

Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Diego Ramos Aguiar

**Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo Centro de Especialidades  
Odontológicas e Centro de Saúde da Família: satisfação dos usuários**

Eusébio – CE

2022

Diego Ramos Aguiar

Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo Centro de Especialidades  
Odontológicas e Centro de Saúde da Família: satisfação dos usuários

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.a Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Linha de Pesquisa: Gestão e avaliação de serviços na Estratégia de Saúde da Família

Eusébio – CE

2022

## FICHA CATALOGRÁFICA

A282a Aguiar, Diego Ramos.  
Avaliação da Qualidade dos Serviços Prestados pelo Centro de Especialidades Odontológicas e Centro de Saúde da Família: satisfação dos usuários / Diego Ramos Aguiar. -- 2022.  
64 f.

Orientadora: Sharmênia de Araújo Soares Nuto.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família), Eusébio-CE, 2022.  
Bibliografia: f. 50-55.

1. Saúde Bucal. 2. Satisfação do Paciente. 3. Avaliação em Saúde. I. Título.  
CDD 617.601

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Camila Victor Vitorino Holanda Victor Vitorino Holanda - CRB-1126

Diego Ramos Aguiar

Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo centro de especialidades  
odontológicas e centro de saúde da família: satisfação dos usuários

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde da Família -  
PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/  
Ceará, como requisito parcial para obtenção do  
título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.a Dra. Sharmênia de Araújo  
Soares Nuto

Aprovada em: 14/09/2022

Banca Examinadora

---

Prof.a Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Polo Ceará



---

Prof.a Dra. Maria Eneide Leitão de Almeida  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.a Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer  
Fundação Oswaldo Cruz – Polo Ceará

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter permitido chegar até aqui.

Aos meus amados pais, Edson e Soledade, pelo amor, cuidado e pelos ensinamentos.

À minha orientadora, professora Sharmênia, verdadeiramente mestre, que com toda paciência, competência e dedicação orientou e direcionou esta pesquisa.

Ao meu companheiro Carlos Romualdo, por sua compreensão, amor e ensinamentos e por ter me encorajado a cursar o mestrado.

À Socorrinha e Daniele, auxiliares de saúde bucal e bolsistas do Programa de Incentivo à Pesquisa da Fiocruz-Ceará pelo auxílio na coleta de dados e concretização desta pesquisa.

A todos os Gerentes dos Centros de Saúde da Família e do Centro de Especialidades Odontológicas e funcionários pela permissão para desenvolver este estudo e acolhida.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/ Ceará.

A todos os funcionários da Fiocruz/Ceará, que sempre com muita gentileza e carinho nos ajudam nas mais diversas situações.

Aos usuários dos serviços de saúde que participaram deste trabalho, pela contribuição na pesquisa.



## RESUMO

Uma das formas de avaliar os serviços de saúde é por meio da percepção dos usuários. Na área de saúde bucal, além da utilização da avaliação em saúde para tomada de decisão, é desafiador conjugar essa tarefa ao monitoramento dos serviços para melhoria da qualidade. Desse modo, a avaliação da qualidade da assistência na saúde bucal é uma importante ferramenta no planejamento e na gestão dos serviços e sistemas de saúde. Assim, este trabalho objetivou avaliar a qualidade dos serviços de saúde bucal ofertados na atenção primária e secundária na perspectiva da satisfação dos usuários. Trata-se de um estudo observacional, transversal, analítico-descritivo e de abordagem quantitativa, segundo o modelo de Donabedian. A pesquisa foi realizada no município de Sobral, Ceará, com 248 usuários atendidos nos Centros de Saúde da Família de Sobral da zona urbana e 243 no Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral, totalizando 491 entrevistados, no período novembro de 2021 a fevereiro de 2022. Para seleção amostral, utilizamos a técnica da amostra não-probabilística (Conveniência) com a aplicação da agregação dos formulários: condições socioeconômicas e demográficas e o questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB). Os dados foram aplicados no programa Epidata 3.1, com a validação de dupla digitação. O banco de dados foi exportado para o programa STATA 13.0, em que foram realizadas medidas de frequência e associação com nível de significância estatística de 95%. Quanto ao escore médio geral do QASSaB, numa escala que varia de 1 a 5, a média obtida foi 2,89 com desvio padrão de 0,04, sendo a média dos Centros de Saúde da Família de 2,93 e do Centro de Especialidades Odontológicas de 2,84, sem diferença significativa entre os dois locais. Os resultados das dimensões de qualidade mostram avaliações positivas para todas elas, apresentando um alto percentual de satisfação da população estudada com o serviço de saúde oferecido no CSF e CEO. Os resultados mostram que a maioria da população estudada se encontra satisfeita com as dimensões da qualidade, apresentando um alto percentual de satisfação com o serviço de saúde oferecido no CSF e CEO.

