIPE	
		Sim n (%)	Não n (%)
<u>Tipo de unidade</u>	<b>PSF URBANO</b>	89 (98,9)	1 (1,1)
	<b>PSF RURAL</b>	89 (98,9)	1 (1,1)
	<b>NÃO PSF</b>	81 (90,0)	9 (10,0)
	<b>Total</b>	259 (95,9)	11 (4,1)

**Tabela 25 – Valores de  $p$  para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a satisfação com atendimento dado pela equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde. Macaíba, RN, 2006.**

		$p$
PSF URBANO x	PSF RURAL	1,000
PSF URBANO x	NÃO PSF	0,009*
PSF RURAL x	NÃO PSF	0,009*

\* diferença estatisticamente significativa

Ainda nessa questão, pedíamos para o usuário classificar em grau a sua satisfação (péssimo, ruim, regular, bom, ótimo). Se fôssemos analisar a satisfação dos usuários do PSF quanto a essa questão diríamos que os usuários da unidade urbana estão mais satisfeitos, já que 59% classificaram como ótimo o atendimento (Figura 14).



**Figura 14 – Distribuição percentual do grau de satisfação com o atendimento dado pelo dentista e sua equipe de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN, 2006.**

A principal categoria que emergiu ao perguntar-se do porquê dele ter gostado, foi a Relação profissional-paciente em que o usuário valoriza a humanização e atenção dado pelo dentista a ele antes e durante o atendimento. Surgiu ainda a categoria Técnica dos procedimentos, que se refere a qualidade técnica dos procedimentos realizados pelo dentista, porém com citação bem menos expressiva.

Em estudos semelhantes<sup>61, 69</sup> onde também foi verificada tal variável, a satisfação dos usuários com o atendimento recebido pelo dentista foi igualmente alta (acima de 75%). No estudo de Tengan (2004)<sup>69</sup>, em que entrevistou 101 usuários dos serviços odontológicos de Unidades Básicas de Saúde de um município de pequeno porte de São Paulo, também foi feita a classificação em grau para tal variável, e como resultado 91% consideraram ótimo e 9% bom.

É interessante observar que as relações pessoais entre usuários/pacientes e profissionais de saúde nos serviços são bastante valorizadas pelos primeiros, sendo identificadas como um potente indicador de qualidade<sup>54</sup>.

Ao serem questionados se o número de profissionais existentes (dentistas) era suficiente para atender toda a comunidade, 59% da amostra afirmou que sim (Tabela 26). De forma geral os três grupos concordaram em mais de 50% com a pergunta. Os usuários do grupo PSF rural foram os que menos concordaram com a questão (51%), enquanto que os usuários do PSF urbano (72,2%) estão mais satisfeitos com a relação profissional/habitante. De acordo com o valor de *p* (Tabela 27) observou-se que devido essa alta satisfação do grupo

PSF urbano houve diferença significativa do ponto de vista estatístico quando comparadas com os dois outros grupos.

**Tabela 26 – Frequência absoluta e relativa da satisfação com o número de dentistas para atendimento das necessidades de saúde bucal da comunidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

		NÚMERO DE DENTISTAS SUFICIENTE PARA A COMUNIDADE	
		Sim n (%)	Não n (%)
<u>Tipo de unidade</u>	<b>PSF URBANO</b>	65 (72,2)	25 (27,8)
	<b>PSF RURAL</b>	46 (51,1)	44 (48,9)
	<b>NÃO PSF</b>	49 (54,4)	41 (45,6)
	<b>Total</b>	160 (59,3)	110 (40,7)

**Tabela 27 – Valores de *p* para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a satisfação com o número de dentistas para atendimento das necessidades de saúde bucal da comunidade. Macaíba, RN, 2006.**

		<i>p</i>
		PSF URBANO x PSF RURAL
PSF URBANO x NÃO PSF	0,013*	
PSF RURAL x NÃO PSF	0,654	

\* diferença estatisticamente significativa

De acordo com documentos oficiais do município conhecemos o número de famílias e/ou pessoas adscritas a cada unidade do PSF aqui estudadas. A unidade do PSF rural atende a 641 famílias (2.581 pessoas) enquanto que a do PSF urbano é responsável por 661 famílias (2.519 pessoas). A unidade não PSF não possui uma população definida, entretanto teoricamente é responsável por toda área não coberta pelo PSF do município (aproximadamente 40% da população). Essa relação é considerada muito boa tendo em vista a proporção que é proposta pela Portaria Nº- 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006, onde para cada Equipe de Saúde da Família (ESF) (uma ESF deve cobrir até 4.000 pessoas) pode está integrada uma ou duas Equipe de Saúde Bucal (ESB) <sup>11</sup>.

Antes de mostrar os resultados referentes à satisfação com as condições físicas das Unidades de Saúde, se faz necessário frisar que a Unidade de Saúde da Família (USF) da zona rural já existia como UBS antes da iniciativa Saúde da Família, ou seja, sofreu o processo substitutivo. Há seis meses atrás, a unidade passou por reformas na estrutura física e está entre as unidades modelo do município, fato confirmado através de visita feita pela pesquisadora. A USF da zona urbana é alocada em uma residência alugada para tal fim, fato freqüente com outras unidades, apesar de ser considerada uma boa residência o imóvel não foi construído com a finalidade a qual atualmente se propõe, sendo, portanto ponto de insatisfação da população, mínima que seja.

Sendo assim, ao analisarmos o padrão das respostas em relação à satisfação com as condições físicas das Unidades de Saúde freqüentadas, as informações da Tabela 28, mostram que os usuários da Unidade PSF rural estão mais satisfeitos com as condições físicas da Unidade (local, prédio, limpeza, espaço). Essa alta satisfação com as condições físicas da USF rural levou a diferença estatisticamente significativa quando comparadas com os dois outros grupos (Tabela 29). Entretanto, de forma geral, a satisfação com esse item estudado se mostrou elevada para as três unidades aqui analisadas.

No entanto, as condições físicas da unidade de saúde não interferem com a satisfação geral do serviço de saúde bucal da unidade, já que ao cruzar tais variáveis obteve-se como resultado  $p=0,149$ .

