

ZILÁ FERREIRA DIAS GONÇALVES DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DO SUS, CURITIBA
PARANÁ BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Júlio Cesar Bisinelli

CURITIBA

2007

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos filhos Rodolfo, Vitor e Augusto.

Ao meu esposo Vasco

Aos meus pais Sérgio e Anna Rosa

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as bênçãos que tenho recebido.

À minha família por compreender meus silêncios e minhas ausências.

Ao meu orientador Prof. Júlio Cesar Bisinelli pelos ensinamentos, paciência e carinho.

À amiga Cleide Aparecida de Oliveira por ter me entendido e apoiado nesta jornada.

Aos colegas de trabalho pela compreensão nas minhas ausências.

Às amigas e companheiras Isabel, Carmem, Sebastiana, Tatiana e Márcia, pelo carinho e palavra de incentivo sempre na hora certa.

Às Autoridades Sanitárias Locais, equipes de Odontologia e de Agentes Comunitários de Saúde das Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde que fizeram parte da amostra, pela ajuda preciosa na coleta de dados.

Aos professores e colegas de mestrado.

*A grandeza de uma profissão é, talvez,
antes de tudo unir os homens.*

*Só há um luxo verdadeiro: **o das relações
humanas.***

*A experiência mostra que o amor não é
olhar um para o outro, mas olhar juntos na
mesma direção.*

Exupéry, em Terra dos Homens

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE GRÁFICOS.....	viii
RESUMO.....	xiii
ARTIGO EM PORTUGUÊS.....	1
APÊNDICES.....	28
Apêndice 1: Método detalhado.....	29
Apêndice 2: Resultados detalhados.....	42
Apêndice 3: Discussão detalhada.....	70
ANEXOS.....	73
Anexo 1: Normas para submissão de artigos do periódico Revista de Saúde Pública	74
Anexo 2: Primeiro protocolo para coleta de dados.....	90
Anexo 3: QASSaB modificado para Curitiba e Consentimento Livre e Esclarecido	93
Anexo 4: QASSaB validado.....	100
Anexo 5: Lista das Unidades de Saúde que participaram do estudo.....	103
Anexo 6: Referência usada nos Apêndices.....	105
Anexo 7: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.....	111

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição da freqüência das Unidades de Saúde e usuários segundo a estratégia de atenção.....18 e 57

TABELA 2 – Distribuição da freqüência dos usuários entrevistados, segundo o sexo, faixa etária, estado civil, renda familiar, escolaridade, regional administrativa de residência, prevalência de dor de dente e autopercepção de saúde bucal.....18 e 58

TABELA 3 – Distribuição da freqüência de respostas dos usuários de Odontologia do SUS em Curitiba entrevistados, segundo as dimensões estudadas: Disponibilidade do serviço, Resolutividade ou efetividade, Ambiente físico – limpeza, Relações humanas, Qualidade técnico-científica dos equipamentos, eficácia, Aceitabilidade, por tipo de estratégia de atenção.....20 e 65

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Distribuição dos escores médios gerais para satisfação dos usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba com relação à estratégia de atenção.....23 e 69

FIGURA 2 - Representação esquemática da classificação de Contandriopoulos para pesquisas sociais.....30

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição da frequência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo o modo de atendimento.....	43
GRÁFICO 2 – Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo o modo de atendimento.....	43
GRÁFICO 3 – Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo o modo de atendimento.....	44
GRÁFICO 4 – Distribuição da frequência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo o sexo.....	44
GRÁFICO 5 – Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo o sexo.....	45
GRÁFICO 6 – Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo o sexo.....	45

GRÁFICO 7 – Distribuição da freqüência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo os intervalos das idades.....	46
GRÁFICO 8 – Distribuição da freqüência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo os intervalos das idades.....	46
GRÁFICO 9 – Distribuição da freqüência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo os intervalos das idades.....	47
GRÁFICO 10 – Distribuição da freqüência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo o estado civil.....	47
GRÁFICO 11 – Distribuição da freqüência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo o estado civil.....	48
GRÁFICO 12 – Distribuição da freqüência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo o estado civil.....	48
GRÁFICO 13 – Distribuição da freqüência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo a renda familiar.....	49

GRÁFICO 14 – Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo a renda familiar.....49

GRÁFICO 15 – Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo a renda familiar.....50

GRÁFICO 16 – Distribuição da frequência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo a escolaridade.....50

GRÁFICO 17 – Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo a escolaridade.....51

GRÁFICO 18 – Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo a escolaridade.....51

GRÁFICO 19 – Distribuição da frequência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo o Distrito Sanitário.....52

GRÁFICO 20 – Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo o Distrito Sanitário.....	53
GRÁFICO 21 – Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo o Distrito Sanitário.....	53
GRÁFICO 22 – Distribuição da frequência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo a sentir dor nos últimos seis meses.....	54
GRÁFICO 23 – Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo a sentir dor nos últimos seis meses.....	54
GRÁFICO 24 – Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo a sentir dor nos últimos seis meses.....	55
GRÁFICO 25 – Distribuição da frequência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo a autopercepção de saúde bucal.....	56

GRÁFICO 26 – Distribuição da freqüência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo a autopercepção de saúde

bucal..... 56

GRÁFICO 27 – Distribuição da freqüência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo a autopercepção de saúde bucal.....57

RESUMO

O Brasil tem investido na inversão do modelo de atenção à saúde, e nesta direção, tem sido proposto a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujos princípios norteiam as diretrizes e os próprios princípios dispostos na lei que regulamenta o SUS (Sistema Único de Saúde). **Objetivo:** avaliar a satisfação dos usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba, Paraná, Brasil; comparando a satisfação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ESF e sem ESF. **Método:** Trata-se de uma pesquisa observacional descritiva que utilizou o instrumento de pesquisa construído e validado para os serviços brasileiros, o Questionário para Avaliação da Satisfação dos Usuários com Serviços Públicos de Saúde Bucal (QASSaB). As dimensões de qualidade do serviço incluídas foram: Disponibilidade do Serviço, Resolutividade, Ambiente Físico/Limpeza, Relações Humanas, Qualidade Técnico Científica dos Equipamentos, Eficácia e Aceitabilidade. O tratamento estatístico das variáveis foi o de Mann Whitney U. A amostra estudada foi de 692 usuários e 33 Unidades de Saúde sendo 17 com ESF e 16 Sem ESF, no período de junho a agosto de 2006. Com os resultados foi construído um escore sumarizador da satisfação do usuário. **Resultados:** mostraram que a satisfação dos usuários atendidos nas UBS com ESF foi maior em relação à nas UBS sem ESF na maioria das dimensões. **Conclusão:** o investimento na ESF na Odontologia em Curitiba trouxe resultados positivos para o vínculo, resolutividade do serviço e para a satisfação dos usuários do SUS.

Palavras Chave: Satisfação do Usuário, Avaliação, Atenção Básica, Saúde da Família, Odontologia.

ARTIGO EM PORTUGUÊS



AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DO SUS, CURITIBA PARANÁ BRASIL

Evaluation of the Satisfaction of National Health System Dental Service
Users in Curitiba, Paraná, Brazil

AUTORES:

Zilá Ferreira Dias Gonçalves dos Santos – Gonçalves dos Santos ZFD

Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba-Paraná-Brasil

Faculdade Evangélica do Paraná – Curitiba-Paraná-Brasil

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – Curitiba-Paraná-Brasil

Júlio Cesar Bisinelli – Bisinelli JC

Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba-Paraná-Brasil

Autor correspondente: Zilá Ferreira Dias Gonçalves dos Santos

Endereço: Rua: Sebastião Francisco Cortiano, 100 – Cajuru – Curitiba – PR
– Brasil.

Telefone: (41) 33663805

e-mail: zilagoncalves@hotmail.com

Avaliação da satisfação de usuários da Odontologia do SUS

RESUMO

O Brasil tem investido na inversão do modelo de atenção à saúde, e nesta direção, tem sido proposto a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujos princípios norteiam as diretrizes e os próprios princípios dispostos na lei que regulamenta o SUS (Sistema Único de Saúde). **Objetivo:** avaliar a satisfação dos usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba, Paraná, Brasil; comparando a satisfação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ESF e sem ESF. **Método:** Trata-se de uma pesquisa observacional descritiva que utilizou o instrumento de pesquisa construído e validado para os serviços brasileiros, o Questionário para Avaliação da Satisfação dos Usuários com Serviços Públicos de Saúde Bucal (QASSaB). As dimensões de qualidade do serviço incluídas foram: Disponibilidade do Serviço, Resolutividade, Ambiente Físico/Limpeza, Relações Humanas, Qualidade Técnico Científica dos Equipamentos, Eficácia e Aceitabilidade. O tratamento estatístico das variáveis foi o de Mann Whitney U. A amostra estudada foi de 692 usuários e 33 Unidades de Saúde sendo 17 com ESF e 16 Sem ESF, no período de junho a agosto de 2006. Com os resultados foi construído um escore sumarizador da satisfação do usuário. **Resultados:** mostraram que a satisfação dos usuários atendidos nas UBS com ESF foi maior em relação à nas UBS sem ESF na maioria das dimensões. **Conclusão:** o investimento na ESF na Odontologia em Curitiba trouxe resultados positivos para o vínculo, resolutividade do serviço e para a satisfação dos usuários do SUS.

Palavras Chave: Satisfação do Usuário, Avaliação, Atenção Básica, Saúde da Família, Odontologia.

ABSTRACT

Brazil has invested in transforming its healthcare model and, towards this aim, the Family Health Strategy (FHS) has been proposed, the principles of which guide the directives and the very principles proposed by the law that regulates the National Health System (NHS). **Purpose:** to evaluate the satisfaction of NHS Dental service users in Curitiba, Paraná, Brazil; comparing satisfaction in Basic Healthcare Centres (BHC) which have the FHS and those which do not. **Method:** a descriptive observational study was performed using the study instrument built and validated for Brazilian health services, namely the Questionnaire for the Evaluation of User Satisfaction with Public Dental Health Services. The dimensions of service quality included were: Service Availability, Resolvability, Physical Environment/Cleanliness, Human Relations, Technical and Scientific Quality of Equipment, Effectiveness and Acceptability. The Mann Whitney U test was used for the statistical treatment of the variables. The sample studied was comprised of 692 users and 33 Health Centres, of which 17 which had the FHS and 16 did not, between June and August 2006. The results were used to build a summary score of user satisfaction. **Results:** The results demonstrated that user satisfaction with BHC which had the FHS was greater in the majority of the dimensions than with those which did not have the FHS. **Conclusion:** Investment in the FHS and Dental Care in Curitiba has brought positive results for NHS user bonding, user satisfaction and service resolvability.

Keywords: User Satisfaction, Evaluation, Basic Healthcare, Family Health, Dentistry.

INTRODUÇÃO

Curitiba é a capital do Estado do Paraná, geograficamente situada na região sul do Brasil, com uma população estimada pelo IBGE/2006 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 1.788.559 habitantes.³ Sua divisão territorial se dá em 75 bairros e nove Regionais Administrativas. Habilitou-se à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, conforme a NOB-SUS/96 em 1998. Atualmente a rede própria é composta por 105 Unidades de Saúde (US); destas 42 com Estratégia de Saúde da Família (ESF), 12 US com Especialidades, 5 US 24 Horas, 1 Hospital geral e maternidade com 60 leitos, 1 Laboratório de Análises Clínicas.⁹ As US são interligadas a um sistema de prontuário eletrônico que atende ao serviço de Odontologia, Médico e de Enfermagem. O sistema tem como porta de entrada as Unidades Básica de Saúde (UBS). Em horários especiais ou em urgência e emergência os usuários acessam pelas US 24 Horas.

Nas UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF) toda a equipe é generalista, desenvolvendo os princípios da Saúde da Família (SF) onde a abordagem é sistêmica, o método clínico é centrado no indivíduo, o profissional deve ser autodidata e advogar pela comunidade melhores políticas de saúde. Valoriza-se, também, a relação equipe multiprofissional/famílias do território como central na manutenção da saúde.²⁰

Em Curitiba as UBS sem ESF possuem um território sob sua responsabilidade, onde desenvolvem ações visando o controle de doenças. As UBS com ESF têm seu território subdividido em micro-áreas sob responsabilidade das equipes de SF. É esperado que essas equipes promovam a saúde, priorizando o indivíduo e a família no seu contexto comunitário, na expectativa de contribuir na superação de situações de agravo à saúde e conectá-los aos

recursos da comunidade visando promover melhor qualidade de vida.²³. Na Odontologia, os procedimentos coletivos além de serem realizados em equipamentos sociais também são estendidos às famílias priorizadas para atenção continuada. Nesse sentido, Trad e Bastos²⁴ e Silva²⁰, argumentam que na ESF espera-se que exista uma abordagem familiar, ou seja, com adequada utilização de metodologias de trabalho com famílias.

O modelo clínico nas UBS sem ESF é centrado nas manifestações clínicas individuais e com ênfase no atendimento ambulatorial. Nas UBS com ESF a abordagem é sistêmica e familiar, centrada nos problemas e recursos positivos que permitam a abordagem integral da família em seu meio comunitário.^{5, 23, 24}.

O sistema de saúde vigente em Curitiba é resultado de um processo histórico marcado por lutas e conquistas, envolvendo profissionais da área de saúde e a comunidade. E a Odontologia sempre esteve inserida nesse processo, considerada de grande relevância para a comunidade. Seu processo de ação passou por diversas fases desde o atendimento ao escolar dentro das escolas; clínicas simplificadas; atendimento comunitário anexo aos Postos de Saúde; até chegar ao serviço ora disponibilizado à população usuária do sistema.⁴.

A SF em Curitiba foi uma opção na busca de um modelo capaz de potencializar a proposta de mudança no perfil de atenção, almejando um atendimento humanizado, promoção de saúde, intersetorialidade para a qualidade de vida e maior vínculo com a comunidade.⁷. A idéia materializou-se com um projeto piloto que teve início em 1999, sendo que desde então contou com a equipe de saúde bucal na proporção de uma equipe Medicina e de Enfermagem para uma de Odontologia. Em 1994 o município oficializou a adesão ao Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, mantendo a saúde bucal.⁴.

Souza²³ defende que a SF foi a estratégia eleita pelo Ministério de Saúde para mudança no modelo de atenção, e que muitos impactos são conseguidos com sua implantação inclusive a evidência de maior satisfação dos usuários do serviço. Segundo Silveira Filho²² e Baldani, Fadel, Possamai e Queiroz² a proposição da SF deve avançar para uma prática de controle dos processos de saúde e doença de forma integral, com base territorial definida, que não seja excludente e sim includente e resolutiva, que busque o autocuidado priorizando ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e família.

AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação em saúde no Brasil encontra-se ainda incipiente, pouco incorporada à prática e possui caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão.⁵

Contandriopoulos⁶ traz o conceito de avaliação como o “juízo sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão” e o amplia passando a considerar o dispositivo que fornecerá as informações, clarificando que serão vários atores envolvidos e é a interação desses diversos olhares que construirá o julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Assim, “a avaliação se distingue da pesquisa por seu caráter normativo; ela visa não somente medir os efeitos de uma intervenção e entender como foram obtidos, mas, também, a julgá-la”. É de posse dos resultados que as instâncias de decisão elaboram o julgamento, expressam seus valores e manifestam suas intenções estratégicas. “O grande desafio para a avaliação é conseguir incorporar nas suas estratégias os pontos de vista de atores em diferentes posições, a fim de

fornecer às instâncias de decisão as informações de que precisam para fazer um julgamento o mais amplo possível”.⁶.

Segundo Donabedian (1966 e 1980), citado em Vieira-da-Silva e Formigli²⁷ a avaliação dos serviços de saúde comporta duas dimensões: desempenho técnico e relacionamento com o paciente. Então essa avaliação pode ser realizada em três componentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura diz respeito aos recursos utilizados; o processo, aos procedimentos empregados no manejo dos problemas apresentados pelos usuários; e o resultado ao estado de saúde da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde. A satisfação do usuário dos serviços está incluída, geralmente na avaliação de resultados.

QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Para Donabedian¹⁰ qualidade de atenção em saúde é o grau de utilização dos meios mais desejáveis para alcançar as maiores melhoras possíveis na saúde. O mesmo, citado em Campos⁵ propõe o que ficou conhecido como “os sete pilares da qualidade”, que são: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Destaca ainda, que a atenção primária à saúde deve prover acessibilidade e aceitabilidade, e que o acesso depende da estrutura disponível. A tecnologia empregada deve ser adequada, com equipes multiprofissionais competentes e uma efetiva organização da assistência, com enfoque comunitário. Ser capaz de identificar os problemas de saúde e dar respostas apropriadas. Adequada estrutura funcional, com sistema de informação, registros e marcação de consultas. Atender às expectativas dos usuários com relação ao conforto, valores e vínculo com a equipe de saúde. E que o usuário entende como qualidade a obtenção dos benefícios esperados frente às demandas, expectativas, carecimentos e necessidades de saúde. Por isso, o

serviço deve buscar otimizar os seus efeitos desejáveis e minimizar os indesejáveis procurando responder às expectativas e necessidades manifestas pelo usuário.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal⁶ contêm em seus princípios norteadores o acolhimento, entendido como a organização do serviço de forma centrada no usuário. Significa a base da humanização das relações, o primeiro ato de cuidado. E o vínculo é o resultado das ações de acolhimento e principalmente da qualidade da resposta, clínica ou não, recebida pelo usuário.

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os estudos voltados à satisfação dos usuários só ganharam destaque a partir da década de 1990, com o fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação.¹²

Para Hortale, Conil e Pedroza¹³ a existência de serviços de saúde não geraria, numa ordem direta, a saúde. Existiria uma grande distância entre a compreensão atual dos determinantes de saúde e as prioridades definidas para os serviços pelas políticas de saúde.

Contandriopoulos⁷ relata, ainda, que no Canadá 80% dos usuários dos serviços de saúde, quando indagados quanto às expectativas em relação aos serviços de saúde, respondem que querem cuidados assistenciais acessíveis e de qualidade e somente 10% respondem que querem melhorar sua saúde. No mesmo trabalho verifica-se que existem dimensões sistêmicas que influenciam na condição de saúde dos indivíduos: a primeira é a condição de vida (acesso aos diversos bens de consumo e serviço) e a segunda dimensão é o sistema assistencial (sua capacidade em curar doenças e em manter ou aumentar a

competência funcional dos indivíduos, contribuindo assim para a saúde da população).

É preciso encontrar mecanismos que possibilitem a promoção de saúde e o cuidado de doenças de forma simultânea, visando materializar os princípios que norteiam a ESF²³. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem investido na avaliação dos serviços de saúde, para que com os resultados possa direcionar melhor o planejamento²². No Brasil, a Constituição Federal ratificou a obrigatoriedade do provimento de serviços de saúde de qualidade pelo poder público a toda a comunidade, especialmente os serviços básicos.

É relevante investigar quais são as idéias, valores e crenças desenvolvidas pelos usuários acerca do atual quadro de atenção à saúde, considerando o usuário como um interlocutor válido e como agente social das próprias mudanças por meio de reflexão consciente e compartilhada do problema.²⁶

Esse processo de avaliar a satisfação do usuário é complexo e deve acontecer por meio de ferramentas apropriadas para esse fim. O instrumento designado a medir essa satisfação precisa ser baseado na compreensão do usuário quando expressa sua opinião sobre a natureza dos serviços que recebe. As expectativas dos pacientes são dependentes: do contexto do encontro clínico, da experiência passada e do conhecimento do paciente.¹⁸

Entende-se por satisfação, neste sentido, a percepção e a avaliação que o usuário tem sobre dimensões definidas dos serviços de saúde. O grau de adesão ao tratamento ou às ações preventivas pode ser influenciado pelas relações interpessoais no cuidado, melhorando o desfecho terapêutico. *“Em decorrência desses fatos é que se torna relevante incorporar a avaliação da satisfação do usuário como um dos componentes da qualidade dos serviços”*.²⁷

Pela relevância de se conhecer as idéias, os valores e crenças desenvolvidas então pelo o usuário, e avaliar se seu grau de expectativa sobre o serviço que fará uso se refletirá ou não no grau de adesão ao tratamento, o objetivo foi avaliar a satisfação dos usuários dos Serviços de Odontologia nas UBS do SUS de Curitiba, comparando a satisfação nas UBS sem ESF com a satisfação nas UBS com ESF.

MÉTODOS

O trabalho foi delineado como uma pesquisa observacional descritiva, na forma de uma Pesquisa Avaliativa, com foco na categoria dos resultados.^{0, 6}. Os dados derivaram da pesquisa de campo realizada com o Questionário para Avaliação da Satisfação dos Usuários com Serviços Públicos de Saúde Bucal (QASSaB)¹ realizada com os usuários dos Serviços de Odontologia das UBS do SUS de Curitiba, Paraná, Brasil.

A seleção da amostra levou em consideração o número de US com Prontuário Eletrônico Odontológico, o número de usuários atendidos nessas US no primeiro semestre de 2005 e dados da pesquisa de satisfação dos usuários dos serviços de saúde, que um serviço de telemarketing realiza trimestralmente encomendada pelo gestor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O processo de amostragem aconteceu em duas etapas: a primeira dos usuários e a segunda das US. Segundo relatório do prontuário eletrônico, quanto aos usuários, foram

¹ Fernandes LMAG. Validação de um Instrumento para Avaliação da Satisfação dos Usuários, com os Serviços Públicos de Saúde Bucal – QASSaB; Tese de Doutorado; Camaragibe; 2002.

atendidos 27568 pessoas nas UBS com ESF e 25067 pessoas nas UBS sem ESF no primeiro semestre de 2005. Considerando o nível de 70% de satisfação com o serviço aferido pela pesquisa de telemarketing como referência, e utilizando a amostragem de proporções, para um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, a amostra calculada foi de 309 indivíduos em cada estratégias de atenção, acrescentando 20% para segurança quanto a possíveis negativas dos entrevistados. A amostra total calculada foi de 766 indivíduos, que foram escolhidos de forma aleatória, usando como critério de inclusão os atendidos no serviço de Odontologia das UBS da SMS de Curitiba nos últimos 30 dias imediatamente anteriores à pesquisa.