**Palavras-chave:** Saúde bucal. Satisfação do paciente. Avaliação em Saúde.

## ABSTRACT

One of the ways of evaluating health services is through the perception of users. In the area of oral health, in addition to the use of health evaluation for decision making, it is challenging to combine this task with the monitoring of services to improve quality. Thus, the assessment of the quality of oral health care is an important tool in the planning and management of health services and systems. Thus, the present study aimed to evaluate the quality of oral health services offered in primary and secondary care from the perspective of user satisfaction. This is an observational, cross-sectional, analytical-descriptive study with a quantitative approach, according to the Donabedian model. The research was carried out in the city of Sobral, Ceará, with 248 users patients treated by the Family Health Centers of Sobral in the urban area and 243 at the Specialized Dental Center of Sobral, totaling 491 respondents, from November 2021 to February 2022. For sample selection, we used the technique of non-probabilistic sampling (Convenience) with the application of aggregation of forms: socioeconomic and demographic conditions and the questionnaire of Questionnaire for Quality Evaluation of Oral Health (QASSaB). The data were applied in the Epidata 3.1 program, with double typing validation. The database was exported to the STATA 13.0 program, in which frequency and association measurements were performed with a statistical significance level of 95%. As for the overall mean score of the QASSaB, on a scale that varies from 1 to 5, the mean obtained was 2,89 with a standard deviation of 0.04, the mean of the Family Health Centers was 2.93 and the was Specialized Dental Center 2.84, with no significant difference between the two locations. The results show that the majority of the population studied is satisfied with the dimensions of quality, presenting a high percentage of satisfaction with the health service offered at the CSF and CEO.

**Keywords:** Oral Health. Patient Satisfaction. Health Evaluation.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária a Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEO-M	Centro de Especialidades Odontológicas Municipal
CEO-R	Centro de Especialidades Odontológicas Regional
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS APS	e-SUS Atenção Primária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-CEO	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNE	Portadores de necessidades especiais
PNSB	Plano Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
QASSaB	Questionnaire for Quality Evaluation of Oral Health
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIGES	Sistema Integrado de Gestão em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	7
2.	OBJETIVOS.....	11
2.1	Objetivo Geral.....	11
2.2	Objetivos Específicos.....	11
3.	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1	Avaliação dos Serviços de Saúde .....	12
3.2	Avaliação dos Serviços: uma Perspectiva da Satisfação dos Usuários .....	16
3.3	Avaliação dos Serviços de Saúde Bucal e Satisfação dos Usuários .....	18
4.	METODOLOGIA .....	23
4.1	Tipos de Estudo/Delineamento .....	23
4.2	Cenário do Estudo .....	23
4.3	Participantes do Estudo .....	25
4.4	Desenho Amostral .....	25
4.4.1	Tamanho Amostral .....	25
4.4.1.1	Cálculo amostral de pacientes a serem entrevistados no CEO-R de Sobral.....	26
4.4.1.2	Cálculo amostral de pacientes a serem entrevistados nos Centros de Saúde da Família	26
4.4.2	Seleção Amostral .....	28
4.5	Coleta de dados .....	28
4.6	Análise dos dados .....	29
4.7	Aspectos éticos .....	29
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICES.....	56
	ANEXOS.....	62

## 1 INTRODUÇÃO

A avaliação é o procedimento pelo qual se emite um juízo de valor sobre intervenções, processos e resultados, a partir de informações válidas e legítimas, visando potencializar o desempenho da gestão dos serviços, favorecendo o processo de mudança, de tomada de decisões e a busca da qualidade (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

O processo de avaliação da qualidade em serviços de saúde envolve tanto quem utiliza os serviços como quem os produz, onde usuário e prestador ocupam *status* diferentes no processo e ambos cooperam para que os serviços se concretizem. Torna-se essencial verificar como estes atores percebem a qualidade dos serviços prestados, visando verificar e analisar as diferentes percepções para, posteriormente, intervir buscando alinhá-las de modo a atender as necessidades de ambos e providenciar a melhoria contínua (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010).

Por isso, a prática da avaliação nos serviços de saúde deve ser compreendida em duas perspectivas: a que utiliza indicadores gerais de monitoramento do serviço e/ou do sistema, sendo usada em situações pontuais, buscando gerar ações que garantam a melhoria da qualidade; e a pesquisa avaliativa, que resulta de um esforço acadêmico que tem por objetivo estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados (GOES *et al.*, 2012).