**Tabela 28 – Freqüência absoluta e relativa da satisfação com as condições físicas da Unidade de Saúde de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

		<b>SATISFAÇÃO COM AS CONDIÇÕES FÍSICAS DA UNIDADE</b>	
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Tipo de unidade</b>	<b>PSF URBANO</b>	85 (94,4)	5 (5,6)
	<b>PSF RURAL</b>	90 (100,0)	0 (0,0)
	<b>NÃO PSF</b>	84 (93,3)	6 (6,7)
	<b>Total</b>	259 (95,9)	11 (4,1)

**Tabela 29 – Valores de  $p$  para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a satisfação com as condições físicas da Unidade de Saúde. Macaíba, RN. 2006.**

<b>SATISFAÇÃO COM AS CONDIÇÕES FÍSICAS DA UNIDADE</b>		<i>p</i>
PSF URBANO x PSF RURAL		0,023*
PSF URBANO x NÃO PSF		0,756
PSF RURAL x NÃO PSF		0,013*

\* diferença estatisticamente significativa

Entre esses usuários do PSF urbano a principal categoria que surgiu ao se perguntar o que falta nessa Unidade de Saúde, a citação mais freqüente foi com relação ao espaço físico, onde foi bastante evidente a reclamação com o tamanho reduzido da sala odontológica, já entre os usuários não PSF a principal queixa foi referente à limpeza. Tendo em vista a forma como geralmente são alocadas essas Unidades de Saúde da Família, em residências adaptadas, é de se esperar que não haja condições adequadas para o atendimento da população.

## 5.9. SATISFAÇÃO GERAL

O último questionamento realizado para o usuário foi para classificar em grau (péssimo, ruim, regular, bom, ótimo) a sua satisfação geral com o serviço de saúde bucal da Unidade de Saúde. Tendo em vista identificar quais variáveis podiam estar influenciando a satisfação geral, realizamos a categorização dessa variável em: satisfeito (bom, ótimo) e insatisfeito (péssimo, ruim, regular).

Verificamos que não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo PSF urbano e PSF rural, sendo assim, optou-se por agrupar as duas unidades em unidades com Saúde da Família e, então, cruzar com a unidade não PSF. Como resultado, observamos que os usuários da unidade de saúde que possui a Estratégia Saúde da Família, estão mais satisfeitos (96%) com o serviço de saúde bucal oferecido que aqueles usuários da unidade sem a Estratégia (69%), verificando uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ) para tal cruzamento (Tabela 30).

**Tabela 30 – Frequência absoluta e relativa da satisfação geral com o serviço de saúde bucal da Unidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

		SATISFAÇÃO GERAL COM O SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL DA UNIDADE		
		Insatisfeito	Satisfeito	<i>p</i>
		n (%)	n (%)	
<u>Tipo de unidade</u>	UNIDADE PSF	7 (3,9)	173 (96,1)	0,000*
	NÃO PSF	28 (31,1)	62 (68,9)	

\* diferença estatisticamente significativa

Ao cruzar as demais variáveis com a satisfação geral observamos que, as variáveis forma de acesso ao tratamento odontológico na unidade, presença de visita domiciliar, satisfação com atendimento dado pelo dentista e sua equipe, número de dentista suficiente para a comunidade, classe social, resultaram em valores de  $p < 0,05$ , demonstrando que influenciam na satisfação geral do usuário.

Sendo assim, os usuários que tem o agendamento como forma de acesso aos serviços de saúde bucal estão mais satisfeitos com este serviço. Além disso, aqueles que receberam a visita domiciliar por parte do dentista e sua equipe também estão mais satisfeitos. A satisfação com o atendimento dado pelo dentista e sua equipe foi altamente significativo ( $p < 0,001$ ) para a satisfação geral com o serviço de saúde bucal, um pouco menos significativo ( $p = 0,004$ ), porém com semelhança, a satisfação com o número de dentistas também refletiu na satisfação geral. Outra variável que também demonstrou significância foi a classe social, em que quanto mais baixa (classe D), maior a satisfação geral com o serviço de saúde bucal.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Santos (2005)<sup>61</sup> que associou a satisfação dos usuários ao quantitativo de unidades e ao número elevado de profissionais existente no município, facilitando o agendamento, trazendo uma satisfação para o paciente. Tanto no estudo de Bosi (1998)<sup>4</sup> quanto no de Tengan (2004)<sup>69</sup>, a relação profissional-paciente (maior citação da satisfação como atendimento) sobressai como o elemento mais destacado no julgamento da qualidade do atendimento, associando-se a satisfação com o serviço, superando, até mesmo, critérios tradicionalmente valorizados como, por exemplo, a competência dos profissionais.

Com relação à classe social, é bom lembrar que o baixo nível sócio econômico e a dependência deste tipo de assistência, podem levar a uma avaliação positiva dos serviços de saúde prestados, demonstrando que os usuários parecem ter expectativas baixas no que diz respeito ao tipo de serviço que sistemas públicos podem prover<sup>27, 33, 69</sup>.

Variáveis como, idade, escolaridade, resolução do problema e satisfação com as condições físicas da unidade não pareceram influenciar a satisfação geral com os serviços de saúde bucal da unidade (Tabela 31).

**Tabela 31 – Frequência absoluta e relativa da satisfação geral com o serviço de saúde bucal da Unidade de acordo com a forma de acesso, a visita domiciliar, a satisfação com o atendimento e com as condições físicas da unidade, o número de dentistas, a resolubilidade do problema e a classe social, idade e escolaridade dos usuários. Macaíba, RN, 2006.**

		GRAU DE SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL DA UNIDADE		
		insatisfeito	satisfeito	
FORMA DE ACESSO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA UNIDADE	AGENDAMENTO FICHAS NO DIA DO ATENDIMENTO	3 (2,7)	109 (97,3)	p=0,000
		32 (20,3)	126 (79,7)	
VISITA DOMICILIAR	NÃO	32 (15,1)	180 (84,9)	p=0,046
	SIM	3 (5,2)	55 (94,8)	
SATISFAÇÃO COM ATENDIMENTO DADO PELO DENTISTA E SUA EQUIPE	SIM	26 (10,0)	233 (90,0)	p=0,000
	NÃO	9 (81,8)	2 (18,2)	
NUMERO DE DENTISTA SUFICIENTE PARA A COMUNIDADE	SIM	13 (8,1)	147 (91,9)	p=0,004
	NÃO	22 (20,0)	88 (80,0)	
SATISFAÇÃO COM AS CONDIÇÕES FÍSICAS DA UNIDADE	SIM	32 (12,4)	227 (87,6)	p=0,149
	NÃO	3 (27,3)	8 (72,7)	
CLASSE SOCIAL DE ACORDO COM O CRITÉRIO BRASIL	D	18 (11,0)	146 (89,0)	p=0,020
	C	16 (16,7)	80 (88,3)	
RESOLUBILIDADE DA NECESSIDADE OU PROBLEMA	SIM	31 (12,4)	220 (87,6)	p=0,276
	NÃO	4 (21,1)	15 (78,9)	
IDADE EM ANOS	1	16 (11,5)	123 (88,5)	p=0,464
	2	19 (14,5)	112 (85,5)	
ESCOLARIDADE EM ANOS	1	23 (14,3)	138 (85,7)	p=0,432
	2	12 (11,0)	97 (89,0)	

## 5.10. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Diante das satisfações e insatisfações dos usuários dos serviços de saúde bucal, surge a pergunta: qual a participação desses usuários nas decisões desse serviço? Como esses usuários expressam suas insatisfações, sugestões? Enfim, saber se ao menos esses sujeitos discutem os problemas de saúde da comunidade e se têm consciência da existência dos conselhos municipais de saúde, instrumento potente de participação social.