Para as UBS, o universo total era 90, sendo 40 das UBS com ESF e 50 UBS sem ESF. A amostra calculada foi de 30 UBS sendo 04 com ESF e 06 sem ESF. As Unidades foram estratificadas através do resultado da pesquisa do telemarketing, e o processo foi de amostra intencional, pois o objetivo foi incluir na pesquisa tanto as US bem avaliadas como as mal avaliadas pelos usuários. Tomou-se o cuidado adicional para que todos os Distritos Sanitários (DS) estivessem contemplados, tanto com UBS sem ESF como com ESF, a exceção foi o DS do Bairro Novo que possui somente UBS com ESF. Essa amostra calculada teve que ser revista e modificada no decorrer da coleta de dados, pois a taxa de recusa nas UBS com ESF foi muito elevada o que comprometeria o estudo, então foram incluídas mais 3 UBS com ESF. A amostra realmente trabalhada foi de 33 US sendo 06 sem ESF e 07 com ESF. Quanto aos usuários foram 333 pessoas que responderam nas UBS sem ESF e 359 pessoas nas UBS com ESF, ficando uma amostra total de 692 pessoas.

A coleta de dados foi iniciada após o projeto de pesquisa ter sido aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sob registro

no CEP nº 860. Foi obtida a autorização da SMS de Curitiba para que a pesquisa acontecesse em suas US.

O instrumento de pesquisa, o Questionário para Avaliação da Satisfação dos Usuários com Serviços Públicos de Saúde Bucal (QASSaB), foi construído para os serviços brasileiros, sendo devidamente validado. É composto de duas partes, sendo a primeira de identificação das unidades de atendimento, identificação do entrevistado, pergunta sobre dor de dente e autopercepção de saúde bucal. Uma segunda parte leva em consideração as dimensões de qualidade do serviço, com vistas a medir a satisfação dos usuários com os mesmos, consideradas neste estudo como variáveis dependentes. As respostas são fechadas, utilizando uma escala tipo Lickert em que as respostas com relação à qualidade variam de maneira ordinal com intervalos regulares, sempre em números ímpares e com um ponto médio considerado neutro. As dimensões incluídas foram: Disponibilidade do Serviço, Resolutividade ou Efetividade, Ambiente Físico/Limpeza, Relações Humanas, Qualidade Técnico Científica dos Equipamentos, Eficácia e Aceitabilidade².

Por Disponibilidade dos Serviços ou Acessibilidade entende-se: o quanto esse serviço está disponível a seus usuários, ou seja, remoção de obstáculos para a utilização dos mesmos. Resolutividade ou Efetividade: é a capacidade que o serviço tem em resolver as situações apresentadas por seus usuários, dentro de sua área de competência em situação rotineira. Ambiente Físico do Serviço – Limpeza ou Amenidades dos Serviços: diz respeito ao conforto do ambiente físico

² Fernandes LMAG. Validação de um Instrumento para Avaliação da Satisfação dos Usuários, com os Serviços Públicos de Saúde Bucal – QASSaB; Tese de Doutorado; Camaragibe; 2002.

e sua limpeza. Relações Humanas: trata de como se dão as relações interpessoais entre profissional e usuário dentro do serviço. Qualidade Técnico-Científica dos Equipamentos: refere-se a quanto os equipamentos utilizados pelo serviço encontram-se adequados à tecnologia atual. Eficácia: capacidade do serviço produzir o resultado esperado em condições ideais. Aceitabilidade: ocorre quando o fornecimento do serviço está de acordo com as normas culturais, sociais e com as expectativas do usuário³.

A coleta de dados ocorreu segundo os seguintes critérios: a) Foram retirados do sistema informatizado os nomes das pessoas que foram atendidas nos últimos 30 dias; b) Realizou-se a randomização da amostra; c) Solicitou-se que a equipe de saúde da US entregasse o instrumento de coleta de dados, junto com o consentimento livre e esclarecido ao usuário; d) O usuário respondeu ao questionário após assinar o consentimento. A coleta de dados aconteceu de junho a agosto de 2006.

O programa utilizado para a análise estatística foi o SPSS 13.0. Inicialmente conduziu-se uma análise descritiva de frequência. O objetivo foi demonstrar a distribuição característica de variáveis como sexo, faixa etária, estado civil, renda familiar, escolaridade, regional administrativa, prevalência de dor de dente e autopercepção de saúde bucal. Essa análise foi realizada no total da amostra e estratificada por estratégia de atenção.

³ Fernandes LMAG. Validação de um Instrumento para Avaliação da Satisfação dos Usuários, com os Serviços Públicos de Saúde Bucal – QASSaB; Tese de Doutorado; Camaragibe; 2002.

Posteriormente foram exploradas as variáveis dependentes isoladamente, correlacionando-as com a estratégia de atenção, o teste aplicado para mostrar se havia diferença entre uma estratégia de atenção e a outra foi o Mann Whitney U.

Depois foi construído um escore médio de satisfação por indivíduo que respondeu à pesquisa, através da média aritmética das respostas dadas as perguntas constantes do instrumento de coleta de dados, referentes à satisfação dos usuários com os serviços. Esse escore foi submetido ao teste estatístico Mann Whitney U para observar se ao comparar as duas estratégias de atenção existia diferença estatística no índice de satisfação dos usuários com os serviços.

RESULTADOS

A amostra efetivamente trabalhada foi de 33 US e 692 indivíduos sendo 333 das UBS sem ESF e 359 das UBS com ESF. Com essa amostra e com 95% de confiança, o erro máximo de amostragem para estimar a verdadeira proporção de usuários que classificaram o serviço como excelente foi de 5,33% nas UBS com ESF e de 5,30% nas UBS sem ESF.

A amostra foi composta, majoritariamente, por indivíduos do sexo feminino, com menos de 28 anos, com renda familiar inferior a 2 salários mínimos e com tempo de estudo inferior a 7 anos.

As variáveis referentes às unidades de atendimento são apresentadas na tabela 1 e as variáveis ligadas à caracterização dos indivíduos, dor e autopercepção de saúde estão na tabela 2.

A maioria das dimensões de qualidade de serviço incluídas nesse estudo mostrou uma maior satisfação dos usuários com os serviços nas UBS com ESF em relação às UBS sem ESF. Porém as dimensões que mostraram diferenças

estatisticamente significativas com o teste Mann Whitney U foram: Disponibilidade do Serviço com relação ao tempo de espera para o atendimento com um valor de $p = 0,003$, de satisfação expressa pelos usuários. Resolutividade na aparência dos dentes anteriores com $p = 0,005$ e capacidade de mastigação dos dentes posteriores $p = 0,007$. Relacionamento Interpessoal com o Cirurgião Dentista com $p = 0,030$; e, Qualidade Técnico Científica dos Equipamentos com $p = 0,000$. O resultado das dimensões está expresso na tabela 3. Quanto ao escore médio geral, numa escala que varia de 1 a 5, a média obtida pelas UBS com ESF foi de 3,76 e das UBS sem ESF de 3,64 com um $p = 0,001$.

DISCUSSÃO

O estudo limitou-se a avaliar a satisfação dos usuários dos serviços de Odontologia, no contexto já especificado. Segundo Donabedian¹⁰ o significado e o valor dado à saúde em suas diversas manifestações, depende de quem tem em suas mãos a valoração. Então esse estudo não pretendeu avaliar a qualidade dos serviços de saúde, mas sim um de seus atributos: a satisfação do usuário.

Vários autores concordam que a satisfação dos usuários é um indicador relevante em termos de custo-benefício para avaliar qualidade de serviços de saúde.^{10, 26, 27, 28}

Quanto a estratégia de atenção básica de saúde alguns autores concordam em que a ESF proporciona um aumento da satisfação dos usuários.^{23, 2, 24, 25, 29} Porém Andrade e Ferreira¹ avaliando a satisfação dos usuários de Odontologia da ESF em Pompeu, Minas Gerais, concluíram que os usuários desconhecem a ESF e que vêm no atendimento médico e odontológico o que há de pior no que eles percebem da ESF. Relatam, nesse estudo, que as necessidades da comunidade

eram muito maiores que a capacidade instalada do serviço, o atendimento odontológico era realizado por apenas um profissional e que houve descontinuidade na atenção por falta de profissional.

Um estudo realizado com equipes de Odontologia de SF em Curitiba no ano de 2005 constatou que as equipes incorporaram as bases conceituais e a forma de atuar de maneira coerente aos princípios da ESF.⁸

No presente estudo quando foi construído o escore sumarizador da satisfação dos usuários através da média aritmética da valoração dada pelos respondentes para cada dimensão avaliada, em uma escala de 1 a 5, as US obtiveram notas superiores 3,5 independente da estratégia de atenção. Indicando que sua satisfação está acima da média, porém nas UBS com ESF essa satisfação é maior que nas UBS sem ESF. Isso pode ser observado na figura 1.

Os dados mostraram que apesar das semelhanças entre as UBS com e sem ESF em Curitiba elas proporcionaram níveis de satisfação diferente em seus usuários. E que o investimento na ESF em Odontologia trouxe resultados positivos para a satisfação dos usuários dos serviços de Odontologia. Os usuários manifestaram maior satisfação com os equipamentos, resolutividade, tempo de espera para atendimento e vínculo com o Cirurgião Dentista, nas UBS com ESF.

Serão necessárias novas pesquisas para avaliar a qualidade do serviço de saúde em Curitiba, e assim sejam apontados pontos fortes e fracos para com planejamento voltado à qualidade os fracos sejam superados e os fortes potencializados.

Tabela 1 – Distribuição da freqüência das Unidades de Saúde e usuários segundo a estratégia de atenção.

VARIÁVEL	TOTAL	
	n	(%)
Estratégia de atenção		
UBS com ESF	17	51,52
UBS sem ESF	16	48,48
TOTAL	33	100
Usuários nas UBS com ESF	359	51,88
Usuários nas UBS sem ESF	333	48,12
TOTAL	692	100

Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Tabela 2 – Distribuição da freqüência dos usuários entrevistados, segundo o sexo, faixa etária, estado civil, renda familiar, escolaridade, regional administrativa de residência, prevalência de dor de dente e autopercepção de saúde bucal.

VARIÁVEL	TOTAL					
	TOTAL		UBS COM ESF		UBS SEM ESF	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sexo						
MASCULINO	214	30,92	99	27,58	115	34,53
FEMININO	478	69,08	260	72,42	218	65,47
TOTAL	692	100	359	100	333	100
Faixa Etária						
0 A 2 ANOS	148	25	71	23,20	77	26,92
3 A 9 ANOS	79	13,34	50	16,34	29	10,14
10 A 19 ANOS	171	28,89	96	31,37	75	26,22
20 A 35 ANOS	152	25,68	74	24,18	78	27,28
36 A 59 ANOS	42	7,09	15	4,91	27	9,44
60 OU + ANOS	42	7,09	15	4,91	27	9,44
TOTAL	592	100	306	100	286	100
Estado Civil						
SOLTEIRO	346	51,87	163	46,97	183	57,19
CASADO	321	48,13	184	53,03	137	42,81
TOTAL	667	100	347	100	320	100
Renda Familiar						
MENOS DE 2 SALÁRIOS MÍNIMOS	345	54,68	189	56,93	156	52,17
MAIS DE 2 SALÁRIOS MÍNIMOS	286	45,32	143	43,07	143	47,83
TOTAL	631	100	332	100	299	100

Escolaridade						
MENOS DE 7 ANOS DE ESTUDO	334	50,46	059	48,08	075	54,86
MAIS DE 7 ANOS DE ESTUDO	305	48,54	070	50,82	044	45,04
TOTAL	649	100	330	100	319	100
Regional Administrativa						
MATRIZ	43	6,20	002	3,34	030	9,30
CAJURU	033	09,22	085	23,68	048	04,40
BOQUEIRÃO	000	04,45	032	8,90	068	20,42
BAIRRO NOVO	85	02,28	085	23,68	000	00,00
PINHEIRINHO	84	02,04	050	03,93	034	00,20
BOA VISTA	69	9,97	026	7,24	043	02,90
SANTA FELICIDADE	57	8,24	006	4,46	004	02,30
CIC	59	8,53	024	6,68	035	00,50
PORTÃO	62	8,96	029	8,08	033	9,90
TOTAL	692	100	359	100	333	100
Prevalência de dor de dente						
SENTIU DOR – ÚLTIMOS 6 MESES	338	49,27	067	46,78	070	50,97
SEM DOR – ÚLTIMOS 6 MESES	323	47,09	082	50,98	040	42,86
NÃO LEMBRA	25	3,64	008	2,24	007	5,07
TOTAL	688	100	357	100	329	100
Autopercepção de saúde bucal						
MUITO BOA	050	7,46	037	00,37	004	4,28
BOA	303	44,30	055	43,42	048	45,26
REGULAR	249	36,40	025	35,00	024	37,92
RUÍM	60	8,77	027	7,56	033	00,09
PÉSSIMA	020	3,07	003	3,64	008	2,45
TOTAL	684	100	357	100	327	100

Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Tabela 3 – Distribuição da freqüência de respostas dos usuários de Odontologia do SUS em Curitiba entrevistados, segundo as dimensões estudadas: Disponibilidade do serviço, Resolutividade ou efetividade, Ambiente físico – limpeza, Relações humanas, Qualidade técnico-científica dos equipamentos, Eficácia, Aceitabilidade, por tipo de estratégia de atenção.

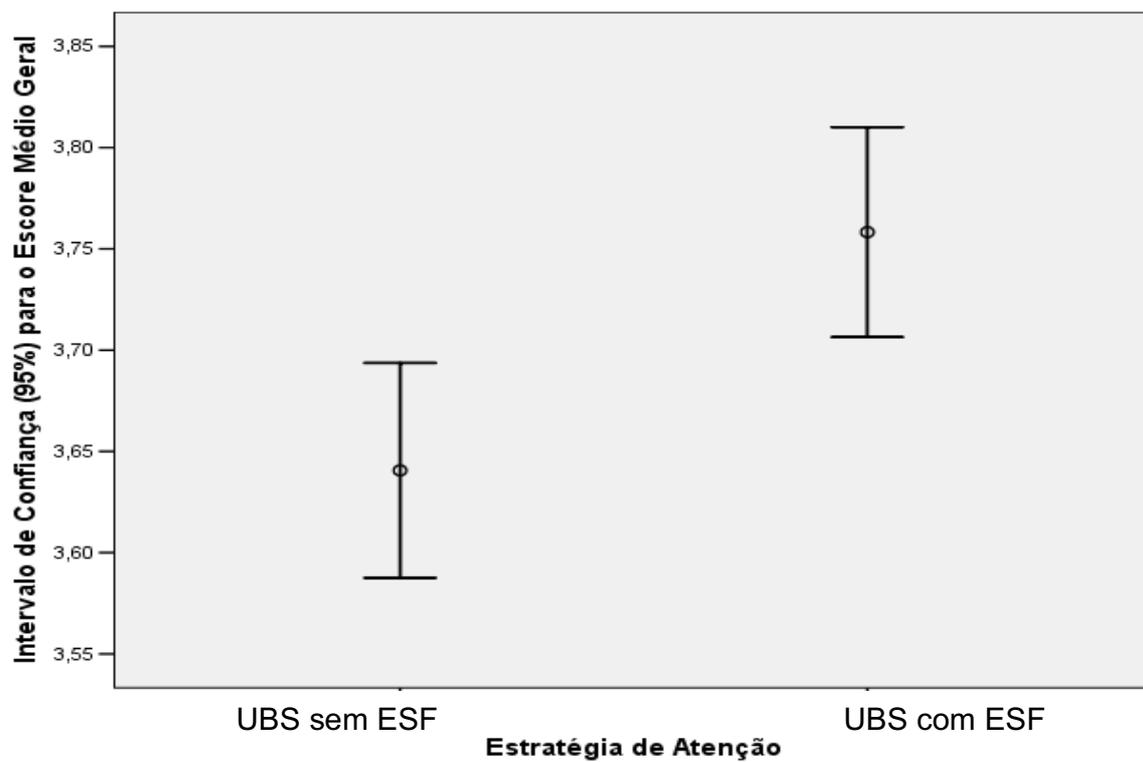
DIMENSÕES/ ITENS DA QUALIDADE	ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO				TOTAL	
	UBS COM ESF		UBS SEM ESF			
1. DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Obtenção de uma vaga no serviço</i>						
Muito fácil	14	3,93	8	5,42	32	4,65
Fácil	35	9,83	39	11,75	74	10,76
Nem fácil nem difícil	107	30,06	90	27,00	197	28,63
Difícil	173	48,60	163	49,00	336	48,84
Muito difícil	27	7,58	22	6,62	49	7,02
TOTAL	356	100	332	100	688	100
<i>Tempo de espera</i>						
Muito curto	21	5,85	16	4,85	37	5,37
Curto	94	26,18	70	21,21	164	23,80
Nem longo nem curto	140	39	117	35,45	257	37,30
Longo	82	22,84	80	24,24	162	23,51
Muito Longo	22	6,13	47	14,24	69	10,02
TOTAL	359	100	330	100	689	100
2. RESOLUTIVIDADE	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Satisfação com a aparência dos dentes tratados (dentes anteriores)</i>						
Totalmente satisfeito	60	16,85	31	9,39	91	13,27
Muito satisfeito	51	14,32	50	15,15	101	14,72
Satisfeito	176	49,44	162	49,09	338	49,27
Um pouco satisfeito	52	14,61	63	19,09	115	16,76
Insatisfeito	17	4,78	24	7,28	41	5,98
TOTAL	356	100	330	100	686	100
<i>Capacidade de mastigação (dentes posteriores)</i>						
Totalmente satisfeito	32	9,02	22	6,83	54	8,02
Muito satisfeito	48	13,67	21	6,52	69	10,25

Satisfeito	177	50,43	164	50,93	341	50,67
Um pouco satisfeito	60	17,09	71	22,05	131	19,47
Insatisfeito	34	9,69	44	13,67	78	11,59
TOTAL	351	100	322	100	673	100
3. AMBIENTE FÍSICO – LIMPEZA	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Limpeza da recepção/sala de espera</i>						
Excelente	100	27,93	85	25,76	185	26,89
Boa	209	58,38	206	62,42	415	60,32
Regular	38	10,62	31	9,39	69	10,03
Ruim	11	3,07	3	0,91	14	2,03
Péssima	0	0	5	1,52	5	0,73
TOTAL	358	100	330	100	688	100
<i>Limpeza dos banheiros</i>						
Excelente	39	11,27	35	10,64	74	10,96
Boa	168	48,55	162	49,24	330	48,89
Regular	81	23,41	89	27,05	170	25,19
Ruim	35	10,22	30	9,22	65	9,63
Péssima	23	6,65	13	3,95	36	5,33
TOTAL	346	100	329	100	675	100
4. RELAÇÕES HUMANAS	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Atenção ou tratamento recebido dos outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogo, fisioterapeuta, etc).</i>						
Excelente	107	29,97	73	22,19	180	26,24
Bom	164	45,94	204	62,01	368	53,64
Regular	74	20,73	45	13,68	119	17,35
Ruim	5	1,40	4	1,21	9	1,31
Péssimo	7	1,96	3	0,91	10	1,46
TOTAL	357	100	329	100	686	100
<i>Atenção ou tratamento recebido pelo Cirurgião Dentista</i>						
Excelente	185	52,11	150	45,05	335	48,69
Bom	148	41,69	152	45,65	300	43,61
Regular	15	4,23	16	4,80	31	4,51
Ruim	5	1,41	9	2,70	14	2,03
Péssimo	2	0,56	6	1,80	8	1,16
TOTAL	355	100	333	100	688	100
5. QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA DOS EQUIPAMENTOS	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Atualização dos equipamentos</i>						
Super modernos	37	10,63	12	3,67	49	7,25

Modernos	205	58,90	154	47,00	359	53,09
Nem uma coisa nem outra	82	23,56	128	39,04	210	30,00
Desatualizados	19	5,46	26	7,95	45	6,67
Ultrapassados	5	1,44	7	2,04	12	1,78
TOTAL	348	100	327	100	675	100
6. EFICÁCIA	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Desconforto causado por restauração com supra contato ou arranhando</i>						
Não senti nada	272	83,69	252	80,29	524	82,52
Senti muito pouco desconforto	21	6,46	27	8,70	48	7,56
Senti desconforto	19	5,85	19	6,03	38	5,98
Senti muito desconforto	8	2,46	4	1,29	12	1,89
Senti total desconforto	5	1,54	8	2,58	13	2,05
TOTAL	325	100	310	100	635	100
7. ACEITABILIDADE	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sempre me explica tudo	219	68,69	189	57,62	408	64,14
Na maioria das vezes me explica	70	21,72	69	22,04	139	22,05
Não lembro	33	10,29	32	10,32	65	10,39
Raras vezes me explica	18	5,57	11	3,55	29	4,58
Nunca me explica	15	4,62	27	8,68	42	6,64
TOTAL	355	100	328	100	683	100

Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Figura 1: Distribuição dos escores médios gerais para satisfação dos usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba com relação à estratégia de atenção.



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

REFERÊNCIAS

1. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006; 11(1):23-30.
2. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005 jul.-ago.; 21(4):026-035.
3. Brasil IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 04/03/2007.
4. Camargo AL, et al., A Construção da Odontologia Integral. In Moysés, SJ. *Os Dizeres da Boca em Curitiba*. Rio de Janeiro: Cebes; 2002. p. 27-36.
5. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Brás. Saúde Matern. Infant.* 2005 dez.; 5 (Supl 1): S63-S69.
6. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006 jul./set.; v. 11 n°3.
7. Contandriopoulos AP. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? *Cad. Saúde Pública* 1998 jan.-mar.; 14(1):99-204.
8. Cruz DB, Horta MS, Lucca TR, Gabardo MCL, Nascimento AC. Dinâmica do processo de trabalho no Programa de Saúde da Família na

perspectiva dos produtores do modelo odontológico. *Brazilian Oral Research*. 2005 set.; v. 9: 33.