Uma das formas de avaliar os serviços de saúde é por meio da percepção dos usuários. A partir do final da década de 1970, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos da América (EUA), vários movimentos deram aos pacientes um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde. Aos poucos, o termo “satisfação do usuário” passou a denominar um conjunto amplo e heterogêneo de pesquisas, com o objetivo de saber a opinião dos usuários de serviços de um modo geral, assim como nas pesquisas de avaliação em saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Com Donabedian (1984), a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do profissional de saúde e da comunidade. A qualidade passou a ser observada a partir desses três ângulos, de forma complementar e, ao mesmo tempo, independente. O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os pacientes – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A partir de então, os usuários não puderam mais ser ignorados, e a ideia de satisfação do paciente como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si, e não apenas um meio de produzir a

adesão do paciente ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos anteriores (DONABEDIAN, 1984; VAISTMAN; ANDRADE, 2005).

Para a área de saúde bucal, além da utilização da avaliação em saúde para tomada de decisão, conseqüente reordenamento das políticas, programas e serviços de saúde, outro desafio é conjugar essa tarefa ao constante monitoramento dos serviços para melhoria da qualidade, bem como vigilância em saúde bucal (GOES *et al.*, 2012).

A Odontologia no Brasil, em seu contexto histórico, tem a sua prática voltada para o setor privado. A esfera pública, que até os anos 1950 limitava-se à regulação da prática profissional, progressivamente passou a oferecer assistência odontológica apenas para os escolares, enquanto o restante da população ficava excluído e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Por aproximadamente cinquenta anos, a população brasileira esteve desassistida no que se refere às ações e aos serviços públicos odontológicos (NARVAI, 2006; MAGALHÃES *et al.*, 2015). Isso se comprova pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada à época, em 1998, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a qual trouxe como resultado que 29,6 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao cirurgião-dentista, ou seja, 19,5% da população (BRASIL, 2002).

Em resposta a essa ausência de assistência, o Governo Federal criou, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente (PNSB), assumindo um importante papel de indução do crescimento da oferta de serviços de saúde bucal nos municípios e estados, estabelecendo linhas de financiamento específicas para a criação de novas Equipes de Saúde Bucal (eSB), para construção e implementação de centros de atenção secundária e terciária, dentre outras ações, que fizeram do Brasil Sorridente uma das maiores políticas públicas de saúde bucal do mundo (PUCCA *et al.*, 2015).

Com a implantação da PNSB houve significativa expansão das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), visto a desproporção entre a oferta de procedimentos odontológicos básicos e especializados (BRASIL, 2004).

Assim, visando à integralidade do cuidado e garantia do acesso ao serviço odontológico ampliou-se as eSB (Cirurgião dentista, Técnico de Saúde Bucal e/ou Auxiliar de Saúde Bucal), de modo que estivessem articuladas às equipes da ESF (Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde) e distribuídas por todo o território nacional. Antes da Política, em 2003, eram 6.170 equipes de saúde bucal em 2.787 municípios (GABRIEL *et al.*, 2020, já em 2019, esse número aumentou para 26.655 presentes em 5.043 municípios brasileiros. Desta forma, cerca de 90,53% dos municípios do país têm, ao menos,

uma das principais linhas de ação da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2019).

Dentro da implantação da PNSB, tem-se a estruturação dos CEO, que são unidades de referência para a Atenção Primária, integrados ao processo de planejamento loco-regional e que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, atendimento aos portadores de necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor (BRASIL, 2006a). Esses serviços se tornaram uma importante estratégia para a garantia de um atendimento integral na esfera da saúde bucal (FIGUEIREDO; GOES, 2009).

No ano de 2020, o Ceará contava com 1.985 eSB na ESF, sendo 1.749 na Modalidade I e 146 na Modalidade II. A Rede de Atenção à Saúde Bucal do Estado é composta por 88 CEO, destes, 63 são de gestão municipal, 22 de gestão estadual, gerenciados diretamente pelos Consórcios Públicos de Saúde, e três de gerência estadual e uma gestão municipal localizados no município de Fortaleza (BRASIL, 2020).

A avaliação da qualidade da assistência na saúde bucal é uma importante ferramenta no planejamento e na gestão dos serviços e sistemas de saúde, tendo em vista que a análise da satisfação na visão dos usuários compreende desde a percepção do indivíduo em relação à saúde até as experiências vivenciadas no setor, permitindo assim, maior adequação e promoção da assistência à saúde a partir das suas necessidades (LIMA, CABRAL, VASCONCELOS, 2010; MOIMAZ *et al.*, 2015).