O papel dos usuários de saúde na relação cotidiana que estabelecem com a rede dos serviços e com os profissionais que nela atuam, longe de significar a mera busca de assistência, inscreve-se numa prática pluridimensional, dentre as quais se podem destacar a dimensão política <sup>4</sup>.

**Quando os usuários foram questionados sobre a participação em reuniões que discutam os problemas de saúde da comunidade, 41,1% dos indivíduos do grupo PSF RURAL disseram já ter participado ou conhecer alguém que participe dessas reuniões, contra 15,6% e 18,9% dos usuários do grupo PSF urbano e não PSF, respectivamente (Tabela 32). A diferença entre tais grupos fica evidente através do valor de p que distingui o PSF rural dos outros dois grupos (**

Tabela 33).

**Tabela 32 – Frequência absoluta e relativa da participação de usuários em reuniões que discutam os problemas de saúde da comunidade de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.**

		<b>PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES QUE DISCUTAM OS PROBLEMAS DE SAÚDE DA COMUNIDADE</b>	
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
		n (%)	n (%)
<b><u>Tipo de unidade</u></b>			
	<b>PSF URBANO</b>	14 (15,6)	76 (84,4)
	<b>PSF RURAL</b>	37 (41,1)	53 (58,9)
	<b>NÃO PSF</b>	17 (18,9)	73 (81,1)
	<b>Total</b>	68 (25,2)	202 (74,8)

**Tabela 33 – Valores de  $p$  para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo a participação de usuários em reuniões que discutam os problemas de saúde da comunidade. Macaíba, RN. 2006.**

<b>PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES QUE DISCUTAM OS PROBLEMAS DE SAÚDE DA COMUNIDADE</b>		<i>p</i>
PSF URBANO x PSF RURAL		0,000*
PSF URBANO x NÃO PSF		0,554
PSF RURAL x NÃO PSF		0,001*

\* diferença estatisticamente significativa

Ainda assim, o envolvimento da população com discussões que debatam o atual sistema de saúde pública é muito baixo. Em nosso estudo observamos que apenas 25% dos indivíduos entrevistados já se interessaram em conhecer ou participar de tais reuniões. Ao serem questionados a respeito do conhecimento da existência de um Conselho Municipal de Saúde não houve diferença no padrão de respostas entre os grupos (Tabela 34 e Tabela 35), em que aproximadamente 90,0% dos usuários (para os três grupos) afirmaram não conhecer o Conselho Municipal de Saúde.

É claro que, conhecer um determinado órgão ou instituição não significa necessariamente participar dele, ou até mesmo saber qual a sua função. No entanto, tendo em vista a importância que tal órgão vem apresentando dentro do processo de reorganização do SUS seria de se esperar que os próprios municípios os tornassem mais conhecidos da população, no intuito de realmente ativá-los com transparência e real poder decisório.

Tabela 34 – Frequência absoluta e relativa do conhecimento do Conselho Municipal de Saúde de acordo com tipo de Unidade. Macaíba, RN, 2006.

		CONHECIMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	
		Sim n (%)	Não n (%)
<u>Tipo de unidade</u>	PSF URBANO	7 (7,8)	83 (92,2)
	PSF RURAL	10 (11,1)	80 (88,9)
	NÃO PSF	10 (11,1)	80 (88,9)
	<b>Total</b>	27 (10,0)	243 (90,0)

Tabela 35 – Valores de *p* para o cruzamento entre os tipos de Unidades de Saúde segundo o conhecimento do Conselho Municipal de Saúde. Macaíba, RN, 2006.

CONHECIMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE		<i>p</i>
PSF URBANO x PSF RURAL		0,445
PSF URBANO x NÃO PSF		0,445
PSF RURAL x NÃO PSF		1,000

Essa situação deixa claro que os usuários não conhecem o poder decisório que possuem, teoricamente estabelecido pela própria constituição na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, nas discussões a respeito da saúde e, na gestão do SUS no Brasil.

Esse fato é evidenciado no estudo de Bosi (1998)<sup>4</sup>, no qual aborda a questão da cidadania e da participação popular em saúde, verificou-se que os usuários não se sentem capazes de alterar quadro algum. Eles acreditam que a realidade só pode ser transformada por outros segmentos já que se percebem claramente excluídos do poder. Mais do que isto: não percebem em si qualquer possibilidade de exercer poder.

De acordo ainda com esse autor os usuários não encontram canais de expressão para expressar sua (in)satisfação. Entretanto cabe aqui discordar, já que mais do que nunca tem se dado importância de fazer esse ator atuar conjuntamente com os demais na gestão do SUS. Exemplos de canais criados para que esses possam se expressar, são os conselhos de saúde, as

conferencias de saúde a ouvidoria SUS. Percebe-se que o que realmente existe é um desconhecimento por parte da população de uma consciência política e participativa nas mudanças do sistema de saúde. Cabem aos profissionais e administradores da saúde promover e desenvolver, dentro dos processos cotidianos de educação popular em saúde, metodologias que visem ampliar e qualificar a participação social no SUS.

### 5.11. PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS

No sentido de conhecer algumas outras variáveis que atuem na satisfação do usuário e tenham escapado de nossa análise foram realizadas perguntas abertas que questionaram sobre os pontos positivos e negativos do atendimento odontológico prestado pela Unidade e o que podia ser feito para melhorar tal serviço (Quadro 1). É importante ressaltar que as citações com frequência inferior a cinco foram suprimidas do quadro.

As respostas às questões abertas estiveram em consonância com o que foi observado nas respostas fechadas, confirmando-se, assim, que estes usuários valorizam a relação profissional-paciente como ponto positivo a ser ressaltado no serviço de saúde bucal das Unidades. Ainda nesta categoria, percebe-se que os usuários que utilizam os serviços das Unidades PSF encontram-se mais satisfeitos (visto na subcategoria *Total satisfação*) do que os que não possuem a estratégia.

Com relação aos pontos negativos, quando esses existem, estão diretamente relacionados com fatores que atuam na organização do acesso destes usuários aos serviços de saúde bucal da Unidade respectiva, que, por sua vez, encontram relação com as sugestões de melhoria. Observa-se, ainda, que a satisfação dos usuários PSF reflete na menor frequência de pontos negativos no serviço de saúde bucal citados por esses e no menor índice de sugestões de mudança (Quadro 1).