9. Curitiba. Disponível em:

<http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/index.htm>. Acesso em 24/03/2007.

10. Donabedian A. *Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica*. Cuernavaca, Morelos, México; Instituto Nacional de la Salud Pública; 1992.

11. Elias PE, et al.. *Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e EBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo*. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006 jul./set.; v. 10(3):633-641

12. Esperidião M, Trad LAB. *Avaliação de satisfação de usuários*. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005; 10(Sup):303-312.

13. Hortale VA, Conil EM, Pedroza M. *Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde*. *Card. Saúde Pública* 1999 jan./mar.; v. 5, n. 1

14. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília; DF; 1997.

15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília; DF; 2005.

6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; DF; 2004.
7. Moysés SJ, Simão MG, Pedotti MA. A Saúde Bucal nos Sistemas Locais de Saúde. In Moysés, SJ. Os Dizeres da Boca em Curitiba. Rio de Janeiro: Cebes; 2002. p. 37–44.
8. Myburgh NG, Solanki GC, et al. Patient satisfaction with health care providers in South Africa: the influences of race and socioeconomic status. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005 June 28; 5: 5.
9. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* [Periódico on line] 2005 Jun [citado 2007 mar 24]; 5(2): 229 – 240. Disponível em: http://www.scielo.php?script=sci_aritex&pid=S1518-3829200500020002&lng=pt&nrm=iso.doi:10.1590/S1518-382900500020002
20. Silva LL. Competências gerenciais do Cirurgião Dentista da Estratégia Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira Saúde da Família* 2006 abr./jun.; ano VII, nº 0.
21. Silveira Filho AD. Odontologia no PSF – um desafio. *Revista Brasileira Saúde da Família*. 2002 jan.; ano II, nº 4.

22. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Siênc. Saúde Coletiva* 2006; 11(3):643-655.
23. Souza MF, A Cor – Agem do PSF. São Paulo; 2. ed.; Hucitec; 2003.
24. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública* 1998 abr.-jun.; 14(2):429-435.
25. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2002; 7(3):581-589.
26. Travesso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública* 2004 jan.-fev.; 20(1):80-88.
27. Vieira-da-Silva LM, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad. Saúde Pública* 1994 jan.-mar.; 10(1):80-91.

PÊNDICES



APÊNDICE 1: Método Detalhado

TIPOLOGIA DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA

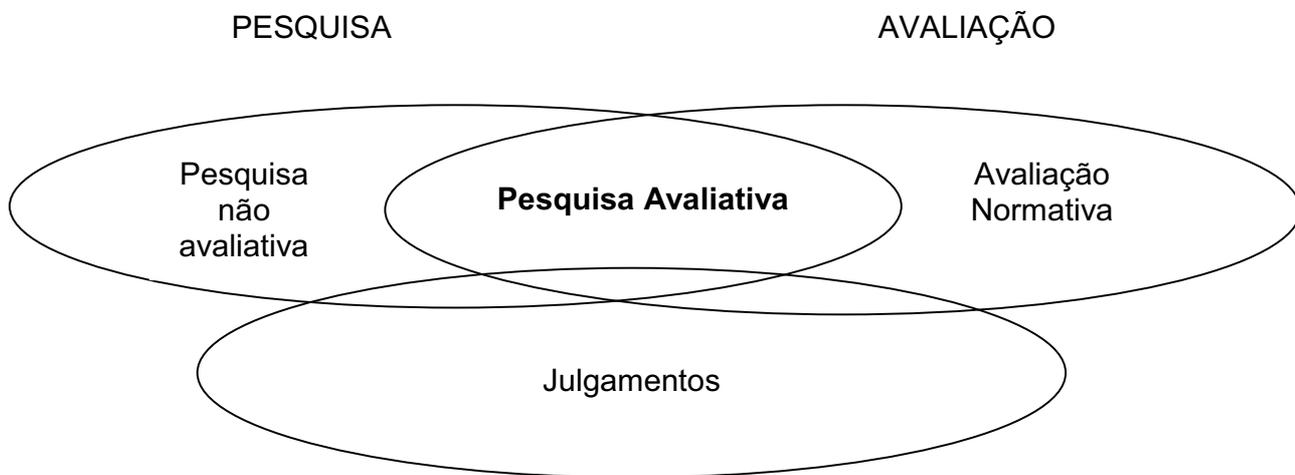
Segundo Antunes e Peres³ esse é um estudo **Epidemiológico Observacional**, pois não foi realizada nenhuma intervenção pela pesquisadora. Como além de descrever o comportamento da satisfação dos usuários dos Serviços de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba também o estudo realiza comparação entre as duas estratégias de atenção básica, é considerado **Exploratório**. E quanto à forma de organização dos dados no tempo é um estudo **Transversal simples**, pois os dados dizem respeito a um recorte temporal.

Para Contandriopoulos⁹ avaliar consiste em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção.

...através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)...

Seguindo a classificação de Contandriopoulos⁹ para pesquisas sociais, esse estudo também pode ser considerado uma **Pesquisa Avaliativa**.

Figura 2: Representação esquemática da classificação de Contandriopoulos para pesquisas sociais



Fonte: Contandriopoulos.⁹

TOMADA DE DECISÃO

A avaliação da qualidade de desempenho de um serviço de saúde pode ser subdividida em três categorias a “de estrutura”, “de processo” e “de resultados” .⁴

Segundo o “modelo Donabedian” para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, essa pesquisa avaliou a categoria dos resultados, pois se propôs a investigar como foi para as pessoas passar pelos Serviços de Odontologia da SMS de Curitiba. Mensurando auto-percepção de saúde bucal, presença de dor de dentes nos últimos seis meses (níveis de saúde-doença) e a satisfação dos usuários com os serviços, o enfoque principal é na satisfação dos usuários com os serviços.

Em resumo trata-se de um Estudo Epidemiológico Observacional, Exploratório, Transversal simples sendo uma Pesquisa Avaliativa, com foco na categoria dos Resultados.

LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

Foi realizado com pessoas atendidas nas Clínicas Odontológicas das Unidades Básicas Municipais de Saúde (UBS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Cidade de Curitiba Paraná Brasil.

Curitiba é a capital do estado do Paraná um dos três estados que compõem a região sul do Brasil. Sua fundação oficial data de 29 de março de 1693. Está localizada a 934,6 metros acima do mar, com população formada em grande parte por imigrantes de todos os cantos do mundo. A economia hoje está embasada no comércio, indústria e setor de serviços. A área total do município é de 430,9 km², divididos em 75 bairros. Segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE/2006 sua população é de 1.788.559 habitantes ⁽⁶⁾. Relevo levemente ondulado, com área verde de 5 m² por habitante e clima temperado tendo como temperatura média do verão 23°C e no inverno de 13°C.¹².

Para que a administração aconteça descentralizada e mais próxima da população, hoje Curitiba encontra-se dividida em nove Regionais Administrativas e conseqüentemente em nove Distritos Sanitários (DS). O município habilitou-se à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, conforme a NOB-SUS/96 em 1998. Isso significa que os recursos financeiros para todas as ações do SUS (Sistema Único de Saúde) no município são repassados diretamente do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde, e que a SMS é quem gerencia todo o sistema de saúde do município, desde a atenção básica até os procedimentos de alto custo. Atualmente a rede própria é composta por 42 Unidades de Saúde (US), destas 42 com Estratégia de Saúde da Família, 2 Unidades de Saúde com Especialidades, 6 Unidades de Saúde 24 Horas, 1 Hospital geral e maternidade com 60 leitos, 1 Laboratório de Análises Clínicas. Seu corpo funcional é de 4.726

servidores. Na Saúde da Família são 33 equipes. Conta ainda com 64 Agentes Comunitários de Saúde.¹³.

O sistema de informação que é utilizado nas US é o Prontuário Eletrônico, tanto Médico e Enfermagem como Odontológico. O relatório que serviu de parâmetro para a quantificação do tamanho da amostra desse estudo foi retirado desse sistema informatizado.¹³.

TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

São em número de noventa as US da SMS de Curitiba que contém o serviço de odontologia com a implantação do prontuário eletrônico. Essas foram consideradas o universo total de clínicas para a escolha da amostra. Quanto aos usuários, foi considerado como população total, os usuários das Clínicas Odontológicas da SMS Curitiba com prontuário eletrônico, atendidos no primeiro semestre de 2005. Dessas noventa clínicas, cinquenta são Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem Estratégia de Saúde da Família (ESF) e quarenta são UBS com ESF. Através do relatório de pacientes atendidos durante o primeiro semestre de 2005 (janeiro a junho de 2005) pudemos constatar que foram atendidas 27568 pessoas nas UBS com ESF e 25067 pessoas em UBS sem ESF.

Outro parâmetro levado em consideração para a determinação da amostra foi o resultado da pesquisa de satisfação dos usuários dos serviços de saúde que é realizada por um serviço de telemarketing, trimestralmente encomendado pela SMS de Curitiba com objetivo gerencial. Considerando como usuário satisfeito todos os que responderam que o serviço é ótimo e bom acrescido de metade dos que responderam regular temos uma média de satisfação em 2004 igual a 75,55%, porém usamos o parâmetro de 70% de satisfação.

Com esses parâmetros, utilizando amostragem de proporções, para um nível de confiança de 95% e margem de erro máxima de 5%, a amostra calculada foi de 309 indivíduos nas UBS sem ESF e também 309 nas UBS com ESF. Ainda acrescentando 20% para segurança quanto às negativas dos entrevistados, ficou uma amostra de 383 em cada estratégia de atenção com uma amostra final de 766 indivíduos. Esses indivíduos foram escolhidos de forma aleatória dentre os atendidos no Serviço de Odontologia das US da SMS de Curitiba nos últimos 30 dias imediatamente anteriores à pesquisa.

Quanto à amostra das US, também levando em consideração os mesmos critérios, participariam 30 Unidades sendo 04 PSF e 06 UBS. Para a escolha dessas Unidades foi usado o resultado da pesquisa do telemarketing para estratificá-las. Ou seja, foi amostra intencional, pois o objetivo foi incluir tanto as Unidades de Saúde bem avaliadas na pesquisa como as mal avaliadas. Também se tomou o cuidado para que todos os Distritos Sanitários (DS) estivessem contemplados tanto com UBS sem ESF como com UBS com ESF. Com exceção do DS do Bairro Novo que possui somente UBS com ESF.

Critérios de Inclusão:

1. US da SMS de Curitiba com Clínicas Odontológicas informatizadas, ou seja, com prontuário eletrônico.
2. Usuários que tiveram atendimento nas Clínicas Odontológicas das UBS com e sem ESF, nos últimos trinta dias anteriores à pesquisa.
3. Indivíduos atendidos tanto no pronto atendimento como os programados.

Critérios de Exclusão:

1. Crianças com menos de doze anos, sendo que nesses casos participou da pesquisa o responsável pela mesma.

2. Funcionários do serviço e seus parentes, inclusive Agentes Comunitários de Saúde.
3. Usuários que não concordaram em assinar o Consentimento Livre e Esclarecido.

APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

A presente pesquisa foi inscrita no SISNEP submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sob o registro no CEP nº 860. Também foi enviada a aprovação para o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, e solicitado a autorização para que a pesquisa acontecesse nas US da SMS. A autorização foi concedida. O próprio Comitê de Ética encaminhou aos DS a comunicação da realização da pesquisa, e os DS informaram às US. Somente a US Concórdia (UBS sem ESF) do DS Pinheirinho manifestou o impedimento para a realização da pesquisa. A mesma foi substituída pela US Vila Machado (UBS sem ESF) do mesmo DS e que na avaliação do serviço de telemarketing havia obtido a mesma média da U.S. Concórdia.

COLETA DE DADOS

Instrumento de investigação:

Foi elaborado um protocolo para coleta dos dados, levando em consideração o protocolo utilizado pelo serviço de telemarketing acrescido de outras perguntas que a pesquisadora julgou necessárias para o perfeito esclarecimento quanto à satisfação dos usuários dos Serviços de Odontologia. (Anexo 2). Houve a

intenção de realizar a avaliação de controle e refinamento do instrumento de coleta de dados por meio de um teste piloto realizado em parte da amostra.

Esse instrumento não foi utilizado, pois tivemos acesso, antes do início da coleta dos dados, a uma primeira versão do Questionário de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços Públicos de Saúde Bucal (QASSaB) que já estava validado por Fernandes¹⁸ em sua tese de doutorado. Prévost, Fafard e Nadeau (1998) citado em Trad, et al.³⁸, defendem o uso de instrumentos rigorosamente validados e padronizados. No mesmo estudo as autoras reiteram que é importante o uso de instrumentos de pesquisa contextualizados com a realidade brasileira, ou seja, dificuldade de acesso aos serviços, ao perfil de baixa escolaridade e consciência cívica do brasileiro.

O QASSaB é composto por duas partes distintas: a primeira chamada pela autora de variáveis independentes onde estão os dados de identificação das Unidades de Atendimento, dados das Pessoas entrevistadas e também as perguntas sobre a percepção de saúde bucal e dor de dente. A segunda parte é composta pelas variáveis dependentes, ou seja, pelas dimensões a serem aferidas a satisfação do usuário, que são as seguintes: Disponibilidade dos Serviços ou Acessibilidade, Resolutividade ou Efetividade, Ambiente Físico do Serviço – Limpeza, Relações Humanas (Relação com Profissionais de Saúde), Qualidade Técnico-Científica dos Equipamentos, Eficiência, Eficácia, Equidade, Aceitabilidade. Foi realizada uma adequação na primeira parte do questionário para torná-lo próprio à realidade de Curitiba e também na dimensão da eficiência, pois em Curitiba as Unidades de Saúde de Atenção Básica estão próximas às residências de seus usuários, não sendo necessário despendar dinheiro para o transporte até o local de atendimento, com raríssimas exceções. O questionário modificado para Curitiba pode ser consultado no anexo 3.

É importante conceituar cada dimensão acima para que fique claro o que o instrumento QASSaB se propõe a avaliar.

Por Disponibilidade dos Serviços ou Acessibilidade entende-se: O quanto esse serviço está disponível a seus usuários, ou seja, remoção de obstáculos físicos, gerenciais entre outros, para a utilização dos mesmos. Resolutividade ou Efetividade: É a capacidade que o serviço tem em resolver as situações apresentadas por seus usuários, dentro de sua área de competência em situação rotineira. Ambiente Físico do Serviço – Limpeza: Diz respeito ao conforto do ambiente físico e sua limpeza. Essa dimensão é também chamada pelos autores de amenidades do serviço. Relações Humanas: Trata de como se dão as relações interpessoais entre profissional e usuário dentro do serviço. Qualidade Técnico-Científica dos Equipamentos: Refere-se a quanto os equipamentos utilizados pelo serviço encontram-se adequados à tecnologia atual. Eficiência: É a relação entre o impacto real e os custos da ação. Eficácia: Capacidade de o serviço produzir o resultado esperado em condições ideais. Equidade: Distribuição dos serviços de acordo com a necessidade de saúde da população. Aceitabilidade: Ocorre quando o fornecimento do serviço está de acordo com as normas culturais, sociais e com as expectativas do usuário.⁸

O Questionário de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços Públicos de Saúde Bucal (QASSaB) foi construído baseado na Escala concebida por Likert, onde as respostas com relação à qualidade variam de maneira ordinal com intervalos regulares. A escala proposta por Likert em 1932 é composta por cinco pontos, sendo que o ponto médio indica uma situação intermediária, indiferença ou de nulidade. O autor sugere que seja “ótimo”, “bom”, “regular”, “ruim” e “péssimo”. Essa escala tem sido usada largamente com muito sucesso, pela grande sensibilidade em recuperar conceitos de manifestação de qualidade, pois

reconhece a oposição entre contrários, gradientes e também situação intermediária.⁸

Depois de colhidos os dados é que tivemos acesso na íntegra à tese de doutorado da Dr^a Lecy de Maria Araújo Gadelha Fernandes⁸, e pudemos constatar que somente onze (anexo 4) das vinte e seis questões, de fato, constam no documento final validado, ou seja, deram significância na validação. No mesmo processo também foram excluídas as dimensões de Eficiência e Equidade restando apenas sete dimensões. Então ao mostrar os resultados serão desconsideradas as respostas das perguntas e dimensões que não passaram nos testes de validação.

Metodologia para coleta de dados:

Foi solicitada para a SMS de Curitiba a listagem das pessoas atendidas nos Serviços de Odontologia das UBS sem ESF e USB com ESF das US que compunham a amostra (anexo 5). Nesse relatório deveria constar o nome das pessoas, sua idade e endereço. Como a Secretaria teve impossibilidade de disponibilizar o referido relatório, as pessoas atendidas foram identificadas através de um relatório usual do sistema eletrônico Odontológico que se chama "Pacientes Atendidos". Nesse relatório constam os nomes de todas as pessoas que foram atendidas no dia, se foram atendidas como Pronto Atendimento e qual profissional realizou o atendimento. Não constam idade nem endereço de residência. Ele somente pode ser gerado na Unidade de atendimento do usuário. Os endereços e idade de todos os usuários da amostra foram procurados manualmente no cadastro de Domicílio/Usuário no sistema informatizado de Curitiba (prontuário eletrônico).

A princípio a metodologia de coleta de dados foi pensada para acontecer da seguinte forma: As pessoas que receberam atendimento odontológico nos últimos trinta dias nas Clínicas Odontológicas da SMS de Curitiba e que fizeram parte da

amostra seriam convidadas para uma reunião comunitária onde receberiam informações sobre o auto cuidado e participariam da pesquisa, se assim concordassem. O convite seria entregue pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e nele estaria colocada a questão da pesquisa. Nas reuniões seriam entregues os questionários semi-estruturados para auto aplicação às pessoas, após as mesmas terem assinado os termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Segundo Esperidião e Trad^[7] quando o estudo é quantitativo podem ser administrados anonimamente, dispensando a presença de um pesquisador treinado quando o questionário é auto-aplicável.

As pessoas que tivessem dificuldades em entender as questões colocadas poderiam receber ajuda no preenchimento.

Não estava previsto nenhum risco ou desconforto aos participantes desta pesquisa.

Os benefícios aos usuários com a pesquisa podem ser imediatos, pois, nessas reuniões foram realizadas oficinas de promoção de saúde bucal aos presentes. E também a médio e longo prazo. Os dados finais da pesquisa, e o instrumento de coleta de dados serão repassados à SMS de Curitiba que poderá fazer uso do instrumento de avaliação em outros momentos, e também as adequações necessárias para que se melhore a satisfação dos usuários dos seus serviços.

Como um dos critérios de inclusão na amostra é o atendimento nos últimos trinta dias e as Agentes Comunitárias de Saúde necessitavam de tempo para a entrega dos convites e a pesquisadora tempo para verificar os endereços e idade, os relatórios foram tirados de deis a doze dias de atendimento da seguinte forma: se a reunião fosse acontecer no dia 02/06/2006 o relatório seria tirado dos dias

03/05/2006 até o dia 09/05/2006. A primeira reunião foi marcada para o dia 02/06/2006 e a última para o dia 28/07/2006. Como a amostra necessária era de aproximadamente 30 pessoas em cada US foram convidados em torno de 80 usuários, contando que muitos não comparecem às reuniões dos serviços de saúde.

A coleta de dados iniciou na US São Braz uma UBS sem PSF do DS de Santa Felicidade no dia 03/06/2006 (sábado de manhã), pois a US Iracema do DS Cajuru teve problemas com a entrega dos convites e informou a pesquisadora a impossibilidade de realização da pesquisa em 02/06/2006, então se trocou a data para o dia 06/06/2006. Na primeira US tivemos a presença de sete usuários, a reunião correu normalmente todos assinaram o consentimento livre e esclarecido e responderam o questionário sem dificuldade. A segunda US foi a UBS com ESF Pinheiros do DS de Santa Felicidade também no dia 03/06/2006 (sábado à tarde), compareceram cinco usuários. Na reunião da US Camargo UBS sem ESF do DS Cajuru dia 06/06/2006 (terça-feira à tarde) compareceu um usuário. Na da US Solitude UBS com ESF foram nove pessoas e US São Domingos UBS com ESF foram dezesseis pessoas ambas são do DS Cajuru e aconteceram no dia 08/06/2006 (quinta-feira à tarde). Na da US Iracema UBS sem ESF do DS Cajuru, compareceram oito pessoas no dia 06/06/2006 (terça-feira à noite). Com esses resultados se julgou necessária mudança na metodologia de coleta de dados. Passou a ser feita a entrega dos questionários às US participantes da amostra junto com a listagem dos usuários que responderiam o questionário. Foi a equipe de saúde bucal junto com os Agentes Comunitários de Saúde que entregaram esses questionários para que os usuários respondessem e assinassem o consentimento livre e esclarecido. Como a taxa de resposta das UBS com PSF foi baixa tivemos que ampliar a amostra de Unidades passando de 04 para 07 US. Incluímos a US

Capanema que é a única de UBS com ESF do DS Matriz e não tinha sido contemplado na amostra inicial, mais a US Nossa Senhora Aparecida do DS Bairro Novo por ser o Distrito com maior número de UBS com ESF e a US Trindade II do DS Cajuru. A amostra final, após o retorno dos questionários enviados foi de 359 indivíduos nas UBS com ESF e 333 nas UBS sem ESF, num total de 692 pessoas

A coleta de dados teve início em junho de 2006 e terminou em agosto de 2006.

ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS:

Estatística Descritiva:

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis para verificar o comportamento de cada uma em separado. Essa análise foi realizada no total da amostra, na amostra das UBS sem ESF e também na amostra das UBS com ESF. As variáveis ligadas aos indivíduos, ou seja, sexo, faixa etária, estado civil, renda familiar, escolaridade, regional administrativa, prevalência de dor de dente e autopercepção de saúde bucal, serão descritas através de tabelas nos resultados e utilizadas como forma de caracterização da amostra. O mesmo acontecendo com as variáveis ligadas às Unidades de Saúde, ou seja, Estratégia de Atenção. Os resultados referentes às Unidades de Saúde estão na Tabela 1 dos resultados e os dados referentes aos indivíduos estão descritos na Tabela 2 dos resultados.

Para análise estatística dos dados foi utilizado o programa SPSS 13.0. Como as variáveis eram ordinais, foi aplicado o teste Mann Whitney U para cada uma das onze perguntas que compunham as dimensões ligadas à satisfação do

usuário com o serviço isoladamente, correlacionando-as com a estratégia de atenção, ou seja, UBS com ESF ou UBS sem ESF.

Depois foi construído um escore médio de satisfação por indivíduo que respondeu à pesquisa, fazendo uma média aritmética das respostas dadas nas onze perguntas constantes do instrumento de coleta de dados referentes à satisfação dos usuários com os serviços. Com esse escore foi novamente aplicado o teste Mann Whitney U para comparar se havia diferença entre a satisfação dos usuários dos serviços das UBS com ESF e UBS sem ESF. Esse resultado está na figura □ dos resultados.

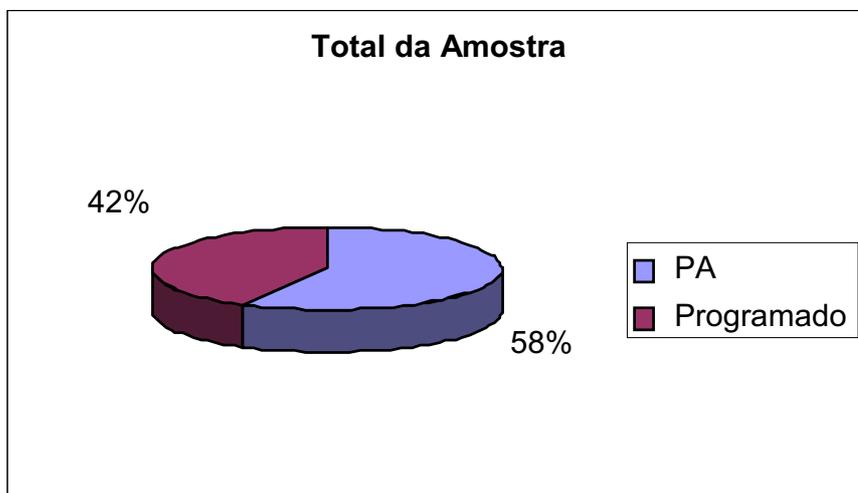
APÊNDICE 2: Resultados Detalhados

APRESENTAÇÃO DESCRITIVA

Características sócio-demográficas das variáveis independentes

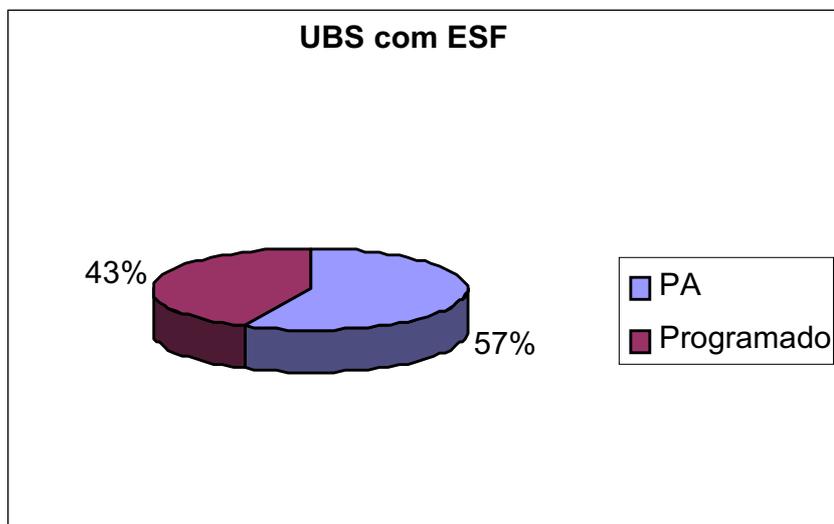
De acordo com a amostra estudada, com relação às US, foi pesquisado um total de 33 Unidades destas 17 (51,52%) USB com ESF e 16 (48,48%) UBS sem ESF, os indivíduos foram num total de 692 sendo que 359 (51,88%) em UBS com ESF e 333 (48,12%) em UBS sem ESF. Com essa amostra temos que com 95% de confiança e erro máximo de amostragem para estimar a verdadeira proporção de usuários que classificaram o serviço como excelente foi de 5,13% nas UBS com ESF e de 5,31% nas UBS sem ESF. Quanto ao **Modo de Atendimento** o total da amostra foi de 607 pessoas respondendo, dessas 352 (57,99%) foram atendidas em Pronto Atendimento e 255 (42,01%) atendidas em Atendimento Programado, gráfico 1. Nas UBS com ESF 181 (56,92%) foram atendidos em Pronto Atendimento e 137 (43,08%) atendidos como Programados, gráfico 2, enquanto que nas UBS sem ESF 171 (59,17%) em Pronto Atendimento e 118 (40,83%) Programados, gráfico 3.

Gráfico 1: Distribuição da frequência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo o modo de atendimento



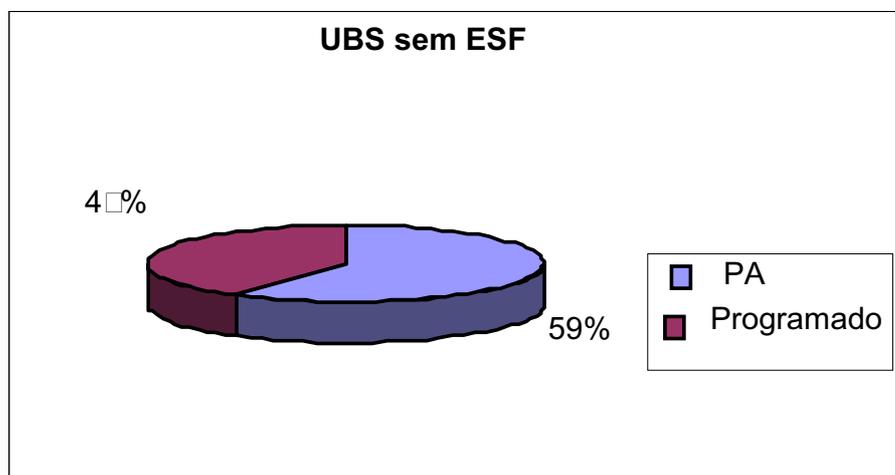
Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Gráfico 2: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo o modo de atendimento



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

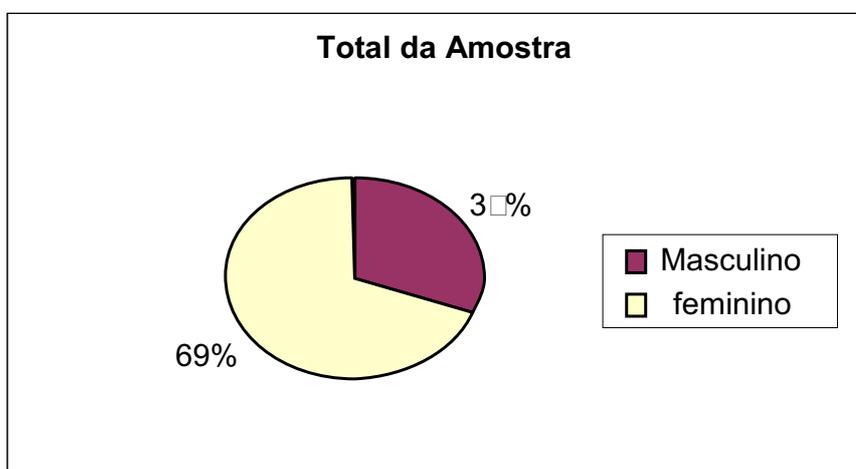
Gráfico 3: Distribuição da freqüência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo o modo de atendimento



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

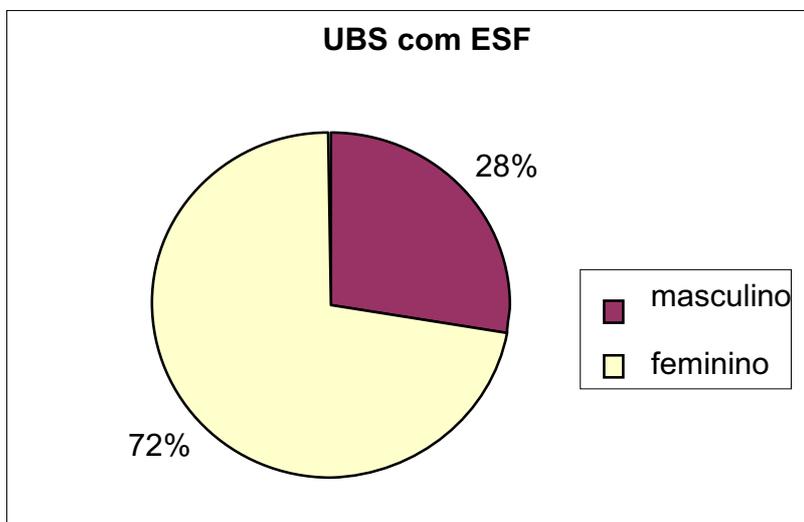
Com relação ao **sexo** na amostra geral 214 (30,92%) eram do sexo masculino e 478 (69,08%) do sexo feminino, gráfico 4. Nas UBS com ESF 99 (27,58%) do sexo masculino e 260 (72,42%) do sexo feminino, gráfico 5. Nas UBS sem ESF 115 (34,53%) do sexo masculino e 218 (65,47%) do sexo feminino, gráfico 6.

Gráfico 4: Distribuição da freqüência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo o sexo



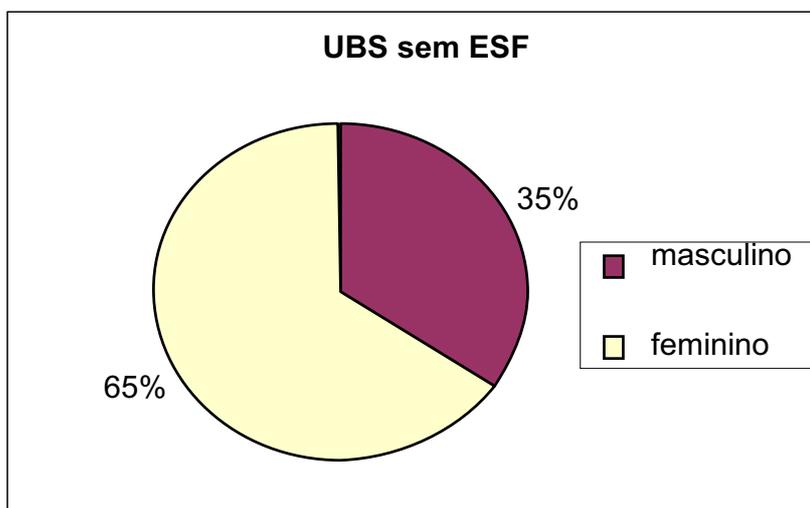
Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Gráfico 5: Distribuição da freqüência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo o sexo



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Gráfico 6: Distribuição da freqüência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo o sexo

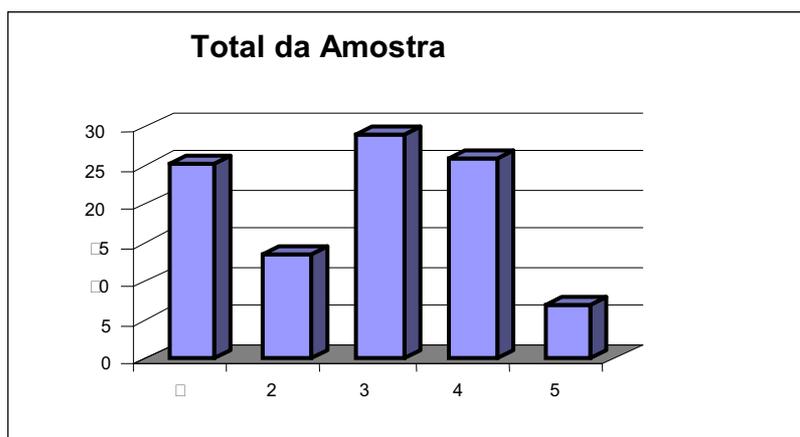


Fonte: Pesquisa direta, 2006.

As **idades** foram agrupadas em cinco intervalos da seguinte forma: 1 corresponde ao intervalo de 0 a 12 anos, 2 ao intervalo de 13 a 19 anos, 3 ao intervalo de 20 a 35 anos, 4 ao intervalo de 36 a 59 anos e 5 corresponde a 60 anos ou mais.

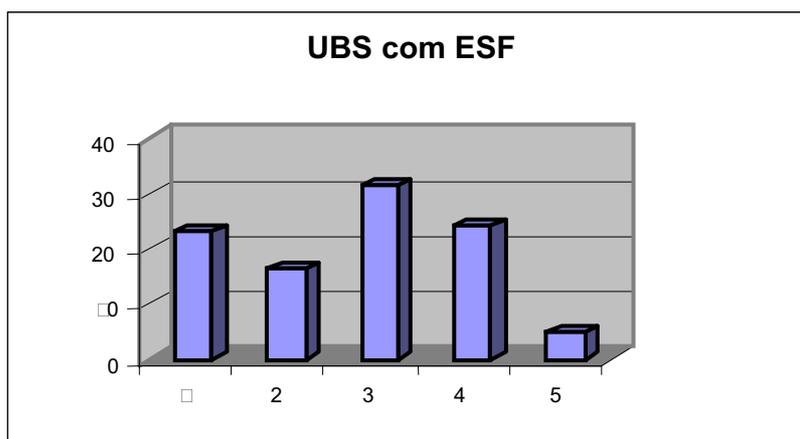
Variaram tanto na amostra geral (média 28 anos), gráfico 7, como na UBS com ESF (média 27 anos), gráfico 8 de 0 a 83 anos, sendo que nas UBS sem ESF foi de 02 a 78 anos e média de 29 anos, gráfico 9.

Gráfico 7: Distribuição da frequência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo os intervalos das idades



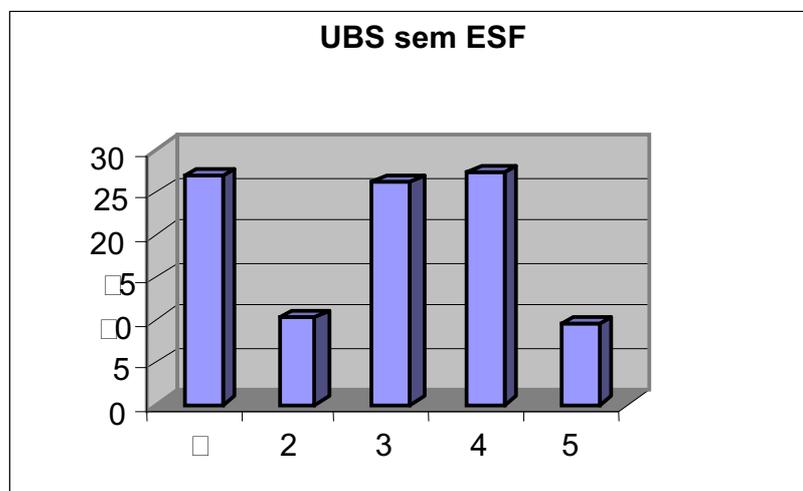
Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Gráfico 8: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo os intervalos das idades



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

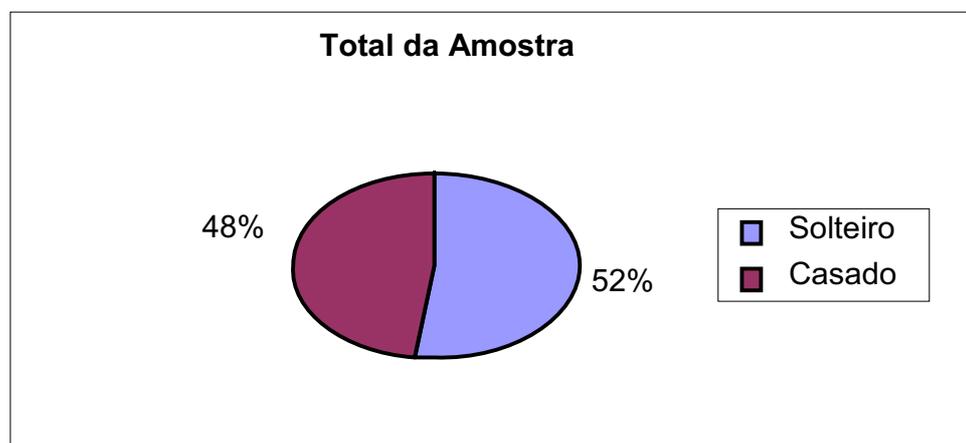
Gráfico 9: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo os intervalos das idades



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

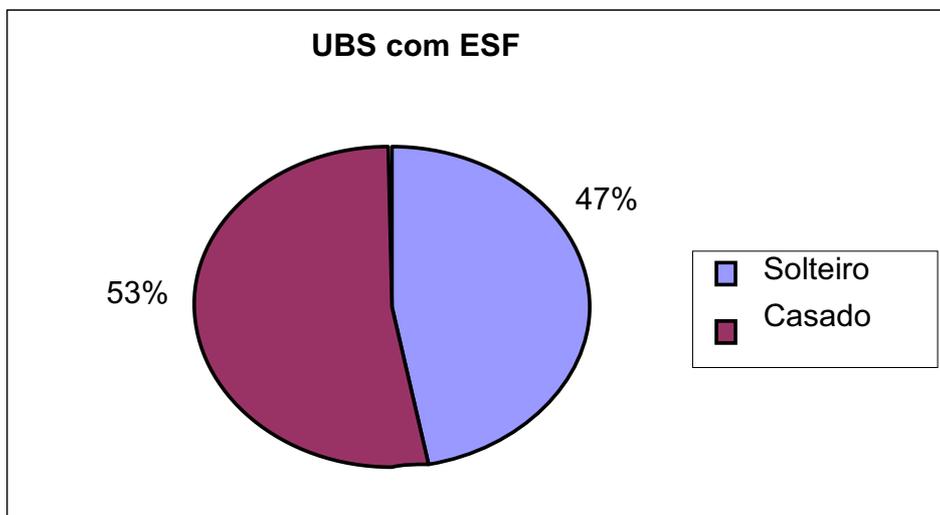
Estado Civil, no total da amostra, 346 (51,87%) eram solteiros e 324 (48,13%) casados, gráfico 10. Nas UBS com ESF 163 (46,97%) eram solteiros e 184 (53,03%) casados, gráfico 11 e na UBS sem ESF 183 (57,19%) eram solteiros e 137 (42,81%) casados, gráfico 12.

Gráfico 10: Distribuição da frequência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo o estado civil



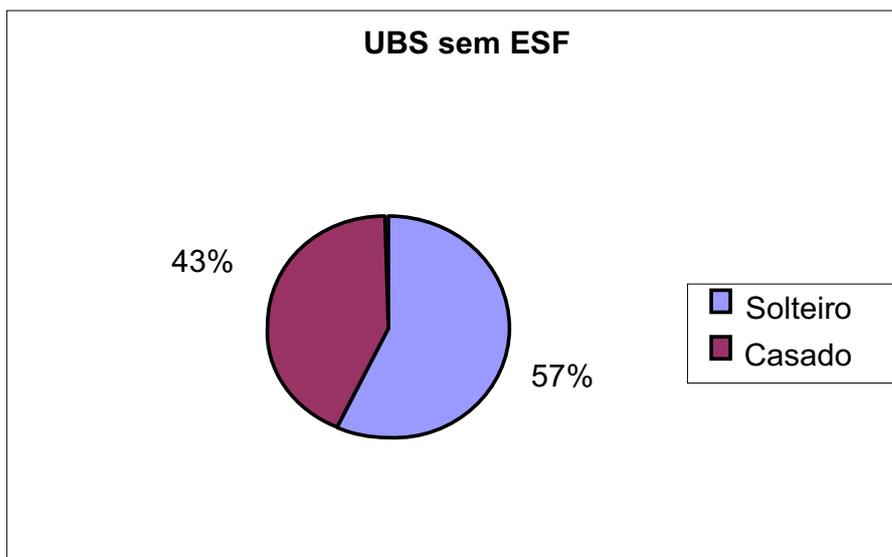
Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Gráfico 11: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo o estado civil



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

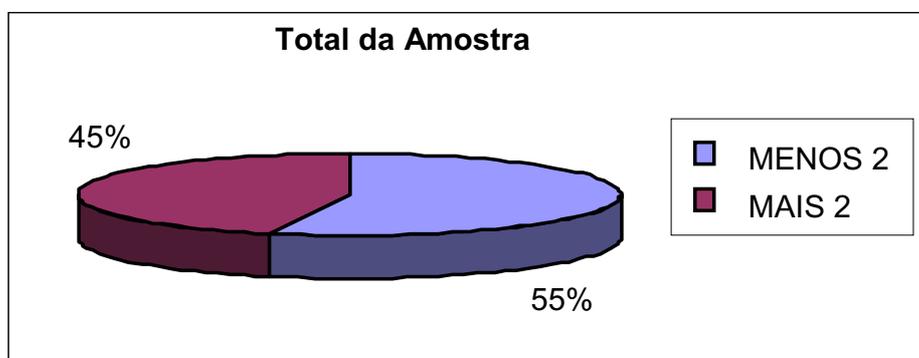
Gráfico 12: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo o estado civil



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

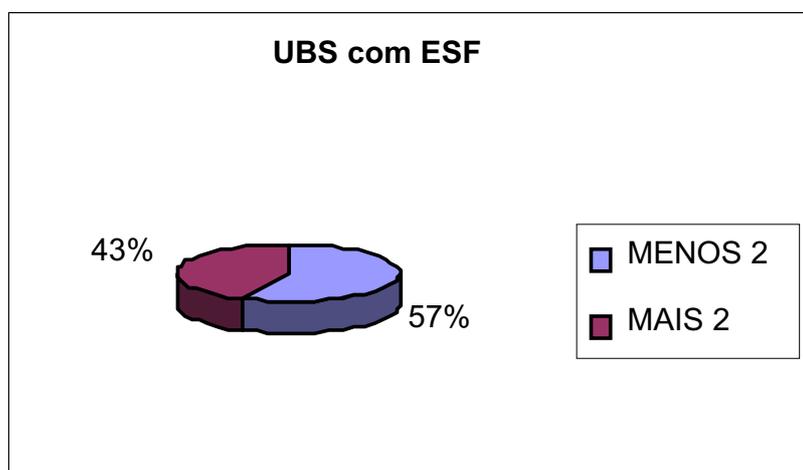
No que se refere à **renda familiar**, na amostra geral, 345 (54,68%) tinham renda familiar menor que 2 salários mínimos e 286 (45,32%) renda familiar maior que 2 salários mínimos, gráfico 13. Nas UBS com ESF 89 (56,93%) renda menor que 2 salários e 43 (43,07%) maior que 2 salários, gráfico 14. Nas UBS sem ESF 56 (52,17%) menos que 2 salários e 43 (47,83%) maior que 2 salários, gráfico 15.