Nesse contexto, identifica-se que as pesquisas de satisfação de usuários de serviços de saúde bucal estão em fase incipiente de construção de evidências e encontraram-se poucas iniciativas de monitoramento e avaliação sistemática das ações e dos serviços de saúde. Os processos avaliativos surgem como uma importante estratégia de transformação, que não deve ser compreendida como uma ameaça, mas como um incentivo para que os serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade e promovam uma renovação da sua cultura de trabalho. Dessa forma, este estudo versa sobre fornecer informações no âmbito da satisfação do usuário, propiciando um aperfeiçoamento no cotidiano dos serviços, além de avanços significativos para a gestão dos serviços de saúde bucal.

A relevância deste estudo se deve ao fato de investigar quais as percepções dos usuários acerca do atual quadro de atenção à saúde bucal, entendendo o usuário como um interlocutor válido e como agente social das próprias mudanças por meio de reflexão consciente e compartilhada do problema, bem como por subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos. Devemos considerar também a quantidade reduzida de estudos acerca do tema proposto no Estado do Ceará e principalmente na região de Sobral, e as limitações na obtenção de dados no campo da satisfação.

Além da relevância social e científica do tema deste estudo, tem-se também uma importância pessoal, pois a opção por estudar avaliação da satisfação do usuário tem ligação com minha experiência e vivência de dez anos enquanto profissional da Odontologia na ESF e no CEO Regional de Sobral, por meio da observação de que os usuários têm importante participação no processo de tomada de decisão, e que a escuta da percepção do usuário pode melhorar o processo de trabalho, tanto administrativo quanto assistencial.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde bucal ofertados na atenção primária e secundária na perspectiva da satisfação dos usuários no município de Sobral.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários.
- Verificar a relação entre o perfil dos usuários e a qualidade dos serviços de saúde bucal.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Avaliação dos Serviços de Saúde

A avaliação pode ser considerada como um elemento das práticas presente em diversos âmbitos e campos do espaço social (SILVA, 2010). Reconhece-se que existem definições variadas de Avaliação, na área da saúde ela surge vinculada aos avanços da epidemiologia e da estatística, testando a utilidade de intervenções, particularmente direcionadas ao controle das doenças infecciosas e ao desenvolvimento dos primeiros sistemas de informação dedicados à orientação das políticas sanitárias nos países desenvolvidos, por exemplo: Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, França, Grã-Bretanha, Suíça etc. (HARTZ, 1997). Diversas possibilidades de expressões geram uma polissemia conceitual e metodológica, tornando obrigatória, tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicitação das suas opções teóricas e técnicas (SILVA, 2010).

Desta forma, o significado de avaliação, quando relacionado a programas sociais, tem conseguido maior aceitação. Um dos conceitos relaciona a avaliação ao processo de determinação do esforço, mérito ou valor de algo ou do produto desse processo (SCRIVEN, 1991). Já Patton (1997), ao desenvolver uma abordagem da avaliação denominada de “avaliação focada para a utilização”, inclui na sua definição a maneira de fazer a avaliação que corresponderia à coleta sistemática de informações sobre as atividades para posteriormente fazer julgamentos sobre os programas e/ou para subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações. Entretanto, Rossi e Freeman (2004) consideram como sinônimo de pesquisa avaliativa e a definem como a aplicação sistemática dos procedimentos oriundos da investigação em ciências sociais para analisar programas de intervenção.

Nessa mesma perspectiva, Contandriopoulos (2006, p. 706) define que avaliar também é uma atividade que:

Consiste fundamentalmente em aplicar um juízo de valor a uma intervenção, por meio de um instrumento 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 julgamentos 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) (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 706).

Este conceito permite visualizar as ligações e diferenças entre três áreas distintas: pesquisa, avaliação e tomada de decisão. Estas áreas estão interligadas, mas não se sobrepõem.



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, julgá-la. É nesta área que as instâncias de decisão, de posse dos resultados da avaliação, elaboram seus julgamentos, expressam seus valores e manifestam suas intenções estratégicas. Pode-se então conceber que os resultados de uma avaliação não se traduzam automaticamente em uma decisão, mas espere-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Entretanto, traz a distinção entre monitoramento e avaliação pontual. O monitoramento corresponde ao acompanhamento sistemático sobre algumas das características dos serviços, enquanto a avaliação pontual refere-se ao julgamento sobre os mesmos em um determinado ponto do tempo (SILVA, 2010).

Na história da avaliação foram identificados quatro estágios (GUBA; LINCOLN, 1989). A passagem de um estágio para outro se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos. O primeiro estágio é baseado na medida. O avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e saber usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados. O segundo estágio se fortalece nos anos 20 e 30 do século XX. Ele trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados. O terceiro estágio se inicia nos anos 1960 e vai até o final dos anos 1980, também ainda no século XX. É fundamentado no julgamento. A avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção. No quarto estágio, a avaliação é então feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada. Torna-se ela mesma inclusiva e participativa, um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção em que o pesquisador-avaliador também se coloca como parte e não apenas juiz (HARTZ, 1997).