**Quadro 1 – Categorias e principais subcategorias (frequência absoluta)**

CATEGORIAS	PRINCIPAIS SUBCATEGORIAS	PSF Urbano	PSF Rural	Não PSF
<b>Pontos positivos do serviço de saúde bucal</b>	🚩 Relacionamento profissional-paciente	65	63	51
	🚩 Qualidade técnica dos procedimentos	15	11	14
	🚩 Condições físicas (limpeza e organização)	04	10	09
	🚩 Total satisfação	15	17	00

<b>Pontos negativos do serviço de saúde bucal</b>	✚ Incômodo para pegar fichas/marcar consulta	01	01	34
	✚ Reduzido número de fichas para alta demanda	02	17	17
	✚ Dificuldade de acessibilidade (distância)	00	00	18
	✚ Reduzido número de profissionais	10	06	05
	✚ Demora para o atendimento	01	02	08
	✚ Gosta de tudo/Não falta nada/Não respondeu	66	66	11
<b>Sugestão de melhorias</b>	✚ Aumentar e melhorar o acesso ao tratamento (número de fichas)	03	35	29
	✚ Aumentar o quadro profissional	22	33	17
	✚ Aumentar/melhorar a estrutura física	01	00	08
	✚ Consulta agendada com tratamento completo	00	07	11
	✚ Acesso a tratamentos especializados	04	02	05
	✚ Nada/Não soube responder	51	23	18

Na opção de resposta *Sugestão de melhoria*, fizemos uma classificação da variável em *sim* e *não sugeriram* no intuito de visualizar o percentual de usuários de cada unidade que fizeram tais sugestões. Da amostra total 65% dos usuários fizeram algum tipo de sugestão para melhoria dos serviços. Os usuários do PSF rural foram os que mais sugeriram alguma coisa (77%). Ao categorizar a pergunta vamos ter como subcategoria mais freqüente, aumentar e/ou melhorar o acesso ao serviço de saúde bucal da unidade (Figura 15).

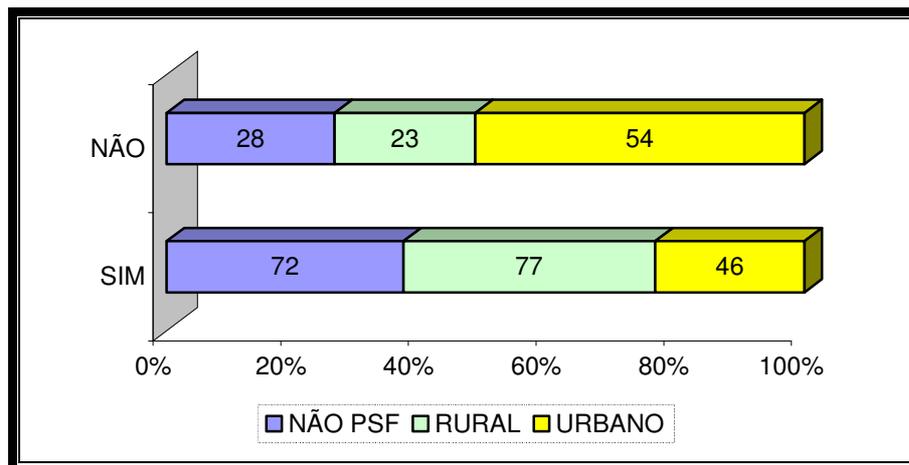


Figura 15 – Distribuição percentual de sugestões para melhorias do serviço de saúde bucal da unidade de acordo com o tipo de unidade. Macaíba, RN, 2006.



## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Durante o desenvolvimento do estudo percebemos o empenho do município na reorganização da atenção básica em saúde, através da implantação de novas Unidades de Saúde da Família nos últimos cinco anos e da pretensão de expandir para 100% a cobertura populacional. Além disso, no setor de saúde percebe-se a busca de estabelecer relação de uma equipe de Saúde da Família para uma equipe de Saúde Bucal. No entanto, é conveniente observar que as mudanças previstas nas diretrizes gerais do Programa de Saúde da Família ainda estão acontecendo de forma nem sempre consolidada no Município estudado. As práticas e ações em saúde bucal apresentaram forte caráter curativo e cirúrgico, relegando a um segundo plano práticas preventivas e educacionais, e, desta forma, percebe-se que o modelo tradicional de atenção ainda é bastante atuante.

A não definição de uma determinada forma de acesso ao serviço, algo observado nas Unidades com PSF, demonstra que inexistente um consenso de qual maneira seria mais adequada para a organização da oferta destes serviços. Porém, o fato do agendamento se apresentar como forma que mais agrada os usuários não significa dizer que não possa coexistir com o atendimento a uma livre demanda, que possui as suas necessidades reprimidas. Isto pode ser algo acordado e definido com a participação de todos que compõem o serviço de saúde bucal da Unidade.

Na contramão das dificuldades encontradas pelo PSF em estabelecer um novo modelo de práticas está a maior satisfação dos usuários com os serviços de saúde bucal quando comparados com os usuários da Unidade sem a estratégia. Esta maior satisfação esteve associada, em grande parte, com a inserção, por mais incipiente que seja, de novas práticas em saúde, sendo estas mais humanizadas, com interesse na busca das famílias no domicílio e na organização da forma de acesso através do agendamento.

Quanto à satisfação dos usuários, pôde-se verificar que eles percebem as dificuldades com a forma de acesso como fator de insatisfação e que a relação deles com os profissionais é altamente valorizada, onde dimensões como carinho, atenção, paciência foram amplamente citados.

Numa visão mais abrangente, tem-se que o grande desafio da ESF é mudar. Mudar a forma de produzir cuidado, e ao mesmo tempo atender as altas demandas reprimidas, mudar a própria atuação do dentista, formado e habituado com os encantos tecnicistas e tecnológicos da profissão, mudar a forma como os usuários entendem a saúde, sendo essa só possível através do atendimento aos procedimentos curativos e, baseada na dependência da pessoa do médico e no alívio da dor, e ainda “transformar” esse usuário em cidadão atuante e

consciente, capaz de opinar e fazer valer suas sugestões e críticas no processo de construção do SUS. Nesse sentido, esta pesquisa mostra-se de fundamental importância, por se fazer conhecer esse ator tão pouco atuante no cenário da Saúde no Brasil.

O principal obstáculo a alterar o modelo assistencial, não é só modificar a estrutura, mas produzir o “trabalho vivo em ato” e isso deve ser entendido tanto pelo profissional quanto pelo usuário. Para alterar essa concepção na visão dos usuários é preciso como pontapé inicial conhecer o que satisfaz e/ou insatisfaz os sujeitos, quais suas sugestões, e o que é valorizado por ele, para, a partir daí, propor formas de operacionalizar mudanças.

Pode-se dizer que estudar as opiniões de usuário, é um processo subjetivo que não reflete a real qualidade do serviço. Essa idéia, ademais, é o principal entrave para qualquer mudança no sentido de tornar esse sujeito importante e trazê-lo ao centro das discussões a cerca da construção do SUS.