Gráfico 13: Distribuição da frequência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo a renda familiar



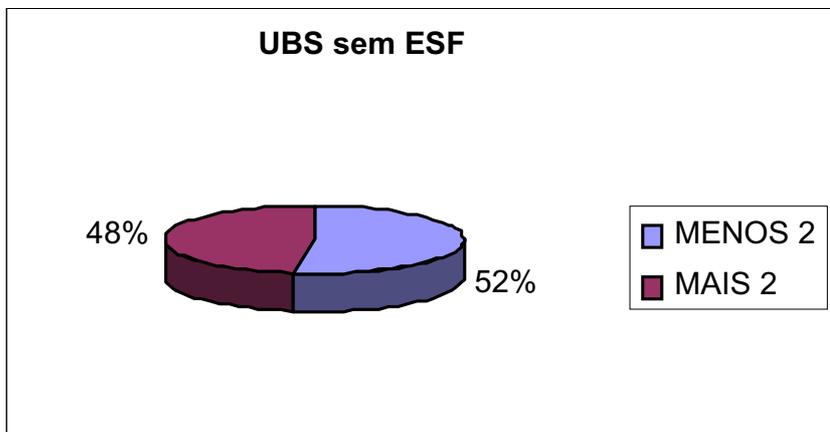
Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Gráfico 14: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo a renda familiar



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

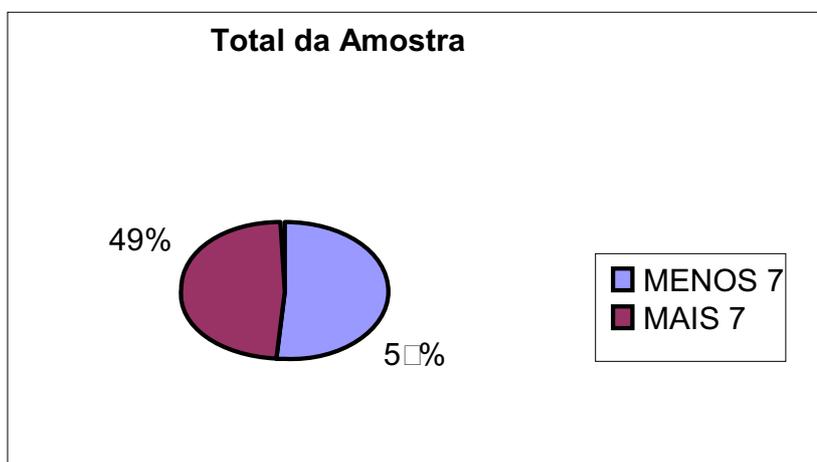
Gráfico 15: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo a renda familiar



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

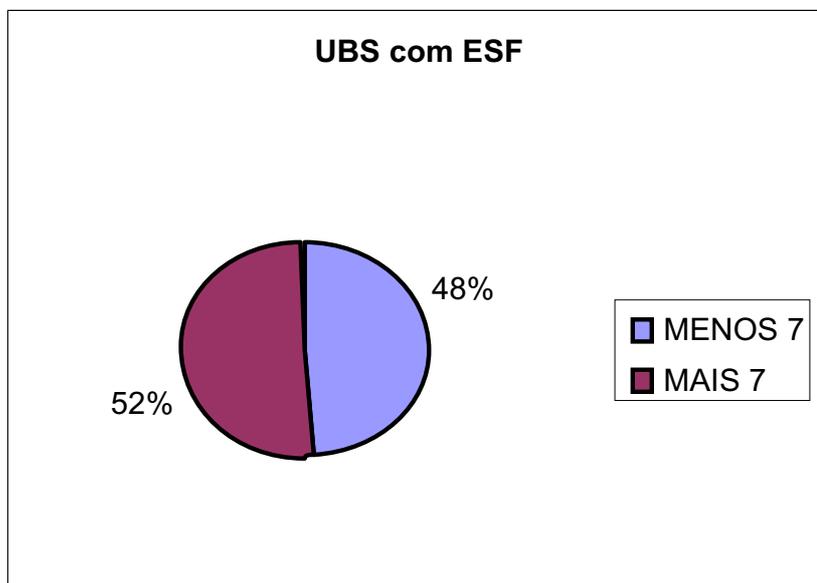
Quanto à **Escolaridade** no total da amostra 334 (50,46%) tinham menos de sete anos de estudo e 315 (48,54%) tinham mais de 7 anos de estudo, gráfico 16. Nas UBS com ESF 159 (48,08%) tinham menos de 7 anos de estudo e 170 (50,82%) mais de 7 anos de estudo, gráfico 17. Nas UBS sem ESF 175 (54,86%) tinham menos de 7 anos de estudo e 144 (45,14%) com menos de 7 anos de estudo, gráfico 18.

Gráfico 16: Distribuição da frequência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo a escolaridade



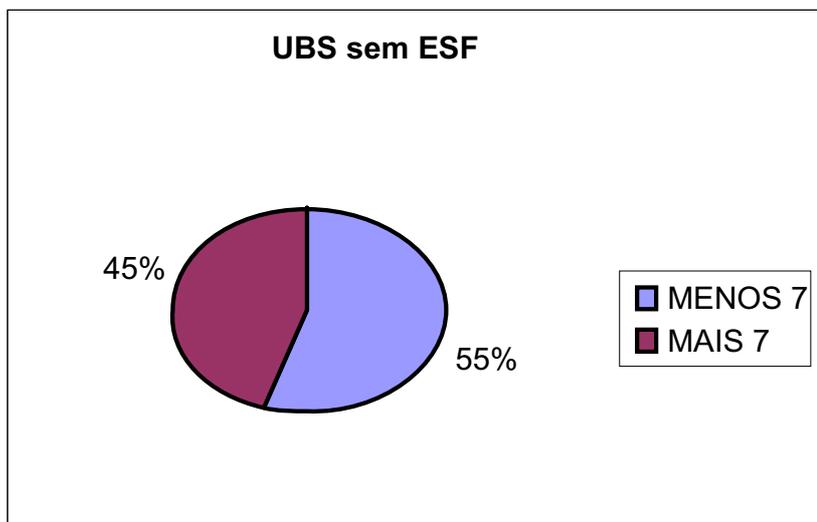
Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Gráfico 17: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo a escolaridade



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Gráfico 18: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo a escolaridade

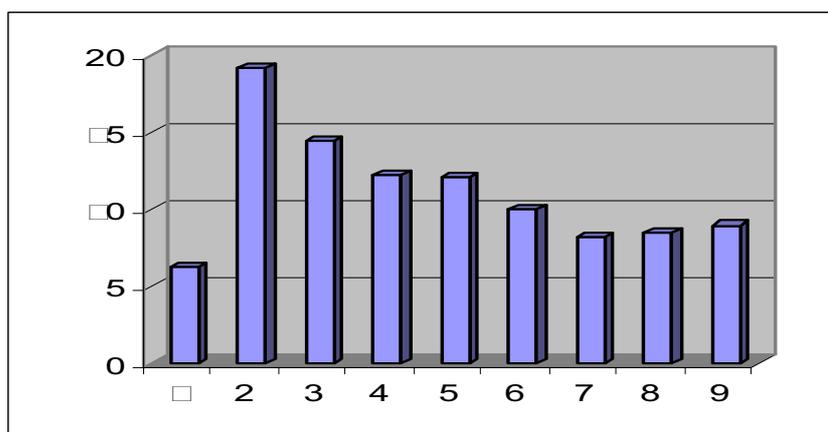


Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Quanto à **regional administrativa** de residência dos indivíduos no **total da amostra** 43 indivíduos (6,2%) moram na Matriz (□), 33 (9,22%) moram na

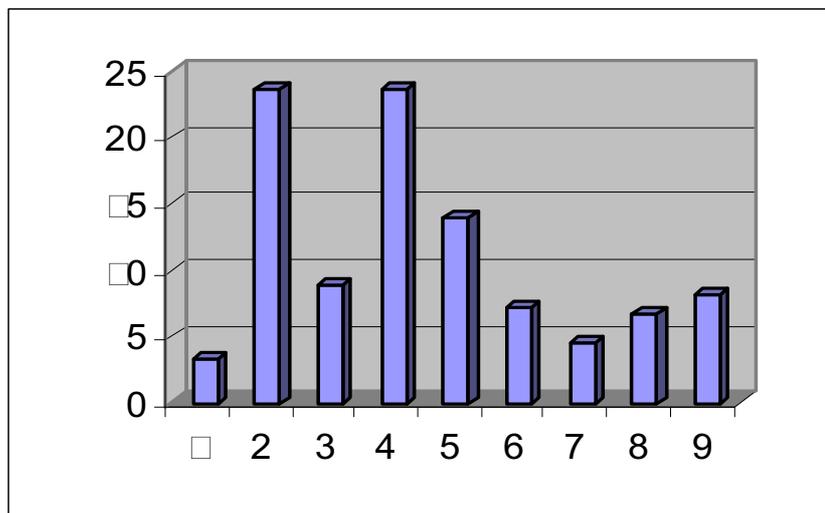
Cajuru (2), 00 (4,45%) moram na Boqueirão (3), 85 (2,28%) moram na Bairro Novo (4), 84 (2,4%) moram na Pinheirinho (5), 69 (9,97%) moram na Boa Vista (6), 57 (8,24%) moram na Santa Felicidade (7), 59 (8,53%) moram na CIC (8) e 62 (8,96%) moram na Portão (9), gráfico 19. Nas **UBS com ESF** 12 (3,34%) moram na Matriz (1), 85 (23,68%) moram na Cajuru (2), 32 (8,9%) moram na Boqueirão (3), 85 (23,68%) moram na Bairro Novo (4), 50 (3,93%) moram na Pinheirinho (5), 26 (7,24%) moram na Boa Vista (6), 16 (4,46%) moram na Santa Felicidade (7), 24 (6,69%) moram na CIC (8) e 29 (8,08%) moram na Portão (9), gráfico 20. Nas **UBS sem ESF** 31 (9,3%) moram na Matriz (1), 48 (4,4%) moram na Cajuru (2), 68 (20,42%) moram na Boqueirão (3), 0 (0%) moram na Bairro Novo (4) (nesse Distrito Sanitário todas as Unidades de Saúde são PSF) , 34 (10,2%) moram na Pinheirinho (5), 43 (2,9%) moram na Boa Vista (6), 41 (2,3%) moram na Santa Felicidade (7), 35 (10,5%) moram na CIC (8) e 33 (9,9%) moram na Portão (9), gráfico 21.

Gráfico 19: Distribuição da frequência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo o Distrito Sanitário



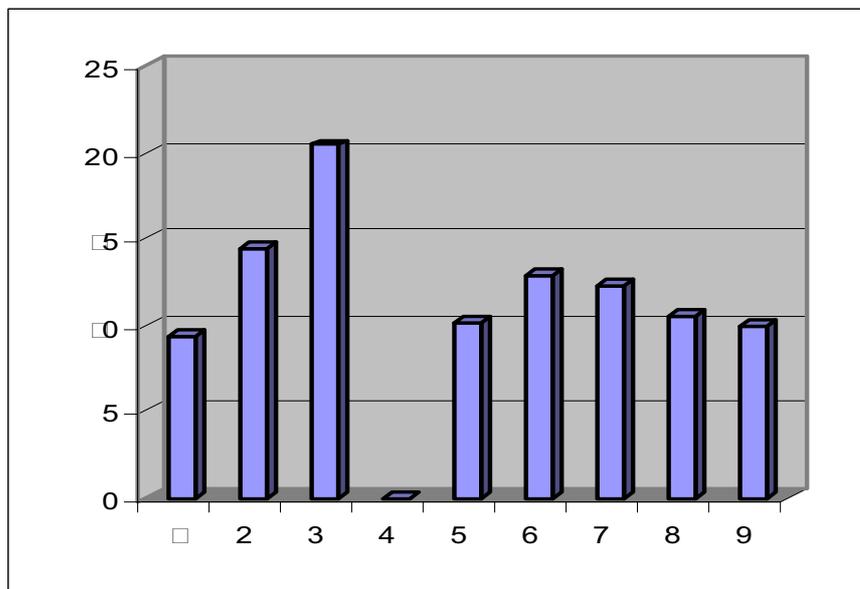
Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Gráfico 20: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo o Distrito Sanitário



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Gráfico 21: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo o Distrito Sanitário

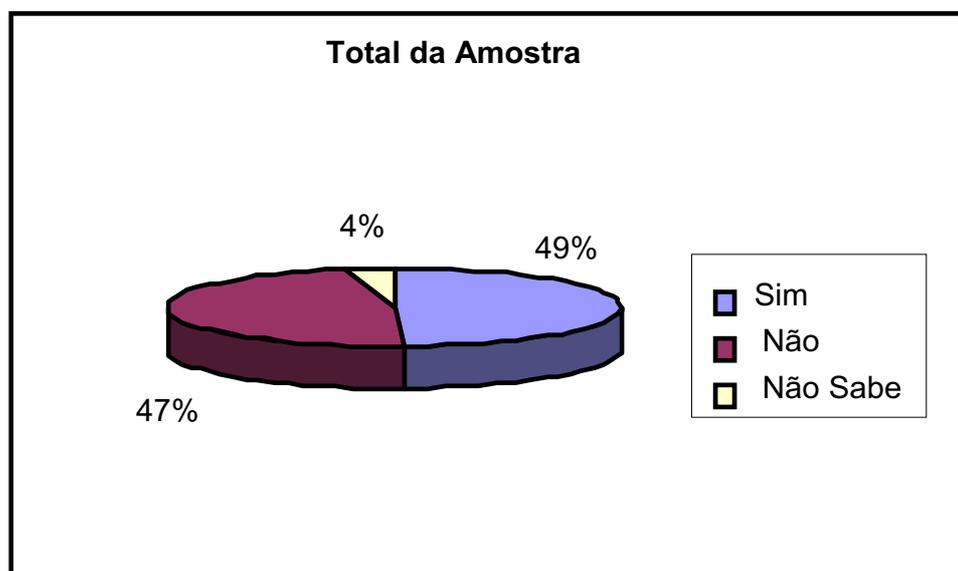


Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Quanto a **sentir dor nos últimos 6 meses** no total da amostra 338 (49,27%) sentiram dor, 323 (47,09%) não sentiram dor e 25 (3,64%) não lembravam, gráfico

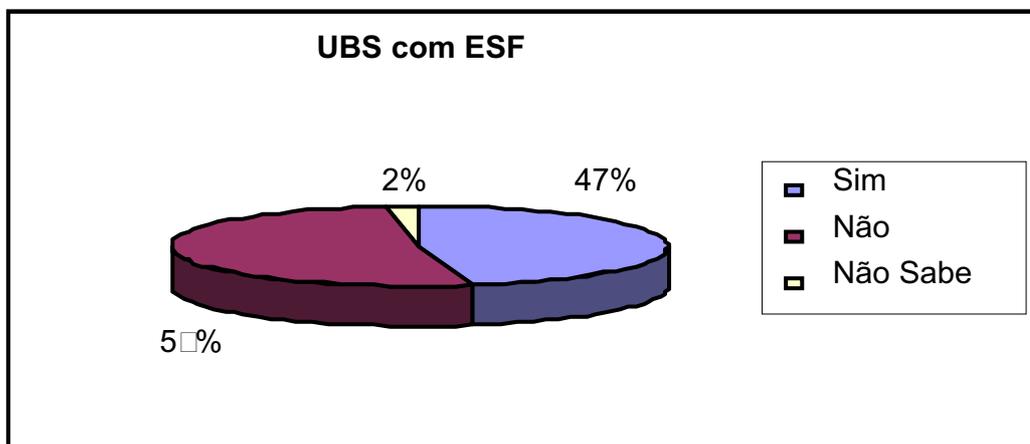
22. Nas UBS com ESF 67 (46,78%) sentiram dor, 82 (50,98%) não sentiram dor e 8 (2,24%) não lembravam, gráfico 23. Nas UBS sem ESF 70 (50,98%) sentiram dor, 40 (42,86%) não sentiram dor e 7 (5,17%) não lembravam, gráfico 24.

Gráfico 22: Distribuição da frequência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo a sentir dor nos últimos seis meses



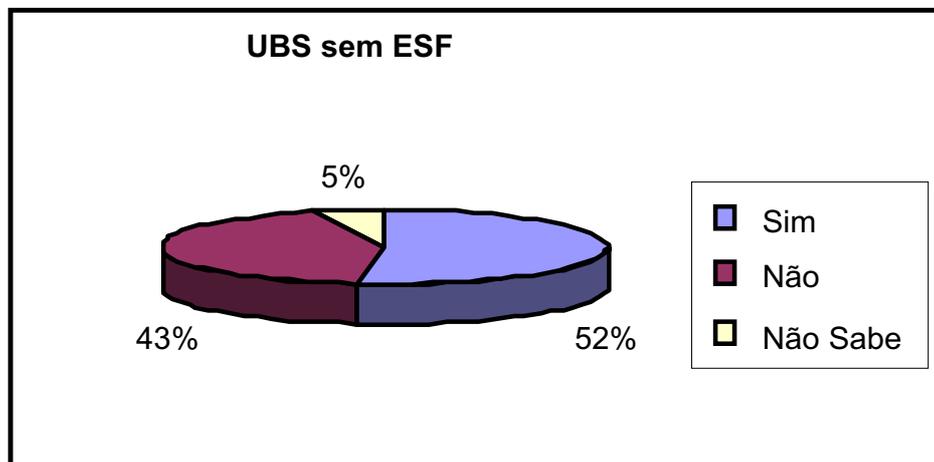
Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Gráfico 23: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo a sentir dor nos últimos seis meses



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

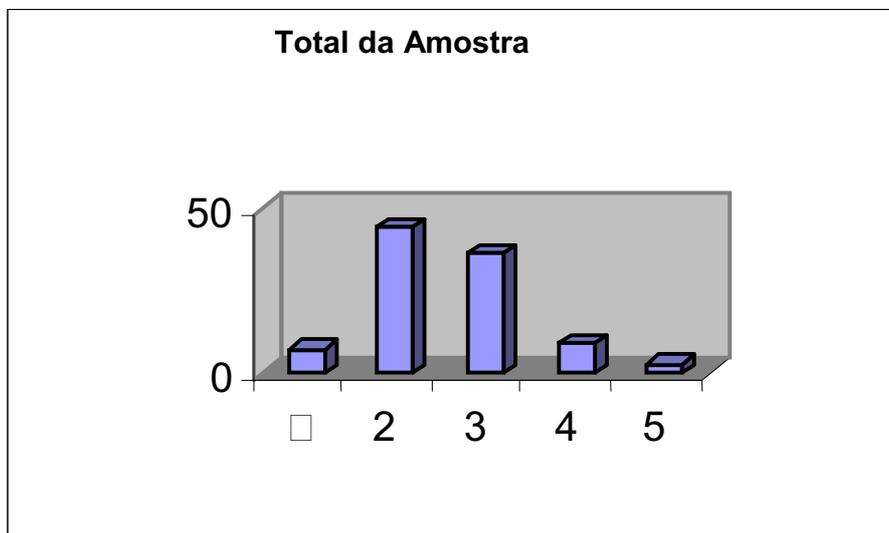
Gráfico 24: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo a sentir dor nos últimos seis meses



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

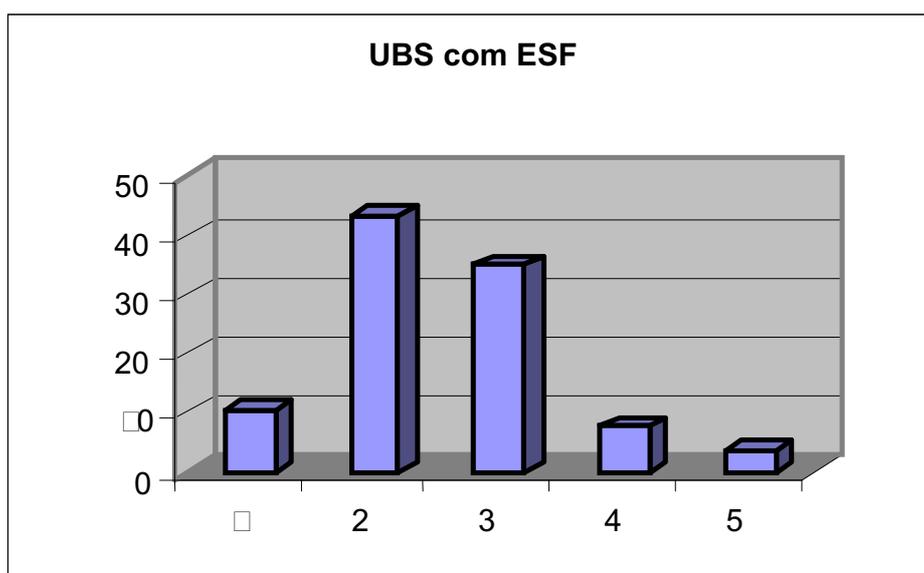
Com relação à **como classificaram sua saúde bucal** no total da amostra 50 (7,46%) classificaram como muito boa (1), 303 (44,30%) como boa (2), 249 (36,40%) como regular (3), 60 (8,77%) como ruim (4) e 20 (3,07%) como péssima (5), gráfico 25. Nas UBS com ESF 37 (10,36%) classificaram como muito boa (1), 155 (43,42%) como boa (2), 125 (35,00%) como regular (3), 27 (7,56%) como ruim (4) e 3 (3,64%) como péssima (5), gráfico 26. Nas UBS sem ESF 14 (4,28%) classificaram como muito boa (1), 148 (45,26%) como boa (2), 124 (37,92%) como regular (3), 33 (10,09%) como ruim (4) e 8 (2,45%) como péssima (5), gráfico 27.