A Organização Panamericana de Saúde também afirma que os métodos de avaliação têm passado por quatro momentos conceituais. A primeira geração é centrada no que é mensurável, como uma simples medição ou verificação de acertos erros, não oferecendo maior informação sobre o processo de aprendizagem. A segunda geração possui uma descrição mais elaborada, se concentra na verificação do alcance dos objetivos, mas que deixa algumas lacunas, na medida em que não aprofunda a interpretação dos resultados, tampouco a qualidade dos objetivos traçados. Já a de terceira geração implica na valoração e constitui uma mudança significativa na direção do juízo de valor, já que a avaliação sempre culmina com o juízo sobre o objeto de atenção para que a partir dele se desenvolva ação que leva a transformação

necessária. Contudo, na avaliação de quarta geração percebe-se a inclusão de todos os aspectos positivos das anteriores, mas se caracteriza essencialmente pela negociação, juízos, critérios e ações integradas, envolvendo todos os atores do processo avaliativo, na qual a avaliação possa ela mesma ser tratada e considerada como processo de aprendizagem permanente (OPAS, 1997).

As três gerações representaram avanços, mas também apresentam limitações: a tendência à supremacia da visão gerencial; a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores; a hegemonia do paradigma positivista; a desconsideração com o contexto; a grande dependência de medições quantitativas, eliminando caminhos alternativos para se pensar o objeto da avaliação; e a não responsabilização moral e ética do avaliador, pois nenhuma das três primeiras gerações torna o avaliador responsável pelo que emerge da avaliação ou pelo uso dos seus resultados (GUBA; LINCOLN, 1989).

O campo da avaliação expandiu-se consideravelmente no final do século XX, tanto em produção científica quanto no que diz respeito à sua institucionalização. As suas principais características são a diversidade conceitual e terminológica, a pluralidade metodológica e a multiplicidade de questões consideradas como pertinentes. Persiste uma importante lacuna relacionada com a incorporação do conhecimento produzido no plano da investigação pelos profissionais de saúde e pelos gestores (SILVA, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), desencadeando a institucionalização da avaliação dos serviços de saúde no campo da APS, desenvolveu e implantou, em 2005, o projeto denominado Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) com o objetivo de oferecer aos gestores municipais ferramentas de avaliação e de gestão da qualidade da ESF, com a proposta de integrar um conjunto de ações, atividades e experiências desenvolvidas no âmbito da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, que, por sua vez, estava inserida em um processo mais amplo de fortalecimento da institucionalização da avaliação nas três esferas de gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2005).

A AMQ adotou como referência conceitual o modelo de avaliação de Donabedian, que considera os elementos de estrutura, processo e resultado na análise de serviços e práticas assistenciais. As diretrizes da AMQ incluíram o processo de autoavaliação, a livre adesão pelos gestores municipais, a ausência de premiações ou punições relacionadas aos resultados e a privacidade das informações dos usuários (BRASIL, 2012).

Mantendo a proposta de avaliação com base na tríade de Donabedian e fundamentado nos pressupostos do AMQ, foi lançado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de

19 de julho de 2011, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, que contou com vários momentos, nos quais o MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que pudesse permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil (BRASIL, 2012).

O principal objetivo do PMAB-AB é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2015).

O PMAQ-AB possui o intuito de impactar as formas de gestão, trazer a produção de uma cultura de análise, avaliação e intervenção capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para produzir mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para a Atenção Básica (AB) e as potencialidades locorregionais. (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Uma das adaptações na forma de avaliação em relação às diretrizes do AMQ foi o incentivo de recursos financeiros condicionados ao desempenho das equipes de saúde, motivando os gestores a melhorar a qualidade dos serviços nas unidades de saúde. Por meio da construção de um padrão de qualidade, o programa oferece condições para uma maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS em todo o Brasil (PEREIRA, GROISMAN, 2014).

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AB): adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e contratualização (BRASIL, 2015).

No momento de adesão ao programa, entre os compromissos a serem contratualizados pelas equipes de atenção básica e pelas gestões municipais, encontra-se um conjunto de indicadores que foi eleito a partir da possibilidade de acesso a informações que possam ter como grau mínimo de agregação as Equipes de Atenção Básica. Os indicadores selecionados se referem a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica (pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes Mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis) (BRASIL, 2012).

Para o Ministério da Saúde, o acompanhamento sistemático daquilo que tem sido

produzido pelas equipes permitirá a verificação do alcance de resultados mínimos nos indicadores contratualizados. É esperado que os resultados nos indicadores reflitam em alguma medida o esforço das equipes de saúde e de gestão na melhoria da qualidade da AB, devendo haver coerência entre o desempenho das equipes nos indicadores e a conformidade de suas ações com padrões de qualidade associados a boas práticas em atenção básica (BRASIL, 2014).

O instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica e saúde bucal, com 1.039 perguntas, está organizado em seis módulos, conforme o método de coleta das informações. Estão distribuídas em: i) Observação na unidade básica de saúde - 316 perguntas; ii) Entrevista com profissional equipe de atenção básica - 257 perguntas; iii) Entrevista com usuários da unidade básica de saúde - 165 perguntas; iv) Entrevista com profissional do NASF - 98 perguntas; v) Observação na unidade básica de saúde para Saúde Bucal - 136 perguntas; e vi) Entrevista com profissional da Equipe de Saúde Bucal - 67 perguntas (SELLERA, 2020).

A partir da avaliação externa, as equipes de atenção básica puderam ser classificadas em quatro categorias: i) Desempenho insatisfatório: quando o resultado alcançado for menor do que -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato; ii) Desempenho regular: quando o resultado alcançado for menor do que a média e maior ou igual a -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; iii) Desempenho bom: quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; e iv) Desempenho ótimo: quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais 1) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato (BRASIL, 2017).

A avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito. Com essa finalidade, pode e deve mobilizar as estratégias e técnicas necessárias da epidemiologia e das ciências humanas, sem preconceitos e sem interdições (SILVA, 2010).

### **3.2 Avaliação dos Serviços: uma Perspectiva da Satisfação dos Usuários**

A avaliação dos serviços de saúde, principalmente os públicos, é um instrumento de participação popular, exercendo controle social e fazendo jus à lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990), que regulamentou a participação popular no SUS. Com tal participação, passa-se a questionar a qualidade dos atendimentos, através da abordagem de satisfação dos usuários em saúde, trazendo julgamentos, expectativas e possibilitando a visualização dos problemas, fatos

estes importantes para gestores na elaboração de estratégias visando melhorar os atendimentos e redirecionar as políticas públicas em saúde (CLARO, 2018).

A satisfação do usuário do SUS está diretamente relacionada com fatores ligados à qualidade da assistência, a interação com profissional de saúde e a resolutividade do atendimento. Verifica-se que a avaliação da satisfação dos usuários faz-se necessária como instrumento de formulação de políticas de saúde que visem à ampliação do acesso (CHAVES *et al.*, 2011).

Donabedian (1978) diz que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: i) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; ii) o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. A partir da interação entre o paciente e o médico, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até técnicos muito específicos.

Na avaliação da qualidade em saúde, um dos referenciais, amplamente empregado pelos pesquisadores e órgãos governamentais, é o modelo proposto por Avedis Donabedian, ou modelo Donabediano (DONABEDIAN, 1992), que define a qualidade dos serviços de saúde pela análise do tripé estrutura-processo-resultado, segundo o qual:

- Estrutura: corresponde às características relativamente estáveis das instituições. A área física, recursos humanos, materiais e financeiros, bem como o modelo organizacional;
- Processo: refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na produção geral, nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, desde a busca de assistência até o diagnóstico e o tratamento;
- Resultado: diz respeito às características dos produtos ou serviços, cuja qualidade se traduz nos efeitos sobre a saúde do cliente e da população.

Dessa forma, é possível avaliar a qualidade da atenção à saúde a partir do estudo do grau de satisfação do usuário, a quem se deve o porquê da existência de um serviço de saúde, como um indicador de resultado.

Diversos conceitos e abordagens sobre os estudos de satisfação na perspectiva dos usuários em serviços de saúde são encontrados na literatura. Podem prever comportamentos futuros dos usuários, assim como podem conferir o grau de adesão dos pacientes aos tratamentos, o que consiste em fator de extrema importância para a obtenção de sucesso clínico.

Assim, todas as pesquisas no âmbito da satisfação do usuário devem propiciar aperfeiçoamento no cotidiano dos serviços, além de avanços significativos para a gestão dos serviços de saúde (KLOETZEL *et al.*, 1998; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

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

Pesquisas envolvendo a avaliação da satisfação dos usuários fornecem subsídio a gestores e equipes de saúde, capacitando-os a desenvolver práticas mais condizentes com as demandas da população. Além disso, possibilitam complementar e equilibrar a qualidade dos serviços, proporcionando melhores resultados em termos de eficiência e eficácia do sistema (MOIMAZ *et al.*, 2015).