No intuito de iniciar essa discussão a pesquisa em questão se mostra válida, pois visa ampliar os rumos da avaliação em saúde que, apesar de tão requisitada por vários estudiosos e gestores, se mostra como reação do modelo de atenção tão criticado, o procedimento-centrado, com ênfase nos indicadores de eficácia, rendimento e eficiência, onde o número de procedimentos realizados é o principal e mais usado numerador das equações.

Necessário se faz o desenvolvimento de estudos que aprofundem a investigação neste contexto, incluindo o usuário, conhecendo seus valores, crenças e atitudes que permeiam um modo de ver a saúde e os serviços de saúde a eles dirigidos.



## **7. BIBLIOGRAFIA**

1. ARAÚJO, L.U.A. **Avaliação da qualidade do cuidado sob a perspectiva do usuário: o projeto de vigilância à saúde bucal** [Dissertação]. Natal(RN): Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2000.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724: informação e documentação – apresentação de trabalhos acadêmicos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2001. 6 p
3. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
4. BOSI MLM, AFFONSO KC. **Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(2):355-365, abr-jun, 1998.
5. BOTTAN ER, LIZ SPERB RA, TELLES OS, URIARTE NETO M. **Avaliação dos serviços odontológicos: a visão dos pacientes**. Revista da ABENO • 6(2):128-33, 2006.
6. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 01/96. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1997. 34p.
7. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília. 1999. p.40.
8. BRASIL. Portaria n. 267, de 6 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de Normas e diretrizes da saúde bucal. **Diário Oficial da União**, 7 mar. 2001. Seção 1, p.67
9. BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto SB2000: Condições de Saúde bucal da população Brasileira**. Relatório Final. Município Natal, RN,2003, jan. 41p
10. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.
11. BRASIL. Portaria n° 648, de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p.72
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde – REFORSUS** [On Line] Disponível em: < <http://www.reforsus.saude.gov.br>>.
13. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. [On Line] Disponível em: < <http://www.saude.gov.br> >. 28/02/2007

14. CALADO , G. S., 2002. A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios. 121 p. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz.
15. CAMPOS, F. E. **Resolutividade**: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde (tese de doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1988. 250p.
16. CECÍLIO LCO. **Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional**: limites e possibilidades. Cad Saúde Pública. 2000; 16(4): 973-983. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br> [2005 Maio 22].
17. CESAR CLG, TANAKA OU. **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. Caderno de Saúde Pública 12(2): 59-70, 1996.
18. CHAVES MM. **Odontologia Social**. São Paulo: Artes Médicas; 1986.
19. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Relatório final**. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB, 1993.
20. COSTA, Rosemary Pereira. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde**: um estudo de caso / Rosemary Pereira Costa. – Florianópolis: UFSC, 2002 XII, 102 P. Dissertação: Mestrado em Engenharia de Produção (Área: Psicologia das Organizações) – Universidade Federal de Santa Catarina.
21. COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil: v.2. 2. ed. Petropolis: Vozes, 1986. 115 p
22. DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. The Definitions of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980.
23. DONABEDIAN, A. **The role of outcomes in quality assessment and assurance**. Quality Review Bulletin, v. 18, p. 356-360, 1992.
24. ESCOREL, S; NASCIMENTO DR do; EDLER, FC. **As origens da reforma sanitária e do SUS**. In: LIMA, NT.; GERSCHMAN, S.; EDLER, FC.; SUÁREZ, JM. (orgs). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz (Parte 1, Cap 2), 2005.
25. ESPERIDIÃO, MA; TRAD, LAB. **Avaliação de satisfação de usuários**: considerações teórico-conceituais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1267-1276, jun, 2006.
26. FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. **A Universalização Excludente**: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **DADOS** - Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, V. 33, nº 2, 1990.

27. FRANCO SC, CAMPOS GW. **Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário.** *Cad Saúde Pública.* 1998; 14(1): 61-70.
28. FRAZÃO, P. **Tecnologia em saúde bucal coletiva.** In: BOTAZZO, C.; FREITAS, F. P. *Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e perspectivas.* São Paulo, UNESP/EDUSC, 1998. p. 159-173.
29. GARRAFA, V. **Contra o monopólio da saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Achiamê, 1983. 143p.
30. GASKELL, G. **Entrevistas individuais e grupais.** In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.* Petrópolis: Vozes, 2002. p.70-72.
31. GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1991.
32. GIL, CRR. **Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: Sinergias e Singularidades do Contexto Brasileiro.** *Cad de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, RJ, n. 22 (6), p. 1171-1181, jun. 2006.
33. 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.
34. HALAL IS, SPARRENBERGER F, BERTONI AM, CIACOMET C, SEIBEL CE, LAHUDE FM. **Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidades urbanas da região sul do Brasil.** *Rev Saúde Pública.* 1994; 28 (2): 131-6.
35. HARTZ, M. Z. **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
36. **Índice de Desenvolvimento Humano.** Disponível em: < <http://www.pnud.org>>. Acesso em 3 Abr. 2005.
37. 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.
38. LIMA JÚNIOR, JF. **Perspectivas dos cirurgiões-dentistas sobre a inserção da fitoterapia na atenção básica de saúde.** [Dissertação]. Natal(RN): Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
39. MARCIER, MHFC., 2002. **Para que a expansão do PSF seja consistente.** *Revista Brasileira de saúde da Família,* 6: 32 – 35.

40. MEDINA, MG, AQUINO, R., CARVALHO, ALB. **Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS.** Divulgação Saúde para Debate, (21), p. 15-28, 2000.
41. MENDES, EV, MARCOS, B. **Odontologia integral: bases teóricas e suas implicações no ensino e na pesquisa odontológicas.** Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1984.
42. MENDES, E.V. (org). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1994. 310p
43. MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.
44. MERHY E. FRANCO T. **PSF: contradições e novos desafios.** Conferência Nacional de Saúde On-line. [www.datasus.gov.br/cns].
45. MOISÉS, ST, WATT, R. **Promoção de saúde bucal: definições.** In: BUISCHI, Y. P. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 1-22.
46. MORAES, R. **Análise de conteúdo: limites e possibilidades.** In: ENGERS, M. C. A. Paradigmas e metodologia de pesquisa em educação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.
47. NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva.** 2ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2002. 108 p.
48. NARVAI, PC. **Saúde bucal: assistência ou atenção - Odontologia em Silos - Sistemas Locais de Saúde.** São Paulo: Rede Cedros; 1992
49. NUTO, SAS. **Avaliação Cultural do Serviço de Saúde Bucal de Beberibe-CE: A vez e a voz do usuário.** Fortaleza/CE. [Dissertação] Universidade Federal do Ceará, 1999.
50. OLIVEIRA, A. G. R. da C.et al. **Modelos assistenciais em saúde bucal: tendências e perspectivas.** Revista Ação Coletiva, Brasília, v. II, n.1, p.9-14, jan./mar. 1999.
51. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde,** 1978.
52. PAIM J S, ALMEIDA FILHO N. **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** Revista Saúde Pública, São Paulo: USP, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.
53. PAIVA DCP de, BERSUSA AAS, ESCUDER MML. **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato.** São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):377-385, fev, 2006.