Gráfico 25: Distribuição da freqüência do total da amostra de usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba segundo a autopercepção de saúde bucal



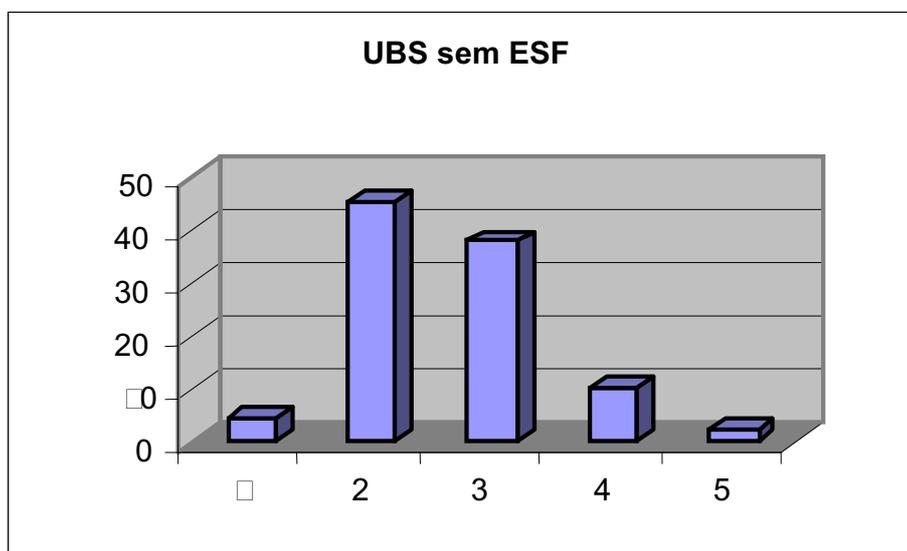
Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Gráfico 26: Distribuição da freqüência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS com ESF do SUS em Curitiba segundo a autopercepção de saúde bucal



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Gráfico 27: Distribuição da frequência da resposta de usuários dos serviços de Odontologia das UBS sem ESF do SUS em Curitiba segundo a autopercepção de saúde bucal



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

A amostra foi composta, prioritariamente, por indivíduos do sexo feminino, com menos de 28 anos, com renda familiar inferior a 2 salários mínimos e com tempo de estudo inferior a 7 anos.

Tabela 1 – Distribuição da frequência das Unidades de Saúde e usuários segundo a estratégia de atenção.

VARIÁVEL	TOTAL	
	n	(%)
Estratégia de atenção		
UBS com ESF	7	51,52
UBS sem ESF	6	48,48
TOTAL	33	100
Usuários nas UBS com ESF	359	51,88
Usuários nas UBS sem ESF	333	48,12
TOTAL	692	100

Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Tabela 2 – Distribuição da frequência dos usuários entrevistados, segundo o sexo, faixa etária, estado civil, renda familiar, escolaridade, regional administrativa de residência, prevalência de dor de dente e autopercepção de saúde bucal.

VARIÁVEL	TOTAL					
	TOTAL		UBS COM ESF		UBS SEM ESF	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sexo						
MASCULINO	204	30,92	99	27,58	105	34,53
FEMININO	478	69,08	260	72,42	208	65,47
TOTAL	692	100	359	100	333	100
Faixa Etária						
0 A 2 ANOS	48	25	70	23,20	77	26,92
3 A 9 ANOS	79	13,34	50	16,34	29	10,04
20 A 35 ANOS	170	28,89	96	30,37	75	26,22
36 A 59 ANOS	152	25,68	74	24,08	78	27,28
60 OU + ANOS	42	7,09	15	4,90	27	9,44
TOTAL	592	100	306	100	286	100
Estado Civil						
SOLTEIRO	346	59,87	163	46,97	183	57,09
CASADO	320	48,03	184	53,03	137	42,80
TOTAL	667	100	347	100	320	100
Renda Familiar						
MENOS DE 2 SALÁRIOS MÍNIMOS	345	54,68	189	56,93	156	52,07
MAIS DE 2 SALÁRIOS MÍNIMOS	286	45,32	143	43,07	143	47,83
TOTAL	631	100	332	100	299	100
Escolaridade						
MENOS DE 7 ANOS DE ESTUDO	334	50,46	159	48,08	175	54,86
MAIS DE 7 ANOS DE ESTUDO	315	48,54	170	50,82	144	45,04
TOTAL	649	100	330	100	319	100
Regional Administrativa						
MATRIZ	43	6,20	12	3,34	30	9,30
CAJURU	133	19,22	85	23,68	48	14,40
BOQUEIRÃO	100	14,45	32	8,90	68	20,42
BAIRRO NOVO	85	12,28	85	23,68	0	0
PINHEIRINHO	84	12,04	50	13,93	34	10,20
BOA VISTA	69	9,97	26	7,24	43	12,90
SANTA FELICIDADE	57	8,24	16	4,46	40	12,30
CIC	59	8,53	24	6,68	35	10,50
PORTÃO	62	8,96	29	8,08	33	9,90
TOTAL	692	100	359	100	333	100
Prevalência de dor de dente						
SENTIU DOR – ÚLTIMOS 6 MESES	338	49,27	167	46,78	170	50,97

SEM DOR – ÚLTIMOS 6 MESES	323	47,09	82	50,98	4	42,86
NÃO LEMBRA	25	3,64	8	2,24	7	5,17
TOTAL	688	100	357	100	329	100
<i>Autopercepção de saúde bucal</i>						
MUITO BOA	5	7,46	37	10,37	4	4,28
BOA	303	44,30	55	43,42	48	45,26
REGULAR	249	36,40	25	35,0	24	37,92
RUÍM	60	8,77	27	7,56	33	10,09
PÉSSIMA	2	3,07	3	3,64	8	2,45
TOTAL	684	100	357	100	327	100

Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Dimensões da variável dependente, analisadas nesse estudo

De um modo geral, os usuários que fizeram parte da amostra das UBS com ESF, na maioria das dimensões, atribuíram um conceito bom e muito bom em uma percentagem um pouco superior aos das UBS sem ESF.

Com relação à dimensão disponibilidade do serviço obtivemos o seguinte resultado:

Quando a pergunta foi a obtenção de uma vaga para tratamento no serviço a maioria dos entrevistados responderam que era **difícil** sendo 48,84% na amostra total, 49,10% na amostra das UBS com ESF e 48,60% na amostra das UBS sem ESF. Com o teste estatístico Mann Whitney U obteve um $p = 0,547$ mostrando que não existe diferença significativa quanto a obtenção de vaga entre as duas estratégias de atenção.

Na pergunta: Como você classifica o tempo de espera entre a sua chegada e o atendimento neste serviço, a maior percentagem de respostas foi **nem curto, nem longo** sendo 37,30% no total da amostra, 39% na UBS com ESF e 35,45% na UBS sem ESF, mas uma grande parcela de usuários responderam **longo** sendo 23,51% no total da amostra, 22,84% na UBS com ESF e 24,24% na UBS sem ESF, tiveram também muitos respondendo **curto** sendo 23,80% no total da

amostra, 26,18% na UBS com ESF e 21,21% na UBS sem ESF . Para essa pergunta o teste Mann Whitney U obteve um $p = 0,003$ mostrando que existe diferença estatisticamente significativa entre as duas estratégias de atenção com relação ao tempo de espera para atendimento, sendo que na UBS com ESF os usuários estão mais satisfeitos.

Quanto à dimensão resolutividade ou efetividade o resultado foi o que se segue:

A pergunta: O quanto está satisfeito com a aparência dos dentes tratados, a maior parte dos usuários respondeu estar **satisfeitos** sendo 49,27% no total da amostra, 49,44% na UBS com ESF e 49,1% na UBS sem ESF. Responderam **insatisfeito** 5,98% no total da amostra, 4,78% na UBS com ESF e 7,27% na UBS sem ESF. **Pouco satisfeito** 16,76% no total da amostra, 14,61% na UBS com ESF e 19,09% na UBS sem ESF. **Muito satisfeito** 14,72% no total da amostra, 14,33% na PSF e 15,15% na UBS. E **Totalmente satisfeito** 13,27% no total da amostra, 16,85% na UBS com ESF e 9,39% na UBS sem ESF. Quando os dados foram submetidos ao teste Mann Whitney U obteve-se um $p = 0,005$ mostrando que havia diferença estatisticamente significativa entre as duas estratégias de atenção com relação à satisfação dos usuários dos serviços com a aparência dos dentes tratados, sendo que os usuários da UBS com ESF encontravam-se mais satisfeitos.

Na pergunta: O quanto você está satisfeito com o tratamento dos dentes posteriores, ou seja, com a sua capacidade de mastigação, as respostas não foram muito diferentes das obtidas na pergunta sobre aparência dos dentes como se segue: **Insatisfeito** 11,59% no total da amostra, 9,69% na UBS com ESF e 13,66% na UBS sem ESF. **Pouco satisfeito** 19,47% no total da amostra, 17,09% na UBS com EPSF e 22,05% na UBS sem ESF. **Satisfeito** 50,67% no total da

amostra, 50,42% na UBS com ESF e 50,93% na UBS sem ESF. **Muito satisfeito** 10,25% no total da amostra, 13,68% na UBS com ESF e 6,52% na UBS sem ESF e **Totalmente satisfeito** 8,02% no total da amostra, 9,12% na UBS com ESF e 6,83% na UBS sem ESF. O teste Mann Whitney U obteve um $p = 0,007$ mostrando que existe diferença estatisticamente significativa entre as duas estratégias de atenção no que diz respeito à satisfação dos usuários do serviço com o tratamento dos dentes posteriores e nesse caso também os usuários da UBS com ESF eram os que manifestaram um maior grau de satisfação.

Quanto à dimensão de ambiente físico – limpeza (amenidades dos serviços) as respostas foram as seguintes:

Para a pergunta: Como você classifica a limpeza da recepção/ sala de espera os usuários responderam: **Péssima** 0,73% no total da amostra, 0% na UBS com ESF e 1,52% na UBS sem ESF. **Ruim** 2,03% no total da amostra, 3,07% na UBS com ESF e 0,91% na UBS sem ESF. **Regular** 10,03% no total da amostra, 10,61% na UBS com ESF e 9,39% na UBS sem ESF. **Boa** 60,32% no total da amostra, 58,38% na UBS com ESF e 62,42% na UBS sem ESF e **Excelente** 26,89% no total da amostra, 27,93% na UBS com ESF e 25,76% na UBS sem ESF. O teste Mann Whitney U obteve um $p = 0,887$ descartando uma diferença.

Na pergunta sobre a limpeza dos banheiros os resultados foram: **Péssima** 5,33% no total da amostra, 6,65% na UBS com ESF e 3,95% na UBS sem ESF. **Ruim** 9,63% no total da amostra, 10,12% na UBS com ESF e 9,12% na UBS sem ESF. **Regular** 25,19% no total da amostra, 23,41% na UBS com ESF e 27,05% na UBS sem ESF. **Boa** 48,89% no total da amostra, 48,55% na UBS com ESF e 49,24% na UBS sem ESF. **Excelente** 10,96% no total da amostra, 11,27% na

UBS com ESF e 10,64% na UBS sem ESF. Nessa pergunta também não houve diferença com um $p = 0,774$.

Na dimensão relações humanas foram duas perguntas, a saber:

A primeira era: Como você classifica a atenção ou tratamento recebido dos outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogo, fisioterapeuta, etc) desse serviço, os usuários responderam da seguinte forma: **Péssimo** 1,46% no total da amostra, 1,96% na UBS com ESF e 0,91% na UBS sem ESF. **Ruim** 1,31% no total da amostra, 1,40% na UBS com ESF e 1,21% na UBS sem ESF. **Regular** 17,35% no total da amostra, 20,73% na UBS com ESF e 13,68% na UBS sem ESF. **Bom** 53,64% no total da amostra, 54,94 na UBS com ESF e 62,01% na UBS sem ESF. **Excelente** 26,24% no total da amostra, 29,97% na UBS com ESF e 22,19% na UBS sem ESF. Nessa pergunta o teste de Mann Whitney U obteve um $p = 0,985$ mostrando que não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas estratégias de atenção.

A segunda pergunta: Como você classifica a atenção ou tratamento recebido do Dentista neste serviço os resultados foram os que se segue: **Péssimo** 1,16% no total da amostra, 0,56% na UBS com ESF e 1,80% na UBS sem ESF. **Ruim** 2,03% no total da amostra, 1,41% na UBS com ESF e 2,70% na UBS sem ESF. **Regular** 4,51% no total da amostra, 4,23% na UBS com ESF e 4,80% na UBS sem ESF. **Bom** 43,60% no total da amostra, 41,69% na UBS com ESF e 45,65% na UBS sem ESF. **Excelente** 48,69% no total da amostra, 52,11% na UBS com ESF e 45,05% na UBS sem ESF. Ao submeter os dados ao teste Mann Whitney U obteve-se um $p = 0,030$ mostrando que existe diferença estatisticamente significativa entre as duas estratégias de atenção no que diz respeito ao relacionamento interpessoal do Cirurgião Dentista com seus usuários sendo que na UBS com ESF o grau de satisfação foi superior à UBS sem ESF.

A dimensão qualidade técnico-científica dos equipamentos foi avaliada através de uma única pergunta: Como você classifica os equipamentos odontológicos em relação a atualização tecnológica? Em outras palavras eles são modernos? A maioria dos entrevistados avaliou os equipamentos como **Modernos** sendo 53,09% no total da amostra, 58,90% na UBS com ESF e 47,09% na UBS sem ESF, os outros usuários classificaram da seguinte forma: **Ultrapassado** 0,78% no total da amostra, 0,44% na UBS com ESF e 2,04% na UBS sem ESF. **Desatualizado** 6,67% no total da amostra, 5,46% na UBS com ESF e 7,95% na UBS sem ESF. **Nem um Nem outro** 30,00% no total da amostra, 23,56% na UBS com ESF e 39,04% na UBS sem ESF. **Super modernos** sendo 7,26% no total da amostra, 0,63% na UBS com ESF e 3,67% na UBS sem ESF. Essa foi a dimensão onde a diferença se mostrou mais forte com um $p = 0,000$ e novamente a UBS com ESF é a melhor avaliada.

Quanto à dimensão eficácia obtiveram-se as seguintes respostas para a única pergunta (Após a realização das restaurações alguma ficou alta ou arranhando?). A grande maioria dos usuários respondeu **Não senti nada** sendo 82,52% na amostra total, 83,69% na UBS com ESF e 80,29% na UBS sem ESF. O restante dos usuários respondeu como está a seguir: **Total desconforto** 2,05% na amostra total, 0,54% na UBS com ESF e 2,58% na UBS sem ESF. **Muito desconforto** 0,89% na amostra total, 2,46% na UBS com ESF e 0,29% na UBS sem ESF. **Desconforto** 5,98% na amostra total, 5,85% na UBS com ESF e 6,03% na UBS sem ESF. **Muito pouco desconforto** 7,56% na amostra total, 6,46% na UBS com ESF e 8,70% na UBS sem ESF. Nessa dimensão não houve diferença significativa com um $p = 0,465$.

A dimensão aceitabilidade também foi medida através de uma pergunta: O profissional lhe explica sobre o tratamento mais adequado ou mais correto para o

seu problema de saúde bucal (extração, restauração, canal, colocação ou substituição de próteses)? A grande maioria dos usuários respondeu **Sempre explica** sendo 59,74% na amostra geral, 60,69% na UBS com ESF e 57,62% na UBS sem ESF. **Nunca me explica nada** 6,05% na amostra geral, 4,22% na UBS com ESF e 8,23% na UBS sem ESF. **Raras vezes me explica** 4,25% na amostra geral, 5,07% na UBS com ESF e 3,35% na UBS sem ESF. **Não me lembro** 9,52% na amostra geral, 9,30% na UBS com ESF e 9,76% na UBS sem ESF. **Na maioria das vezes me explica** 20,35% na amostra geral, 19,72% na UBS com ESF e 20,04% na UBS sem ESF. O teste estatístico mostrou não haver diferença com um $p = 0,207$.

Em resumo pudemos constatar que a satisfação dos usuários das UBS com ESF é maior nas seguintes dimensões: Disponibilidade do Serviço, no que diz respeito ao tempo de espera para atendimento; Resolutividade ou Efetividade tanto na aparência dos dentes anteriores como no tratamento dos dentes posteriores; Relações Interpessoais do Cirurgião Dentista com os usuários; e Qualidade Técnico-Científica dos Equipamentos. As outras dimensões incluídas nesse estudo não tiveram diferença estatisticamente significativas, mostrando que não existe diferença de satisfação dos usuários dos serviços para as dimensões Ambiente Físico; Eficácia; Aceitabilidade e Disponibilidade do Serviço quando se refere a obtenção de uma vaga para tratamento no serviço. Os dados estão resumidos na tabela 3 .

Tabela 3 – Distribuição da frequência de respostas dos usuários de Odontologia do SUS em Curitiba entrevistados, segundo as dimensões estudadas: Disponibilidade do serviço, Resolutividade ou efetividade, Ambiente físico – limpeza, Relações humanas, Qualidade técnico-científica dos equipamentos, eficácia, Aceitabilidade, por tipo de estratégia de atenção.

DIMENSÕES/ ITENS DA QUALIDADE	ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO				TOTAL	
	UBS COM ESF		UBS SEM ESF			
1. DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Obtenção de uma vaga no serviço</i>						
Muito fácil	14	3,93	8	5,42	32	4,65
Fácil	35	9,83	39	11,75	74	10,76
Nem fácil nem difícil	107	30,06	90	27,00	197	28,63
Difícil	173	48,60	163	49,00	336	48,84
Muito difícil	27	7,58	22	6,62	49	7,02
TOTAL	356	100	332	100	688	100
<i>Tempo de espera</i>						
Muito curto	21	5,85	16	4,85	37	5,37
Curto	94	26,18	70	21,20	164	23,80
Nem longo nem curto	140	39	117	35,45	257	37,30
Longo	82	22,84	80	24,24	162	23,50
Muito Longo	22	6,13	47	14,24	69	10,02
TOTAL	359	100	330	100	689	100
2. RESOLUTIVIDADE	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Satisfação com a aparência dos dentes tratados (dentes anteriores)</i>						
Totalmente satisfeito	60	16,85	31	9,39	91	13,27
Muito satisfeito	51	14,32	50	15,15	101	14,72
Satisfeito	176	49,44	162	49,09	338	49,27
Um pouco satisfeito	52	14,60	63	19,09	115	16,76
Insatisfeito	17	4,78	24	7,28	41	5,98
TOTAL	356	100	330	100	686	100
<i>Capacidade de mastigação (dentes posteriores)</i>						

Totalmente satisfeito	32	9,2	22	6,83	54	8,02
Muito satisfeito	48	13,67	21	6,52	69	10,25
Satisfeito	177	50,43	164	50,93	341	50,67
Um pouco satisfeito	60	17,09	71	22,05	131	19,47
Insatisfeito	34	9,69	44	13,67	78	11,59
TOTAL	351	100	322	100	673	100
3. AMBIENTE FÍSICO – LIMPEZA	n	(%)	n	(%)	n	(%)

Limpeza da recepção/sala de espera

Excelente	100	27,93	85	25,76	185	26,89
Boa	209	58,38	206	62,42	415	60,32
Regular	38	10,62	31	9,39	69	10,03
Ruim	11	3,07	3	0,93	14	2,03
Péssima	0	0	5	1,52	5	0,73
TOTAL	358	100	330	100	688	100

Limpeza dos banheiros

Excelente	39	11,27	35	10,64	74	10,96
Boa	168	48,55	162	49,24	330	48,89
Regular	81	23,41	89	27,05	170	25,19
Ruim	35	10,32	30	9,32	65	9,63
Péssima	23	6,65	13	3,95	36	5,33
TOTAL	346	100	329	100	675	100
4. RELAÇÕES HUMANAS	n	(%)	n	(%)	n	(%)

Atenção ou tratamento recebido dos outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogo, fisioterapeuta, etc).