Ademais, a satisfação do usuário é uma noção psicológica que pode ser facilmente compreendida, podendo ser estudada no contexto da experiência global do usuário em um ambiente de saúde após sua experiência com o serviço. E ainda pode ser utilizada, não apenas como uma medida de avaliação geral da qualidade, mas também como uma medida de desempenho do serviço prestado nas unidades de saúde da família. Quando o serviço de saúde tem bom funcionamento, o usuário responde com maior adesão ao tratamento, com continuidade aos cuidados em longo prazo, procura por prevenção de agravos à saúde além de indicar o serviço para outras pessoas (RICCI *et al.*, 2011).

Então, no que se refere ao valor dos estudos da qualidade em saúde, a satisfação do usuário deve ser considerada tão indispensável para a avaliação da qualidade como o desempenho e a administração dos sistemas de cuidados de saúde. As percepções dos pacientes são igualmente vitais para a avaliação da qualidade (MEZOMO, 1993; LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010).

### **3.3 Avaliação dos Serviços de Saúde Bucal e Satisfação dos Usuários**

No âmbito do SUS, a Saúde Bucal se propõe a estabelecer um cenário de práticas e relações com viabilidade de reorientar o processo de trabalho, onde é concebida a possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às necessidades da população e da implementação de medidas de caráter coletivo (BRASIL, 2004a).

A avaliação dos serviços de saúde constitui-se uma importante ferramenta para a qualificação das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (BRASIL, 2005). É também usada como uma medida de qualidade da assistência (SUN; BURNSIDE; HARRIS, 2010) e é considerada um resultado do serviço, importante para compreender as expectativas e prioridades em relação aos cuidados em saúde bucal (GOETZ *et al.*, 2013; AMORIM, 2019).

Os estudos avaliativos em saúde bucal têm versado sobre: avaliação de modelos de atenção em saúde bucal; avaliação sobre serviços de atenção básica, particularmente sobre o Programa Saúde da Família (PSF); Sistema de Informações Ambulatorial em Saúde (SIA/SUS); estudos de caso com a construção de modelos lógicos; papel dos serviços odontológicos, no que se refere ao perfil de demanda; e estudos de qualidade de serviços odontológicos, especificamente sob a ótica do usuário (GOES *et al.*, 2012).

Apesar do reconhecimento dos avanços na incorporação de novos conhecimentos e nas práticas de promoção da saúde bucal na última década, na esfera pública, ainda há um conjunto desafiador de problemas na qualidade dos serviços, envolvendo o perfil epidemiológico das doenças bucais e a resolutividade da atenção (SANTOS, 2007).

No contexto da Saúde bucal, o PMAQ também se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. São contratualizados pelas equipes de Saúde Bucal um conjunto de indicadores que foi eleito a partir da possibilidade de acesso a informações. Os indicadores de saúde bucal (BRASIL, 2015), avaliados de acordo com a natureza do uso, são: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; Cobertura de primeira consulta odontológica programática; Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante; Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas (Indicadores de Desempenho) e Médias de instalações de próteses dentárias; Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante; e Taxa de incidência de alterações da mucosa oral (Indicadores de Monitoramento).

Cientes que a avaliação dos serviços de saúde constitui condição necessária para melhoria de sua qualidade, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de qualificar a Política Nacional de Saúde Bucal. Contudo, visando à melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas, o Ministério da Saúde (MS), em 2013, propõe o componente CEO no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO) com objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde bucal e ampliar o acesso às ações e aos serviços de saúde bucal especializados, garantindo a continuidade do cuidado e atenção integral aos indivíduos e às famílias.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas passa a ser organizado em três fases que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEO, a saber: i) Adesão e Contratualização; ii) Certificação; e iii) Recontratualização (BRASIL, 2017).

Entre os compromissos contratualizados pelas equipes dos CEO e pelas gestões estaduais e municipais no momento da contratualização, encontra-se um conjunto de indicadores que foi eleito a partir das metas de produções estabelecidas para cada especialidade do CEO. Os indicadores contratualizados e que estão vinculados ao processo de certificação dos serviços se referem às metas estabelecidas para cada CEO, por tipo e por especialidade, conforme Portaria GM/MS nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Como a unidade de avaliação do Programa será o CEO, a escolha dos indicadores ficou limitada àqueles que possam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), uma vez que esse é o único sistema disponível para a alimentação e o acompanhamento da produção do CEO (BRASIL, 2017).

Os respectivos indicadores são: percentual de procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês; percentual de procedimentos de Periodontia no mês; percentual de procedimentos de Endodontia no mês; percentual de procedimentos de Cirurgia Oral no mês; percentual de procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com três ou mais raízes no mês; e percentual de procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês.

A Avaliação Externa do PMAQ-CEO é realizada pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal, em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP). Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas IEP, aplicam instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão, sendo realizadas observações de infraestrutura, verificação de documentos e entrevista com gestores, cirurgiões-dentistas e usuários (BRASIL, 2017).