54. PINHEIRO R. **As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde:** um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001. p. 65-112.
55. PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva.** 4ª edição. São Paulo: Santos, 2000.
56. RAMOS DD, LIMA MADS. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre.** Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19(1): 27-34.
57. REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F. E.; ACÚRCIO, F. A.; LEITE, M. T. T.; LEITE, M. L. C.; CHERCHIGLIA, M. L. & SANTOS, M. A. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde:** Notas bibliográficas. Cadernos de Saúde Pública, 6:50-61, 1991.
58. RONCALLI, AG. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde.** In: PEREIRA, AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Poro Alegre: ARTMED, 2003.
59. RONCALLI, AG; ARAÚJO, LUA. **O Sistema Único de Saúde e os Modelos Assistenciais:** das propostas alternativas à saúde da família. In: FERREIRA, MAF.; RONCALLI, AG.; LIMA, KC.(orgs). **Saúde Bucal Coletiva:** conhecer para atuar.Natal, RN: EDUFRN (capítulo 17). 2004.
60. SANTOS, M. P., 1995. **Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário.** Revista Brasileira de Enfermagem, 48:109-119.
61. SANTOS, SAS. **Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes.** [Dissertação] – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba, SP, 2005.
62. SILVA, NN. **Amostragem probabilística.** São Paulo: EDUSP; 1998.
63. SILVA JR A. **Modelos tecnoassistenciais em saúde - O debate no campo da Saúde Coletiva.** São Paulo: HUCITEC; 1998.
64. SILVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: Planejamento Criativo: Novos Desafios em Políticas de Saúde (E. Gallo,org.), pp. 195-209, Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.
65. SOUZA, TMS. **A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte:** investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial. [Dissertação]. Natal(RN): Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.

66. STARFIELD B **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
67. STATISTICAL Packet for Social Science for Windows. Release 10.0.1 (27, OCT, 1999). Standart Version Copyright. SPSS Inc, 1989-1999.
68. TEIXEIRA, AH. **Saúde bucal na estratégia saúde da família: conhecendo a atuação das equipes no município de Sobral- CE no período de 2001 a 2003**[Monografia]. Sobral, CE, 2004.
69. TENGAN, C. **Avaliação do atendimento em um serviço público odontológico**. [Dissertação]. Piracicaba, SP: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
70. TRAD LAB; BASTOS ACS; SANTANA EM; NUNES MO. **Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):581-589, 2002.
71. TRAVASSOS C.; MARTINS M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004
72. TURRINI RNT. **Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da Grande São Paulo**. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
73. UNGLERT, C. V. S., 1995. **Territorialização em sistemas de saúde**. In: Distrito Sanitário (E. V. Mendes, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
74. VIANA, ALD. & DAL POZ, MR. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de saúde da família**. *PHYSIS. Saúde Coletiva*, 8 (2): 11 – 48.
75. VIII CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final**. Ministério da Saúde, 1989.
76. WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. [Tese] em Odontologia Social apresentada à coordenação do Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro ,1994.
77. ZANETTI, C. H. G.; RAIMUNDO,S. R.; PAES, S. Y. **Ações preventivas e promocionais realizadas no espaço do domicílio e atenção curativa básica de 6- 14 anos e adultos nas unidades do Programa Saúde em Casa**. Planaltina-DF.Brasília, 1996.
78. ZANETTI, C. H. G. **Saúde bucal no programa de saúde da família (PSF): proposição e programação**. Brasília, 2000. Disponível em:<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>



## **8. ANEXOS**

**ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação Odontologia

Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social



---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO DO PROJETO:** “O Programa Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica em saúde bucal: uma avaliação na perspectiva do usuário”

**OBJETIVO**

Obrigado (a) pela sua participação como voluntário (a) em nossa pesquisa. O objetivo desse estudo é conhecer a partir das opiniões dos usuários do serviço público de saúde as mudanças que possam ter ocorrido nos serviços odontológicos, após a incorporação da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família.

**PROCEDIMENTOS**

Procedimentos a serem realizados na pesquisa:

Será aplicado um questionário com perguntas que visam conhecer as condições financeiras em que vive você e sua família, ou seja, de que dinheiro vocês dispõem para viver.

Será realizada uma entrevista para sabermos se você está satisfeito com os serviços dentários oferecidos pela Unidade Básica de Saúde da Família que você frequenta..

**RISCOS E BENEFÍCIOS**

As atividades da pesquisa consistem apenas na aplicação de um questionário e entrevista, portanto, não se espera que você tenha nenhum problema por participar da mesma, uma vez que é uma pesquisa de risco mínimo.

**CONFIDENCIALIDADE DO ESTUDO**

Sua participação neste estudo será mantida em segredo. Nós guardaremos os registros de cada indivíduo e somente os pesquisadores e o Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, o seu nome não será revelado.

**DANO ADVINDO DA PESQUISA**

Não se espera que você tenha problema algum por causa dessa pesquisa. Você apenas responderá a um questionário e a uma entrevista e poderá a qualquer momento se negar a responder perguntas que lhe causem algum tipo de constrangimento.

**RESSARCIMENTO e IDENIZAÇÃO**

Você deverá ser ressarcido caso tenha algum gasto ou despesas devido à pesquisa e poderá ser indenizado caso tenha danos comprovadamente ocorridos por causa da pesquisa.

**PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA**

Sua participação é voluntária. Não há penalidade caso você decida não participar deste estudo. Você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, mesmo que você tenha assinado este termo de consentimento. A sua assinatura nesse formulário de consentimento autoriza sua participação no desenvolvimento da pesquisa.

**PERGUNTAS**

Qualquer pergunta a respeito da pesquisa, por favor contate a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Iris do Céu Clara Costa ou a mestranda Samara Carollyne Mafra Soares (84-3215-4133) no Departamento de Odontologia da UFRN, [irisdoceu@dod.ufrn.br](mailto:irisdoceu@dod.ufrn.br) <mailto:alfa@ufrnet.com.br>, Av. Rui Barbosa, nº 1257, Apto 204, Bloco A, Lagoa Nova. CEP: 59056-300

**CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO**

Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar desse estudo.

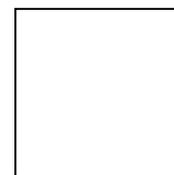
Autorizo também a publicação do referido trabalho, de forma escrita, podendo utilizar depoimentos. Concedo também o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade.

Foram a mim garantidos esclarecimentos caso venha a solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa.