Excelente	107	29,97	73	22,19	180	26,24
Bom	164	45,94	204	62,01	368	53,64
Regular	74	20,73	45	13,68	119	17,35
Ruim	5	1,40	4	1,21	9	1,31
Péssimo	7	1,96	3	0,91	10	1,46
TOTAL	357	100	329	100	686	100

Atenção ou tratamento recebido pelo Cirurgião Dentista

Excelente	185	52,11	150	45,05	335	48,69
-----------	-----	-------	-----	-------	-----	-------

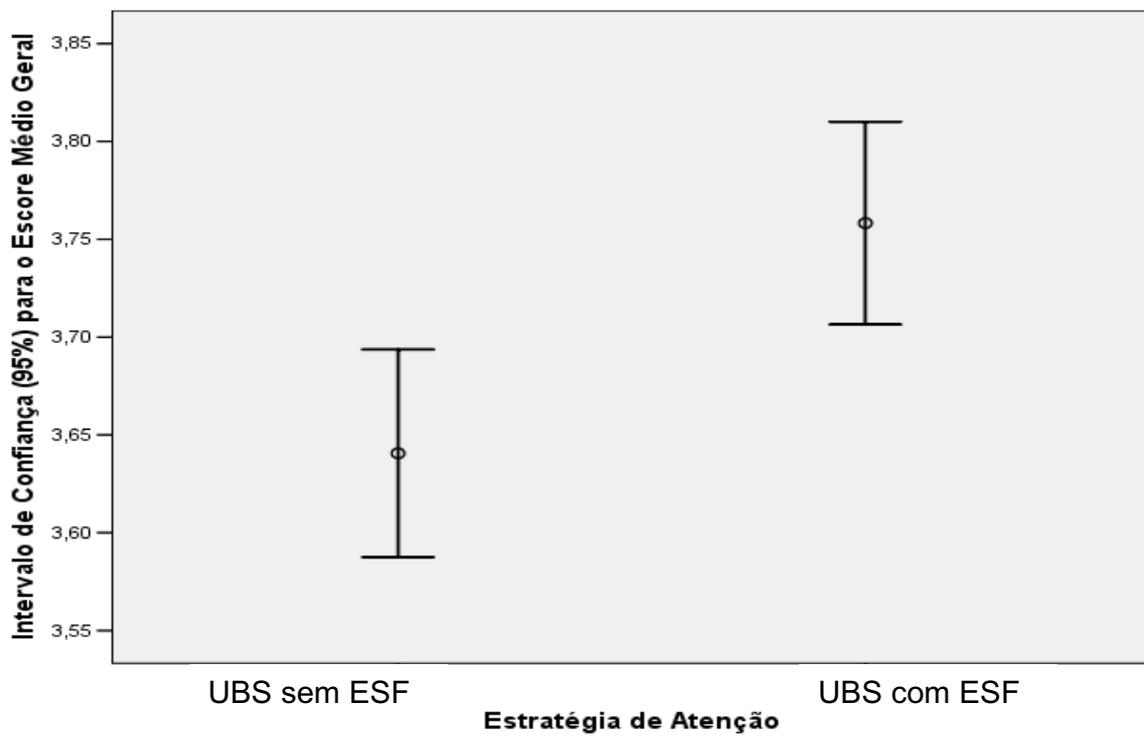
Bom	48	44,69	52	45,65	300	43,64
Regular	15	4,23	16	4,80	31	4,51
Ruim	5	1,41	9	2,70	14	2,03
Péssimo	2	0,56	6	1,80	8	1,16
TOTAL	355	100	333	100	688	100
5. QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA DOS EQUIPAMENTOS	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Atualização dos equipamentos</i>						
Super modernos	37	10,63	12	3,67	49	7,25
Modernos	205	58,91	154	47,10	359	53,19
Nem uma coisa nem outra	82	23,56	128	39,14	210	31,11
Desatualizados	19	5,46	26	7,95	45	6,67
Ultrapassados	5	1,44	7	2,14	12	1,78
TOTAL	348	100	327	100	675	100
6. EFICÁCIA	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Desconforto causado por restauração com supra contato ou arranhando</i>						
Não senti nada	272	83,69	252	81,29	524	82,52
Senti muito pouco desconforto	21	6,46	27	8,71	48	7,56
Senti desconforto	19	5,85	19	6,13	38	5,98
Senti muito desconforto	8	2,46	4	1,29	12	1,89
Senti total desconforto	5	1,54	8	2,58	13	2,05
TOTAL	325	100	310	100	635	100
7. ACEITABILIDADE	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sempre me explica tudo	219	64,69	189	57,62	408	62,74
Na maioria das vezes me explica	70	21,72	69	21,04	139	21,35
Não lembro	33	10,29	32	10,26	65	10,22
Raras vezes me explica	18	5,67	11	3,35	29	4,44
Nunca me explica	15	4,63	27	8,61	42	6,61
TOTAL	355	100	328	100	683	100

Fonte: Pesquisa direta, 2006.

Em seguida a essa análise foi construído um escore médio geral de satisfação para cada indivíduo que respondeu a pesquisa, da seguinte forma: foi feito a média aritmética das respostas às perguntas das diversas dimensões do serviço analisadas na pesquisa. Como as respostas poderiam acontecer de 1 a 5, dependendo se mais ou menos satisfeito com aquele quesito avaliado as médias também variaram de 1 a 5. Quanto mais satisfeito com o serviço mais próximo de 5 ficou o escore médio geral. Depois os valores desses escores foram submetidos ao teste estatístico de Mann Whitney U e obtivemos uma evidência maior de que os usuários das UBS com ESF têm uma melhor satisfação com o serviço que os usuários das UBS sem ESF. Com um valor de $p = 0,00079$. A figura 1 ilustra o resultado.

Outras variáveis também foram cruzadas com o escore médio geral e: com relação ao sexo não houve diferença estatisticamente significativa o $p = 0,204944$. Com relação à Modalidade de Atendimento, ou seja, se atendido no Pronto Atendimento ou como Programado houve diferença estatisticamente significante com um $p = 0,027283$.

Figura 1: Distribuição dos escores médios gerais para satisfação dos usuários dos serviços de Odontologia do SUS em Curitiba com relação à estratégia de atenção.



Fonte: Pesquisa direta, 2006.

APÊNDICE 3: Discussão

O conceito de avaliação utilizado nesse estudo baseou-se na opinião dos autores: Contandriopoulos^{9, 10}; Ministério da Saúde²⁵; Hartz²¹.

Vários autores defendem que a atenção em saúde deve ser prestada com qualidade: Contandriopoulos^{9, 10}; Akerman; Nadanovsky¹; Souza³⁶; Ministério da Saúde²⁶; Campos⁸; Santos³².

Sobre a importância da participação mais efetiva dos usuários no planejamento e avaliação dos serviços de saúde, e que no Brasil acontece desde a CF (1988); Brasil⁵ Lei nº 842/1990⁵; Trad e Bastos³⁷; Traverso-Yopez e Moraes³⁹; Trad e et al.³⁸; Esperidião; Trad¹⁷; Fernandes.¹⁸.

Quanto a reorganização do Sistema de Saúde incorporando a estratégia de Saúde da Família na atenção básica para com essa reestruturação melhorar a resolutividade, a integralidade, a acessibilidade, o vínculo, enfim a qualidade do sistema de saúde, uns dos autores consultados foram: Ministério da Saúde²⁴; Trad e Bastos³⁷; Moysés²⁸; Silveira Filho³⁴; Souza³⁶; Ribeiro; Pires; Blanck³⁰; Baldani e et al.⁴; Silva³³.

Quanto às dimensões que devem ser consideradas num processo de avaliação de qualidade em saúde os autores: Donabedian⁴, Donabedian (1966, 1980), citado em Halal e et al.²⁰ e também citado em Vieira-da-Silva; Formigli⁴⁰; Campos⁸ cita Donabedian (1984); Santos³²; Fernandes¹⁸.

Os dados da pesquisa realizada nesse trabalho mostram que na maioria das dimensões estudadas o resultado favorece a satisfação dos usuários em UBS com ESF, apesar de algumas não ter uma diferença estatisticamente significativa. Exceção feita para a dimensão disponibilidade do serviço, na pergunta obtenção de uma vaga no serviço, que nas UBS sem ESF houve uma manifestação de

satisfação um pouco maior. Uma possível explicação para essa menor satisfação na obtenção de uma vaga nas UBS com ESF pode ser a localização das US que, em Curitiba, está em regiões com populações mais carentes, exercendo o princípio da equidade, fazendo uma discriminação positiva como é preconizado pelo SUS e também nas diretrizes da ESF. Essa população usa mais os serviços de saúde do SUS então normalmente as UBS com ESF apresentam uma demanda de serviço maior que as UBS sem ESF, com raras exceções.

O resultado encontrado reforça o que temos na literatura consultada: Souza³⁶, Trad; Bastos; Santana; Nunes³⁸, Baldani; Fadel; Possamai; Queiroz⁴, Elias; et al.⁶.

E refuta o encontrado na pesquisa realizada em Pompeu MG por Andrade; Ferreira.². As realidades dos dois sistemas de saúde, Curitiba e Pompeu são bastante diferentes, e pelo relatado no estudo a capacidade instalada de serviços de Pompeu fica muito aquém das necessidades da comunidade, e como a satisfação do indivíduo é muito influenciada pela resposta do serviço, o acesso e a resolutividade são dimensões muito importantes. Os serviços que não conseguem atingir qualidade nessas dimensões, muito provavelmente causarão insatisfação em seus usuários.

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo pôde-se concluir que:

- Em Curitiba os usuários das Unidades de Saúde com estratégia de Saúde da Família apresentam uma satisfação maior com os serviços de saúde que os usuários das Unidades de Saúde sem estratégia de Saúde da Família.
- Em Curitiba, na visão dos usuários dos serviços, as UBS com ESF têm os equipamentos odontológicos mais modernos que as UBS sem ESF, isso pode indicar para o serviço uma necessidade de investimentos nesse setor para essas US.
- Na ótica dos usuários, os serviços das UBS com ESF são mais resolutivos e seus profissionais mais acolhedores, podendo indicar a necessidade de um maior investimento em treinamento de pessoal para os profissionais das UBS sem ESF.
- Existe a necessidade da discussão com as equipes de odontologia com os resultados e novos estudos para que a avaliação de fato seja um instrumento para planejamento e tomada de decisão.

ANEXOS



ANEXO 1: Normas para submissão de artigos do periódico Revista de Saúde Pública

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Apresentação

A Revista de Saúde Pública é inter e multidisciplinar e arbitrada. Publica prioritariamente pesquisas originais sobre temas relevantes e inéditos sobre o campo da saúde pública, que possam ser replicadas e generalizadas, e também outras contribuições de caráter descritivo e interpretativo, baseadas na literatura recente, bem como artigos sobre temas atuais ou emergentes, comunicações breves e cartas ao editor.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista de Saúde Pública, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos. Os autores devem assinar e encaminhar uma declaração de responsabilidade cujo modelo está disponível no site da Revista.

Os manuscritos submetidos à Revista devem atender à política à sua editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmje.org>). No que couber e para efeito de complementação das informações, recomenda-se consultar esse citado documento. Os manuscritos que não atenderem a essas instruções serão devolvidos.

As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que

possam ser replicados e generalizados, têm prioridade para publicação. Tais contribuições representam não somente pesquisas levadas a efeito no País, mas também na América Latina e em outros países. As contribuições podem ser apresentadas em português, inglês ou espanhol. Os artigos publicados em português são traduzidos para o inglês e divulgados somente no formato eletrônico.

A objetividade é o princípio básico para a elaboração dos manuscritos, resultando em artigos mais curtos de acordo com os limites estabelecidos pela Revista.

Atendidas as condições acima, os manuscritos são encaminhados à Editoria Científica para análise preliminar. Aceitos nesta fase, os manuscritos serão avaliados por relatores externos. Atendidas as condições acima, os manuscritos são encaminhados à Editoria Científica para análise preliminar. Aceitos nesta fase, os manuscritos serão avaliados por relatores externos.

Relações que podem estabelecer conflito de interesse, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsink e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores no prazo de até seis meses.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial em outros periódicos, como a tradução para outro idioma e inclusão de links para artigos da RSP sem a autorização do Editor Científico. Desta forma, os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados de

documento de transferência de direitos autorais, cujo modelo encontra-se disponível no site da Revista.

Categorias de Artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Revista de Saúde Pública publica comunicações breves, revisões sistemáticas, comentários, cartas ao editor, editoriais, além de outras.

Artigos originais - São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter a objetividade como princípio básico. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder.

Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências.

As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de valor não representativo. Quanto às figuras, não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas.

As referências bibliográficas estão limitadas a um número máximo de 25, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Referências a documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, podem ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e

destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo. Os Métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. Devem ser separados da Discussão. A Discussão deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraindo as conclusões e indicando os caminhos para novas pesquisas.

Comunicações Breves - São artigos curtos destinados à divulgação de resultados preliminares de pesquisa; de resultados de estudos que envolvem metodologia de pequena complexidade; hipóteses inéditas de relevância a área de saúde pública.

Devem ter de 800 a 1.600 palavras (excluindo tabelas, figuras e referências) uma tabela/figura e 5 referências.

Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto para resumos, que não são estruturados e devem ter até 500 palavras.

Revisões sistemáticas - Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão é de 5.000 palavras.

Comentários - São trabalhos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou artigos opinativos. Sua extensão deve ser de 3.000 palavras.

Cartas ao Editor - Inclui cartas que visam a discutir artigos recentes publicados na Revista ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Não devem exceder a 600 palavras e a 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Manuscritos com mais de 6 autores devem ser acompanhados por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados (ver modelo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção "Agradecimentos". A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 2; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

Cada manuscrito deve indicar o nome de um autor responsável pela correspondência com a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem às "instruções aos autores" que se coadunem com a sua política editorial e que sejam aprovados na fase preliminar de análise, são encaminhados aos Editores Associados que selecionarão os relatores para avaliação.

Cada manuscrito é enviado relatores de reconhecida competência na temática abordada.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre

aceitação é tomada pelos Editores Científicos. Cópias dos pareceres são encaminhados aos autores e relatores.

Manuscritos recusados - Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores no prazo de até seis meses. Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Manuscritos aceitos - Manuscritos aceitos ou aceitos sob condição retornarão aos autores para aprovação de eventuais alterações no processo de editoração e normalização de acordo com o estilo da Revista.

Preparo dos manuscritos

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores" da Revista.

Os manuscritos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf. Deve ser apresentado com letras arial, corpo 12, em folha de papel branco, tamanho A-4, mantendo margens laterais de 3 cm, espaço duplo em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Cada manuscrito deve ser enviado em uma via em papel, por correio e o arquivo do texto para o e-mail da Revista.

Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

Página de identificação - Deve conter:

a) Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve ser

apresentada a versão do título para o idioma inglês. O limite de caracteres é 93, incluindo os espaços.

b) Indicar no rodapé da página o título abreviado, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é conhecido na literatura.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço.

e) Nome do departamento e da instituição no qual o trabalho foi realizado.

f) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

g) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

h) Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.

i) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização. (Verificação de itens)

Resumos e Descritores - Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Comentários e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. Para os artigos originais os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas, recomendando estudos adicionais quando for o caso. Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o narrativo, com até 150 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo,

os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser incluídas em qualquer um dos dois tipos. Descritores devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preenchem os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos" desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

Referências 1- As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores até o limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al.

Exemplos:

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1988. Rev. Saúde Pública 1988; 32: 79-83.

Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo; EDUSP; 1992.

Laurenti R. A medida das doenças. In: Forattini, OP. Epidemiologia geral. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p. 64-85.

Rocha JSY, Simões BJG, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. Rev Saúde Pública [periódico on line] 1997; 31(5). Disponível em URL: <http://www.fsp.usp.br/~rsp> [1998 mar 23].

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Referências a comunicação pessoal, trabalhos inéditos ou em andamento e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências. Quando essenciais, essas citações podem ser feitas no rodapé da página do texto onde foram indicadas. Referências a documento de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição, a um evento e a outros similares, não devem ser citadas; quando imprescindível, podem figurar no rodapé da página que as cita. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de monografias ou de artigos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) autor(es) e ano da publicação. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "e"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão "et al".

Exemplo:

Terris et al⁸ (1992) atualiza a clássica definição de saúde pública elaborada por Winslow.

O fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante parece evidente.^{9,12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas 1- Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo Editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras 1- As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados

com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente, e os custos de impressão são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas L- Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecem nas tabelas e nas figuras devem ser acompanhadas de explicação quando seu significado não for conhecido. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

Envio dos manuscritos

Os manuscritos devem ser endereçados ao Editor Científico da Revista, em uma via em papel para o seguinte endereço e e-mail:

Editor Científico da Revista de Saúde Pública

Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715

0246-904 - São Paulo, SP - Brasil

Fone/Fax 3068-0539

e-mail: revsp@edu.usp.br

Verificação de itens

Ítems exigidos para apresentação dos manuscritos

- 1. Enviar ao Editor uma via impressa do manuscrito e o arquivo eletrônico por e-mail.
2. Fornecer endereço para troca de correspondência incluindo e-mail, telefone e fax.
3. Incluir título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
4. Incluir título abreviado com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
5. Verificar se o texto está apresentado em letras arial, corpo □2 e espaço duplo, com margens de 3 cm, e em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
6. Se subvencionado, incluir nomes das agências financiadoras e números dos processos.
7. Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o nome da instituição e o ano de defesa.
8. Incluir resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, em folhas separadas, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
9. Incluir resumos narrativos originais em folhas separadas, para manuscritos que não são de pesquisa, nos dois idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
- 0. Incluir declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "responsabilidade de autoria", "Conflito de interesses" e "responsabilidade de agradecimentos", esta última assinada pelo primeiro autor.
- 1. Incluir documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica.
- 2. Verificar se as tabelas estão numeradas sequencialmente, com título e notas, e

no máximo com 2 colunas.

3. verificar se as figuras estão no formatos: pdf, tif, jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.

4. A soma de tabelas e figuras não deve exceder a cinco.

5. Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.

6. Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Conflito de interesses [\[modelo\]](#)

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados depende em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Os interesses financeiros podem incluir: emprego, consultorias, honorários, atestado de especialista, concessões ou patentes recebidas ou pendentes, royalties, fundos de pesquisa, propriedade compartilhada, pagamento por palestras ou viagens, consultorias de apoio de empresas para pessoal. São interesses que, quando revelados mais tarde, fazem com que o leitor se sinta ludibriado.

Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são

responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros e outros que possam influenciar seu trabalho. Eles devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa.

Para que o corpo editorial possa melhor decidir sobre um manuscrito, é preciso saber sobre qualquer interesse competitivo que os autores possam ter. O objetivo não é eliminar esses interesses; eles são quase que inevitáveis. Manuscritos não serão rejeitados simplesmente por haver um conflito de interesses, mas deverá ser feita uma declaração de que há ou não conflito de interesses.

Os autores devem relatar informações detalhadas a respeito de todo o apoio financeiro e material para a pesquisa ou trabalho, incluindo, mas não se limitando, a apoio de concessões, fontes de financiamento, e provisão de equipamentos e suprimentos. Cada autor também deve assinar e submeter a seguinte declaração: “Certifico que todas minhas afiliações com ou sem envolvimento financeiro, dentro dos últimos cinco anos e para o futuro próximo, com qualquer organização ou entidade com interesse financeiro em ou conflito financeiro com o objeto ou assunto discutidos no manuscrito estão completamente divulgados.”

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista. Além disso, os autores que não têm interesses financeiros relevantes devem fornecer uma declaração indicando que eles não têm interesse financeiro relacionado ao material do manuscrito.

As contribuições de pessoas que são mencionadas nos agradecimentos por sua assistência na pesquisa devem ser descritas, e seu consentimento para publicação

deve ser documentado.

Os revisores devem revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em suas opiniões sobre o manuscrito, e devem declarar-se não-qualificados para revisar originais específicos se acreditarem que esse procedimento é apropriado. Assim como no caso dos autores, se houver silêncio por parte dos revisores sobre conflitos potenciais, isso pode significar que tais conflitos existem e que não foram revelados ou que os conflitos não existem. Assim, solicita-se também aos revisores que forneçam declarações de interesses competitivos, os quais são utilizados para avaliar o valor dos relatórios dos pares.

Documentos

Documentos

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade, (2) Declaração de conflito de interesses, (4) Transferência de Direitos Autorais. Apenas a (3) Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada apenas pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

Declaração de responsabilidade [[modelo](#)]

2. Conflito de interesses [[modelo](#)]

3. Agradecimentos [[modelo](#)]

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito:

4. Direitos autorais [[modelo](#)]

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

© 2007 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Avenida Dr. Arnaldo, 715

05404-904 São Paulo SP Brasil

Tel./Fax: +55 11 3068-0539

revsp@org.usp.br

ANEXO 2: Primeiro Protocolo para Coleta de Dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM PESQUISA

- Nome:..... Idade: Sexo: M()F()
2. Escolaridade: Não sabe ler e escrever () Sabe ler e escrever () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo () Ensino Superior incompleto () Ensino Superior completo () Pós Graduação ()
3. Renda Familiar: Até salário mínimo () de a 3 salários mínimos () de 3 a 5 salários mínimos () de 5 a 0 salários mínimos () mais de 0 salários mínimos ().
4. Quantos componentes são na família? Pessoas
5. Nome da Unidade de Saúde:.....UBS()PSF()
6. Tipo de atendimento: Pronto Atendimento () Atendimento Programado ()
7. Quantas vezes você já foi atendido nesta Clínica Odontológica?
- ª vez () 2 a 5 vezes () mais de 5 vezes ()
8. Sempre é o mesmo Dentista que o atende? Sim () Não ()
9. Por que procurou o serviço? Dor ()Cárie no dente da frente () Cárie () Sangramento na gengiva () Fazer avaliação periódica () Lesão bucal () Fazer limpeza ()
0. Como acessou o serviço? Agendamento por telefone () Triagem () Agendado pelo Agente Comunitário de Saúde () Visita domiciliar do profissional() Agendamento na Unidade de Saúde () Faz parte de programa na U.S. ()

Como você avalia o atendimento da ACD (recepcionista) Ótimo () Bom ()
Regular () Ruim () Péssimo ()

Porque?

.....

2. Como você avalia o atendimento do Dentista? Ótimo () Bom () Regular ()
Ruim () Péssimo ()

Porque?

.....