Nome do indivíduo(letra de forma): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

assinatura



Polegar

**COMPROMISSO DO INVESTIGADOR**

Eu discuti as questões acima apresentadas com os indivíduos participantes no estudo ou com o seu representante legalmente autorizado. É minha opinião que o indivíduo entende os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a este projeto.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## **ANEXO II – ENTREVISTA ABERTA AO USUÁRIO PARA ENTREVISTA ESTRUTURADA**

“O PSF COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM  
SAÚDE BUCAL: UMA AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO”

### **RESOLUTIVIDADE**

1. Tempo de utilização da USF.
2. Quando foi a última vez que você utilizou os serviços odontológicos da Unidade de Saúde? Qual foi o motivo?
3. Sua necessidade ou problema foi resolvido?
4. Algum problema não foi resolvido na Unidade?

### **SISTEMA DE REFERENCIA E CONTRA-REFERENCIA**

5. Você ou alguém da sua família já precisou de exames ou tratamento especializado? Se sim, de que maneira foi encaminhado? E teve seu problema resolvido?
6. Se já foi encaminhado para uma outra Unidade, quando terminou o tratamento, você retornou para a Unidade Básica de saúde?

### **ACESSO/ACESSIBILIDADE**

7. Como você tem acesso às ações de saúde bucal da Unidade?
8. Existe dificuldade para o atendimento odontológico na Unidade de saúde do bairro? Se sim, quais?
9. Existe dificuldade para ir de sua casa até a Unidade? Se sim, quais?

### **INTEGRALIDADE**

10. Você já participou de atividades educativas como palestras, oficinas, desenvolvidas pelo dentista da Unidade? Se sim, quais? Você gostou? Se não, por quê?

### **RELAÇÃO PROFISSIONAL/PACIENTE**

11. Na sua casa, já recebeu a visita do dentista da Unidade?
12. E na Unidade, toda vez que foi atendido você gostou do atendimento dado pelo dentista e pelos auxiliares? Se não, por que?

### **INFRA-ESTRUTURA**

13. Na sua opinião existe nº de dentistas suficientes para o atendimento de toda a população?

14. Com relação às condições físicas da Unidade, você gosta? Falta alguma coisa?

#### SATISFAÇÃO

15. Na sua opinião quais os pontos positivos e negativos do atendimento odontológico prestado pela Unidade?
16. Na sua opinião o que pode ser feito para melhorar o atendimento odontológico nesta Unidade?

**ANEXO III - ENTREVISTA PILOTO****Dados Gerais**

Local da coleta: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Idade em anos: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )M ( )F Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade (anos de estudo): \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

**Condição Socioeconômica (Indicador ABA-Abipeme)**

<b>Capacidade de Consumo (informar o número de bens)</b>		<b>Grau de Instrução do Chefe da Família (marcar com "X")</b>	
Televisor em Cores	<input type="text"/>	Analfabeto/ Primário Incompleto	<input type="text"/>
Rádio	<input type="text"/>	Primário Completo	<input type="text"/>
Banheiro	<input type="text"/>	Ginásio Completo	<input type="text"/>
Automóvel	<input type="text"/>	Secundário Completo	<input type="text"/>
Empregada Mensalista	<input type="text"/>	Superior Completo	<input type="text"/>
Aspirador de Pó	<input type="text"/>		
Máquina de Lavar	<input type="text"/>		
Videocassete/ DVD	<input type="text"/>		
Geladeira	<input type="text"/>		
Freezer	<input type="text"/>		

**1. Tempo de utilização da Unidade de Saúde da Família:** \_\_\_\_\_**2. Quando foi a última vez que você utilizou os serviços odontológicos da Unidade de Saúde? Qual foi o motivo?**

DATA: \_\_\_\_\_

- ( ) dor de dente                      ( ) urgência  
 ( ) restauração                      ( ) outros \_\_\_\_\_  
 ( ) extração  
 ( ) aplicação de flúor

**3. Sua necessidade ou problema foi resolvido?**

( ) Sim              ( ) Não

**Senão. Por quê?**

\_\_\_\_\_

**4. Você procura outros serviços odontológicos além dos da Unidade?**

( ) Sim              ( ) Não

**Se sim, quais?**

- ( ) Particular  
 ( ) Fundação .  
 ( ) Plano de saúde odontológico  
 ( ) outros \_\_\_\_\_

**5. Você ou alguém da sua família já precisou de exames odontológicos ou tratamento odontológico especializado (RX, canal, prótese, cirurgia, etc)?**

( ) Sim              ( ) Não (se responder NÃO, vá para a pergunta 08)

( ) Exames              ( ) Tratamento

**Especificar:** \_\_\_\_\_

**6. Se sim, de que maneira foi encaminhado? E teve seu problema resolvido?**

SIM NÃO

- Só com ficha/formulário de encaminhamento
- Através de central de marcação de consulta
- outra: \_\_\_\_\_

**7. Se já foi encaminhado para outra Unidade, quando terminou o tratamento, você retomou para a Unidade de saúde?**

Sim  Não

**8. Como você tem acesso ao tratamento odontológico na Unidade?**

- Através do agendamento com ACS ou o ACD
- Através de fichas distribuídas no dia do atendimento (livre demanda)
- Através do acolhimento oferecido pela Unidade
- Outros: \_\_\_\_\_

**9. Existe dificuldade para o atendimento odontológico na Unidade de Saúde do bairro?**

Sim  Não

**Se sim, quais? (Pode marcar mais de uma resposta)**

- Poucas fichas para extração
- Poucas fichas para restauração
- Não existe tratamento completo
- Não existe serviço preventivo
- Não existe encaminhamento para tratamento dentário especializado( canal, prótese, etc)
- Existem filas
- Longa espera para o atendimento
- O agendamento do atendimento é difícil
- Outro motivo: \_\_\_\_\_

**10. Existe dificuldade para ir de sua casa até a Unidade?**  SIM  NÃO

**Se sim, quais?**

\_\_\_\_\_

**11. Você já participou de atividades educativas desenvolvidas pelo dentista da Unidade?**

Sim  Não

**Se sim, quais? (Pode marca.. mais de uma resposta)**

- Palestras
- Oficinas
- Cursos
- Outros: \_\_\_\_\_

**Você gostou?**  Sim  Não

**Por quê?** \_\_\_\_\_

**12. Na sua casa, já recebeu a visita de alguém da equipe de saúde bucal da Unidade?**

- Dentista
- ACD (auxiliares da dentista) ou THD (técnicos de odontologia)

( ) outro \_\_\_\_\_

**13. E na Unidade, toda vez que foi atendido você gostou do atendimento dado pelo dentista e pelos auxiliares? ( ) Sim . ( ) Não**

**Por quê?** \_\_\_\_\_

**14. Existe número de dentistas suficientes para o atendimento de toda a comunidade?**

( ) Sim            ( ) Não

**15. Com relação as condições físicas da Unidade (local, prédio, limpeza, espaço), você gosta?**

( ) Sim            ( ) Não

Falta alguma coisa? \_\_\_\_\_

**16. Você participa ou conhece pessoas que participam, de reuniões para discutir problema de saúde da comunidade? ( ) Sim    ( ) Não**