3. Você considera essa clínica próxima de sua casa? Sim () Não ()

4. O Espaço Físico da Sala de Espera é confortável? Sim () Não ()

Porque?

.....

5. Quanto tempo você esperou para ser atendido pela recepcionista? 5 min. ()
30 Min () 45 min () Uma Hora () Uma hora e meia ()
duas horas ou mais ()

6. Quanto tempo você esperou para ser atendido pelo Dentista? 5 min. ()
30 Min () 45 min () Uma Hora () Uma hora e meia ()
Duas horas ou mais ()

7. Quanto tempo demorou em você conseguir ser atendido na sua queixa? No
mesmo dia () dia () 2 dias () De 3 dias a uma semana
() Uma semana () Mais de uma semana ()

8. Os móveis da Clínica estão em bom estado de conservação? Sim () Não ()

9. Os Profissionais usavam equipamentos de proteção individual? Sim () Não ()

Quais? Luvas () Gorro () Máscara () Guarda-pó () Óculos ()

20. O ambiente dentro da Clínica lhe pareceu: Agradável () Pequeno ()
Bem iluminado () Muito Barulho () Silencioso () Tinha música ambiente ()
Muitas pessoas ()

21. O dentista conversou antes do procedimento explicando o que iria realizar?

Sim () Não ()

22. Você se sentiu participando da tomada de decisão a respeito do seu tratamento de dente (O que foi feito em sua boca)? Sim () Não ()

23. Depois do procedimento o profissional lhe explicou o que tinha realizado e como você poderia fazer para manter a saúde bucal? Sim () Não ()

24. Você recebeu informações sobre fatores de proteção das doenças bucais?

Sim () Não ()

25. A equipe lhe chamou pelo nome? Sim () Não ()

26. Você recomendaria a alguém esse serviço? Sim () Não ()

Porque?

.....

27. Que nota de zero a dez você daria para o serviço? Nota ()

Porque?

.....

ANEXO 3: QASSaB Modificado para Curitiba e Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O senhor(a) esteve em tratamento odontológico em uma Unidade de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba a menos de um mês então foi escolhido(a) para participar desta pesquisa de satisfação com o serviço recebido. A pesquisa se dará através de um questionário o qual será preenchido um instrumento com 36 perguntas, sua participação neste estudo é voluntária. O senhor(a) tem a liberdade de recusar participar do estudo , ou se aceitar a participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento. As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos profissionais que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que sua identificação seja mantida em sigilo. Essa pesquisa tem a intenção de identificar os pontos fortes e fracos dos serviços de odontologia da SMS em Curitiba segundo um olhar do usuário do serviço.

EuRG..... li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado(a) a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para participar ou não, bem como interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, de de 2006.

Assinatura dos pesquisadores: e

Dr Julio Cesar Bisinelli

Zilá F.D.G. Santos

Paciente:

Roteiro para entrevista:**REGISTRO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES**

NOME: _____

1. NOME DA UNIDADE DE SAÚDE			
ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO		PSF	NÃO PSF
MODO DE ATENDIMENTO		<input type="checkbox"/> TRIAGEM	2 PROGRAMADO

2. SEXO M 2 F

3. IDADE EM ANOS COMPLETOS: _____

4. ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO OU NÃO MORA COM NINGUEM	<input type="checkbox"/>	
	CASADO OU MORA COM ALGUÉM	2	

5. RENDA FAMILIAR:	MENOS DE 2 SALÁRIOS MÍNIMOS	<input type="checkbox"/>	
	ACIMA DE 2 SALÁRIOS MÍNIMOS	2	

6. ESCOLARIDADE:	MENOS DE 7 ANOS DE ESTUDOS	<input type="checkbox"/>	
	MAIS DE 7 ANOS DE ESTUDOS	2	

7. ENDEREÇO: Rua _____ Nº _____

Complemento _____ Bairro _____

8. REGIONAL ADMINISTRATIVA DE RESIDÊNCIA:

<input type="checkbox"/>	MATRIZ	2	CAJURU	3	BOQUEIRÃO	4	BAIRRO NOVO
--------------------------	--------	---	--------	---	-----------	---	-------------

5	PINHEIRINHO	6	BOA VISTA	7	SANTA FELICIDADE	8	CIC
---	-------------	---	-----------	---	------------------	---	-----

9	PORTÃO
---	--------

9. VOCÊ SENTIU DOR DE DENTE NOS ÚLTIMOS SEIS MESES?

<input type="checkbox"/>	SIM	2	NÃO	3	NÃO ME LEMBRO
--------------------------	-----	---	-----	---	---------------

10. COMO VOCÊ CLASSIFICA A SUA SAÚDE BUCAL?

<input type="checkbox"/>	MUITO BOA	2	BOA	3	REGULAR	4	RUIM	5	PÉSSIMA
--------------------------	-----------	---	-----	---	---------	---	------	---	---------

DIMENSÃO 1					
DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS	NÍVEIS				
<input type="checkbox"/> 1(). Como você considera a obtenção de uma vaga e/ou ficha para tratamento neste serviço?	Muito Fácil	Fácil	Nem difícil nem fácil	Difícil	Muito Difícil
	5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/> 2(). Como você considera o intervalo de tempo de marcação entre uma consulta e outra?	Muito Longo	Longo	Nem longo nem curto	Curto	Muito Curto
	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> 3(). Como você classifica o tempo de espera entre sua chegada e o atendimento neste serviço?	Muito curto	Curto	Nem longo nem curto	Longo	Muito Longo
	5	4	3	2	1

DIMENSÃO 2					
RESOLUTIVIDADE	NÍVEIS				
<input type="checkbox"/> 4(). Como você classificaria a forma como foi resolvido o problema que lhe trouxe ao serviço?	Não resolvido	Mal resolvido	Mais ou menos Resolvido	resolvido	Muito bem resolvido
	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> 5(). O quanto você está satisfeito com a aparência dos dentes tratados?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Satisfeito	Um pouco Satisfeito	insatisfeito
	5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/> 6(). O quanto você está satisfeito com o tratamento dos dentes posteriores (de trás), ou seja, com a sua capacidade de mastigação ?	Insatisfeito	Um pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente Satisfeito
	1	2	3	4	5

DIMENSÃO 3					
AMBIENTE FÍSICO DO SERVIÇO-LIMPEZA	NÍVEIS				
<input type="checkbox"/> 7(). Como você classifica a limpeza da recepção/sala de espera?	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/> 8(). Como você classifica a limpeza do consultório ou da clínica?	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente
	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> 9(). Como você classifica a limpeza dos banheiros?	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	5	4	3	2	1

DIMENSÃO 4					
RELAÇÕES HUMANAS (Relação com Profissionais de Saúde)	NÍVEIS				
<input type="checkbox"/> 20(). Como você classifica a atenção ou tratamento recebido das pessoas que trabalham na recepção deste serviço?	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
	5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/> 21(). Como você classifica a atenção ou tratamento recebido dos outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogo, fisioterapeuta, etc) deste serviço?	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Excelente
	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> 22(). Como você classifica a qualidade das informações recebidas pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogo, fisioterapeuta, auxiliares, pessoal da recepção, etc) deste serviço?	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	5	4	3	2	1

23(). E com relação ao conforto. Como você se sente em relação ao seu bem-estar neste serviço?	Desconfortável	Um pouco Confortável	Confortável	Muito confortável	Totalmente Confortável
	1	2	3	4	5
24(). Como você classifica a atenção ou tratamento recebido do Dentista neste serviço?	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
	5	4	3	2	1
25(). Como você classifica o grau de confiança que você deposita no Dentista da rede de saúde?	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Excelente
	1	2	3	4	5

DIMENSÃO 5	NÍVEIS				
QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA DOS EQUIPAMENTOS					
26(). Como você classifica os equipamentos odontológicos em relação a atualização tecnológica? Em outras palavras o quanto elas são modernas?	Super Modernos	Modernos	Nem uma coisa nem outra	Desatualizados	Ultrapassado
	5	4	3	2	1
27(). Como você classifica a conservação e manutenção dos equipamentos odontológicos?	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente
	1	2	3	4	5

DIMENSÃO 6	NÍVEIS				
EFICIÊNCIA					
28(). Levando em conta a qualidade dos serviços odontológicos executados e a sua expectativa na solução dos seus problemas de saúde bucal, você acha que valeu a pena?	<i>Não valeu a pena</i>	<i>Pouquíssimo</i>	<i>Mais ou Menos</i>	<i>Muito</i>	<i>Até demais</i>
	1	2	3	4	5
DIMENSÃO 7	NÍVEIS				
EFICÁCIA					
29(). O seu Dentista usa roupas limpas e faz uso de luvas, gorro e máscara?	Sempre	Quase sempre	Não me lembro	Às vezes	Nunca
	5	4	3	2	1
30(). Durante a extração você sentiu algum desconforto do tipo, dor, pressão exagerada através das mãos do dentista ou fratura do dente?	Senti total desconforto	Senti muito desconforto	Senti desconforto	Senti muito pouco desconforto	Não senti nada
	1	2	3	4	5
31(). Durante as restaurações, curativo de canal, raspagem gengival, você sentiu algum desconforto do tipo, dor ou pressão exagerada através das mãos do dentista?	Não senti nada	Senti muito pouco desconforto	Senti desconforto	Senti muito desconforto	Senti total desconforto
	5	4	3	2	1
32(). Após a realização das restaurações, alguma ficou alta ou arranhando?	Senti total desconforto	Senti muito desconforto	Senti desconforto	Senti muito pouco desconforto	Não senti nada
	1	2	3	4	5
33(). Com que frequência seu dentista lhe ensina como você deve se prevenir das doenças bucais?	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca

	5	4	3	2	1
--	----------	----------	----------	----------	----------

DIMENSÃO 8	NÍVEIS				
EQUIDADE					
34(). De acordo com as suas necessidades de saúde bucal, você acha que elas estão sendo igualmente atendidas, do mesmo modo que as pessoas de classe social mais alta que a sua?	<i>Igualmente atendidas</i>	<i>Parcialmente atendidas</i>	<i>Não me lembro</i>	<i>Diferentemente e atendidas</i>	<i>Não são atendidas</i>
	5	4	3	2	1

DIMENSÃO 9	NÍVEIS				
ACEITABILIDADE					
35(). O profissional lhe explica sobre o tratamento mais adequado ou mais correto para o seu problema de saúde bucal (extração, restauração, canal, colocação ou substituição de próteses)?	<i>Nunca me explica nada</i>	<i>Raras vezes me explica</i>	<i>Não me lembro</i>	<i>Na maioria das vezes me explica</i>	<i>Sempre me explica tudo</i>
	1	2	3	4	5
36(). O profissional costuma pedir a sua opinião quanto ao melhor horário, ou o melhor dia da semana pra lhe atender?	<i>Sempre pede a minha opinião</i>	<i>Na maioria das vezes pede a minha opinião</i>	<i>Não me lembro</i>	<i>Raras vezes pede a minha opinião</i>	<i>Nunca pede a minha opinião</i>
	5	4	3	2	1

Obrigada

Atenciosamente,

Zilá Ferreira Dias Gonçalves dos Santos

ANEXO 4: QASSaB validado

Roteiro para entrevista: Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal – QASSaB.

Nessa entrevista faremos algumas perguntas referentes à sua relação com o seu dentista e com o serviço de saúde. Lembramos, que as suas respostas ninguém tomará conhecimento. Portanto, fique à vontade ao respondê-las.

DIMENSÃO 1	NÍVEIS				
RELAÇÕES HUMANAS (Dentista/Paciente)					
<input type="checkbox"/> Como você classifica a atenção ou tratamento recebido do Dentista ou Professor neste serviço ?	<i>Excelente</i>	<i>Bom</i>	<i>Regular</i>	<i>Ruim</i>	<i>Péssimo</i>
	5	4	3	2	1

DIMENSÃO 2	NÍVEIS				
RELAÇÕES HUMANAS (Outros Profissionais)					
2. Como você classifica a atenção ou tratamento recebido dos outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais etc) deste serviço ?	<i>Péssimo</i>	<i>Ruim</i>	<i>Regular</i>	<i>Bom</i>	<i>Excelente</i>
	1	2	3	4	5

DIMENSÃO 3	NÍVEIS				
EFICÁCIA					
3. Após a realização das restaurações, alguma ficou alta ou arranhando?	<i>Senti total desconforto</i>	<i>Senti muito desconforto</i>	<i>Senti desconforto</i>	<i>Senti muito pouco desconforto</i>	<i>Não senti nada</i>

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

DIMENSÃO 4					
ACESSIBILIDADE / DISPONIBILIDADE	NÍVEIS				
4. Como você considera a obtenção de uma vaga e/ou ficha para tratamento neste serviço ?	Muito Fácil	Fácil	Nem difícil nem fácil	Difícil	Muito Difícil
	5	4	3	2	1
5. Como você classifica o tempo de espera entre sua chegada e o atendimento neste serviço ?	Muito curto	Curto	Nem longo nem curto	Longo	Muito Longo
	5	4	3	2	1

DIMENSÃO 5					
QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA	NÍVEIS				
6. Como você classifica os equipamentos odontológicos em relação a atualização tecnológica? Em outras palavras o quanto elas são modernas?	Super Modernos	Modernos	Nem uma coisa nem outra	Desatualizados	Ultrapassado
	5	4	3	2	1

DIMENSÃO 6					
AMBIENTE FÍSICO -LIMPEZA	NÍVEIS				
7. Como você classifica a limpeza da recepção/sala de espera ?	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	5	4	3	2	1
8. Como você classifica a limpeza dos banheiros ?	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	5	4	3	2	1

	5	4	3	2	1
DIMENSÃO 7	NÍVEIS				
ACEITABILIDADE					
9. O aluno ou profissional lhe explica sobre o tratamento mais adequado ou mais correto para o seu problema de saúde bucal (extração, restauração, canal, colocação ou substituição de próteses) ?	<i>Nunca me explica nada</i>	<i>Raras vezes me explica</i>	<i>Não me lembro</i>	<i>Na maioria das vezes me explica</i>	<i>Sempre me explica tudo</i>
	1	2	3	4	5

	NÍVEIS				
DIMENSÃO 8	NÍVEIS				
EFETIVIDADE / RESOLUTIVIDADE					
<input type="checkbox"/> 0. O quanto você está satisfeito com a aparência dos dentes tratados ?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Satisfeito	Um pouco Satisfeito	insatisfeito
	5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/> 1. O quanto você está satisfeito com o tratamento dos dentes posteriores (de trás) ou seja, com a sua capacidade de mastigação ?	insatisfeito	Um pouco satisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente Satisfeito
	1	2	3	4	5

ANEXO 5: Lista das Unidades de Saúde que participaram do estudo

1. Iracema – Distrito Sanitário Cajuru
2. São Braz – Distrito Sanitário Santa Felicidade
3. Pinheiros (PSF) – Distrito Sanitário Santa Felicidade
4. Camargo – Distrito Sanitário Cajuru
5. Solitude (PSF) – Distrito Sanitário Cajuru
6. São Domingos (PSF) – Distrito Sanitário Cajuru
7. União das Vilas – Distrito Sanitário Santa Felicidade
8. Xapinhal (PSF) – Distrito Sanitário Bairro Novo
9. Salvador Allende (PSF) – Distrito Sanitário Bairro Novo
10. Parigot de Souza (PSF) – Distrito Sanitário Bairro Novo
11. Santa Amélia – Distrito Sanitário Portão
12. Estrela (PSF) – Distrito Sanitário Portão
13. Aurora – Distrito Sanitário Portão
14. Waldemar Monastier (PSF) – Distrito Sanitário Boqueirão
15. Jardim Paranaense (PSF) – Distrito Sanitário Boqueirão
16. Esmeralda – Distrito Sanitário Boqueirão
17. Érico Veríssimo – Distrito Sanitário Boqueirão
18. Pompéia (PSF) – Distrito Sanitário Pinheirinho
19. Maria Angélica (PSF) – Distrito Sanitário Pinheirinho
20. Cândido Portinari (PSF) – Distrito Sanitário Santa Felicidade
21. Caiuá – Distrito Sanitário da CIC
22. Augusta (PSF) – Distrito Sanitário da CIC
23. Ipiranga – Distrito Sanitário Pinheirinho

24. Vila Machado – Distrito Sanitário Pinheirinho
25. Ouvidor Pardinho – Distrito Sanitário da Matriz
26. Nossa Senhora da Luz – Distrito Sanitário da CIC
27. Tarumã (PSF) – Distrito Sanitário Boa Vista
28. Santa Efigênia – Distrito Sanitário Boa Vista
29. Pilarzinho – Distrito Sanitário Boa Vista
30. Bacacheri – Distrito Sanitário Boa Vista
31. Nossa Senhora Aparecida (PSF) – Distrito Sanitário Bairro Novo
32. Capanema – Distrito Sanitário da Matriz
33. Trindade II – Distrito Sanitário Cajuru

ANEXO 6: REFERÊNCIAS

1. Akerman M, Nadanovsky P. Avaliação dos Serviços de Saúde – Avaliar o Quê?. Cad. Saúde Pública 1992 out./dez.; 8(4):361-365.
2. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. Ciênc. Saúde Coletiva 2006; 10(1):23-30.
3. Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 2006.
4. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública 2005 jul.-ago.; 21(4):026-035.
5. Brasil Constituição Federal, Decreto Lei 8.080/90, Decreto Lei 8.142/90. Disponível em: <http://www.universidadesaudavel.com.br>. Acesso em: 24/03/2007.
6. Brasil IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 24/03/2007.
7. Camargo AL, et al., A Construção da Odontologia Integral. In Moysés, SJ. Os Dizeres da Boca em Curitiba. Rio de Janeiro: Cebes; 2002. p. 27–36.
8. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rev. Brás. Saúde Matern. Infant. 2005 dez.; 5 (Supl 1): S63-S69.

9. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc. Saúde Coletiva 2006 jul./set.; v. 11 n°3.
10. Contandriopoulos AP. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? Cad. Saúde Pública 1998 jan.-mar.; 14(1):199-204.
11. Cruz DB, Horta MS, Lucca TR, Gabardo MCL, Nascimento AC. Dinâmica do processo de trabalho no Programa de Saúde da Família na perspectiva dos produtores do modelo odontológico. Brazilian Oral Research. 2005 set.; v. 9: 33.
12. Curitiba. Disponível em:
http://www.curitiba.pr.gov.br/Cidade.aspx?url=/Cidade/hist_fundacao.htm. Acesso em 24/03/2007.
13. Curitiba. Disponível em:
<http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/index.htm>. Acesso em 24/03/2007.
14. Donabedian A. Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. Cuernavaca, Morelos, México; Instituto Nacional de la Salud Pública; 1992.
15. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México (DF): La Prensa Mexicana; 1984. In Campos, CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2005 dez.; 5 (supl 1): S63-S69.
16. Elias PE, et al.. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e EBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciênc. Saúde Coletiva 2006 jul./set.; v. 11(3):633-641.

07. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. Ciênc. Saúde Coletiva 2005; 10(Sup):303-312.
08. Fernandes LMAG. Validação de um Instrumento para Avaliação da Satisfação dos Usuários, com os Serviços Públicos de Saúde Bucal – QASSaB; Camaragibe; 2002.
09. Gevaerd SP, Guguich E. Primórdios da Odontologia no Serviço Público Municipal de Curitiba. In Moysés, SJ. Os Dizeres da Boca em Curitiba. Rio de Janeiro: Cebes; 2002. p. 11-15.
20. Halal IS, et al.. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. Ver. de Saúde Pública 1994; 28 (2):33-6.
21. Hartz ZMA. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, 2006; 11(3): 733-738.
22. Hortale VA, Conil EM, Pedroza M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. Card. Saúde Pública 1999 jan./mar.; v.15, n.1
23. Kriger L, Prefácio. In Moysés, SJ. Os Dizeres da Boca em Curitiba. Rio de Janeiro: Cebes; 2002. p. 7-9.
24. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; DF; 1997.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade

- Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília; DF; 2005.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; DF; 2004.
27. Moysés SJ, Simão MG, Pedotti MA. A Saúde Bucal nos Sistemas Locais de Saúde. In Moysés, SJ. Os Dizeres da Boca em Curitiba. Rio de Janeiro: Cebes; 2002. p. 37–44.
28. Moysés SJ, et al. A Equipe de Saúde Multiprofissional nos Programas de Saúde da Família. Revista Médica do Paraná. 1999 jan./dez.; v. 57, nº 2: 5–60.
29. Myburgh NG. Solanki GC. et al. Patient satisfaction with health care providers in South Africa: the influences of race and socioeconomic status. International Journal for Quality in Health Care. 2005 June 28: 5–5.
30. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública 2004 mar.-abr.; 20(2):438-446.
31. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant [Periódico on line] 2005 Jun

[citado 2007 mar 24]; 5(2): 229 – 240. Disponível em:
http://www.scielo.php?script=sci_aritex&pid=S1519-3829200500020002&lng=pt&nrm=iso.doi:10.1590/S1519-382900500020002

32. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006; 11(1):53-61.
33. Silva LL. Competências gerenciais do Cirurgião Dentista da Estratégia Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira Saúde da Família* 2006 abr./jun.; ano VII, nº 10.
34. Silveira Filho AD. Odontologia no PSF – um desafio. *Revista Brasileira Saúde da Família*. 2002 jan.; ano II, nº 4.
35. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006; 11(3):643-655.
36. Souza MF, A Cor – Agem do PSF. São Paulo; 2. ed.; Hucitec; 2003.
37. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública* 1998 abr.-jun.; 14(2):429-435.
38. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2002; 7(3):581-589.

39. Travesso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública* 2004 jan.-fev.; 20(1):80-88.
40. Vieira-da-Silva LM, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad. Saúde Pública* 1994 jan.-mar.; 10(1):80-91.
41. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In Hartz, ZMA, Vieira-da Silva, LM. *Avaliação em Saúde dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*, 1ª reimpressão. Salvador: EDUFA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.