**Se sim, onde?**

( ) na unidade de saúde do bairro

( ) no conselho comunitário do bairro

( ) No conselho de saúde da Unidade

( ) No conselho de saúde do município

( ) Outro \_\_\_\_\_

**17. Você conhece o Conselho Municipal de Saúde?**

( ) Sim            ( ) Não

**18. Quais os pontos positivos e negativos do atendimento odontológico p.-estado pela Unidade?**

**Positivos**

\_\_\_\_\_

**Negativos**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**19. O que pode ser feito para melhorar o atendimento odontológico nesta Unidade?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO IV – ENTREVISTA ESTRUTURADA INDIVIDUAL

### Dados Gerais

Idade em anos: \_\_\_\_\_ Sexo: (1)M (2)F Estado Civil: (1) Casada (2) Solteira (3) Viúva  
Escolaridade (anos de estudo): \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

### Condição Socioeconômica (Indicador CCEB)

Capacidade de		Consumo		Grau de Instrução do Chefe da Família (marcar com "X")	
(informar o número de bens)					
Cores	Televisor em <input type="text"/>	Pó	Aspirador de <input type="text"/>	Analfabeto / Primário	<input type="text"/>
	Rádio <input type="text"/>	Lavar	Máquina de <input type="text"/>	Incompleto	<input type="text"/>
	Banheiro <input type="text"/>	/ DVD	Videocassete <input type="text"/>	Primário Completo	<input type="text"/>
	Automóvel <input type="text"/>		Geladeira <input type="text"/>	Ginásial Completo	<input type="text"/>
	Empregada <input type="text"/>		Freezer <input type="text"/>	Secundário Completo	<input type="text"/>
Mensalista	<input type="text"/>			Superior Completo	<input type="text"/>

#### 1. Tempo de utilização da Unidade de Saúde da Família:

(1) 1 mês ou menos (2) de 1 a 6 meses (3) de 6 meses a 1 ano (4) mais de 1 ano (5) não lembra

#### 2. Quando foi a última vez que você utilizou os serviços odontológicos da Unidade de Saúde? Qual foi o motivo?

**DATA:** (1) 1 mês ou menos (2) de 1 a 6 meses (3) de 6 meses a 1 ano (4) mais de 1 ano (5) não lembra

- (1) dor de dente (5) urgência  
(2) restauração (6) outros \_\_\_\_\_  
(3) extração \_\_\_\_\_  
(4) aplicação de flúor / Limpeza \_\_\_\_\_

#### 3. Sua necessidade ou problema foi resolvido?

(1) Sim (2) Não

**Senão. Por quê?**

\_\_\_\_\_

#### 4. Você procura outros serviços odontológicos além dos da Unidade?

(1) Sim (2) Não

**Se sim, quais?**

- (1) Particular (4) Outros: \_\_\_\_\_  
(2) Fundação  
(3) Plano de saúde odontológico

#### 5. Você ou alguém da sua família já precisou de exames odontológicos ou tratamento odontológico especializado (RX, canal, prótese, cirurgia, etc)?

(1) Sim (2) Não (se responder NÃO, vá para a pergunta nº8)  
(3) Exames (4) Tratamento

**Especificar:** \_\_\_\_\_

#### 6. Se sim, de que maneira foi encaminhado? E teve seu problema resolvido?

(4)SIM (5)NÃO

- (1) Só com ficha/formulário de encaminhamento  
(2) Através de central de marcação de consulta  
(3) outra: \_\_\_\_\_

**7. Se já foi encaminhado para outra Unidade, quando terminou o tratamento, você foi encaminhado de volta para a Unidade de saúde?** (1) Sim (2) Não

**8. Como você tem acesso ao tratamento odontológico na Unidade?**

- (1) Através do agendamento com ACS ou o ACD
- (2) Através de fichas distribuídas no dia do atendimento (livre demanda)
- (3) Através do acolhimento oferecido pela Unidade
- (4) Outros \_\_\_\_\_

Essa forma de acesso é: (1)Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo

**9. Existe dificuldade para o atendimento odontológico na Unidade de Saúde do bairro?**

- (1) Sim (2) Não

**Se sim, quais? (Pode marcar mais de uma resposta)**

- (1) Poucas fichas para extração
- (2) Poucas fichas para restauração
- (3) Não existe tratamento completo
- (4) Não existe serviço preventivo
- (5) Não existe encaminhamento para tratamento dentário especializado (canal, prótese, etc)
- (6) Existem filas
- (7) Longa espera para o atendimento
- (8) O agendamento do atendimento é difícil
- (9) Outro motivo: \_\_\_\_\_

**10. Existe dificuldade para ir de sua casa até a Unidade?** (1) SIM (2) NÃO

**Se sim, quais?**

\_\_\_\_\_

**11. Você já participou de atividades educativas desenvolvidas pelo dentista da Unidade, dentro ou fora da Unidade?**

- (1) Sim (2) Não

**Se sim, quais? (Pode marcar mais de uma resposta)**

- (1) Palestras
- (2) Oficinas
- (3) Cursos
- (4) Outros \_\_\_\_\_

**Você gostou?** (1) Sim (2) Não

**Por quê?**

\_\_\_\_\_

**12. Na sua casa, já recebeu a visita de alguém da equipe de saúde bucal da Unidade?**

- (1) Não
- (2) Dentista
- (3) ACD (auxiliares da dentista) ou THD (técnicos de odontologia)
- (4) outro \_\_\_\_\_

**13. E na Unidade, toda vez que foi atendido você gostou do atendimento dado pelo dentista e pelos auxiliares?**

- (1) Sim (2) Não

**GRAU DE SATISFAÇÃO:** (1)Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo

**Por quê?**

\_\_\_\_\_

**14. Existe número de dentistas suficientes para o atendimento de toda a comunidade?**

- (1) Sim (2) Não

**15. Com relação as condições físicas da Unidade (local, prédio, limpeza, espaço), você gosta?**

(1) Sim (2) Não

Falta alguma coisa?

---

**16. Você participa ou conhece pessoas que participam, de reuniões para discutir problema de saúde da comunidade?** (1) Sim (2) Não

**Se sim, onde?**

(1) na unidade de saúde do bairro

(4) No conselho de saúde do município

(2) no conselho comunitário do bairro

(5) Outro: \_\_\_\_\_

(3) No conselho de saúde da Unidade

**17. Você conhece o Conselho Municipal de Saúde?** (1) Sim (2) Não

**18. Quais os pontos positivos e negativos do serviço de saúde bucal prestado pela Unidade?**

**Positivos** \_\_\_\_\_

---

**Negativos** \_\_\_\_\_

---

**19. O que pode ser feito para melhorar o serviço de saúde bucal nesta Unidade?**

---

**20. Qual a sua satisfação com o serviço de saúde bucal da Unidade de Saúde?**

(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)