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-CEO contempla elementos relacionados às características estruturais, de ambiência no CEO, disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos, instrumentais que serão observados pelo avaliador de qualidade, assim como elementos relacionados à organização do processo de trabalho, que serão verificados mediante entrevista com gerente do serviço e com profissionais de saúde. Este instrumento está dividido em cinco dimensões, tais como: i) Gestão Municipal/ Estadual para o Desenvolvimento do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); ii) Estrutura e Condições de Funcionamento do CEO; iii) Valorização do Trabalhador; iv) Acesso e Qualidade



da Atenção e Organização do Processo de Trabalho; e v) Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário (BRASIL, 2017).

Após o processo de avaliação externa e análise dos indicadores, os CEO são classificados, conforme o art. 6º, § 1º, da Portaria GM/MS nº 1.599, de 30 de setembro de 2015, em: desempenho ótimo, desempenho muito bom, desempenho bom, desempenho regular e desempenho ruim.

Apesar de alguns autores estarem preocupados e já desenvolverem estudos sobre a qualidade em saúde sob a ótica dos usuários, existe uma carência de instrumentos validados para realização das pesquisas, especificamente na área da Odontologia, que são mais comumente realizadas nas instituições de ensino superior e em serviços de atenção básica, porém raramente nos serviços de atenção secundária (LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010).

Embora haja na Odontologia uma lacuna relativa à avaliação dos serviços públicos, já existem evidências de alguns estudos avaliativos realizados, com esforços no sentido de desenvolver instrumentos válidos para tal fim. Para avaliação da Atenção Primária a Saúde (APS), o instrumento Primary Care Assessment Tool-Brasil (PCATool) avalia as experiências do usuário quanto às características dos serviços de saúde de acordo com os atributos da APS. No Brasil, o PCATool foi adaptado e validado para as versões profissional, usuário adulto e infantil (BRASIL, 2010) e desenvolvida uma versão validada voltada para usuários de serviços de saúde bucal (FONTANIVE, 2011). Representa uma importante ferramenta de avaliação, podendo oferecer parâmetros válidos para evolução da qualidade da atenção prestada em nível primário no país. É pertinente observar que, dentre os instrumentos já utilizados pelo Ministério da Saúde (AMAQ, PMAQ-AB e PMAQ-CEO), apenas os instrumentos PCATool - Brasil tem sua versão validada.

Para os serviços públicos brasileiros de Saúde bucal também foi elaborado e validado o Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB). Ele é um instrumento prático que foi desenvolvido com o objetivo de avaliar as dimensões de qualidade procurando contemplar aspectos de estrutura, processo e resultado por Donabedian (FERNANDES, 2002).

A validação realizada por Fernandes (2002) evidenciou, após análise vetorial, que o questionário é reprodutível para ser utilizado na avaliação da qualidade dos diversos serviços de saúde bucal. Ele é composto por 24 questões, abrangendo 10 dimensões da qualidade. São elas: disponibilidade dos serviços; resolutividade; ambiente físico do serviço-limpeza; relações humanas (relações com outros profissionais de saúde); relações humanas (relação

dentista/paciente); qualidade técnico-científica dos equipamentos; eficiência; eficácia, equidade e aceitabilidade.

Por **disponibilidade dos serviços** entende-se o quanto esse serviço está disponível aos seus usuários, ou seja, remoção de obstáculos para a sua utilização. **Resolutividade** 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. **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** é a capacidade de o serviço produzir o resultado esperado em condições ideais e a **Efetividade** é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Já a **Equidade** é o princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. E por fim, a **Aceitabilidade** ocorre quando o fornecimento do serviço está de acordo com as normas culturais, sociais e com as expectativas do usuário (SANTOS, 2007).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipos de Estudo/Delineamento**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, analítico-descritivo e de abordagem quantitativa, segundo o modelo de Donabedian referente ao resultado. O referencial teórico sistêmico proposto pelo autor - a tríade estrutura, processo e resultado - reflete exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde (DONABEDIAN,1992).

Rouquayrol (1994) define a pesquisa transversal como o estudo epidemiológico no qual exposição e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado. Nos estudos transversais, todas as mensurações são realizadas em uma única ocasião, não existindo período de seguimento dos indivíduos. O investigador deve primeiro determinar a questão a responder e, posteriormente, definir a população a ser estudada e um método de escolha da amostra e, por fim, definir os fenômenos a estudar e os métodos de medição das variáveis de interesse.

O estudo transversal tem como sua maior vantagem a agilidade com que se podem tirar conclusões e a ausência de um período de seguimento, tornando assim o estudo transversal mais fácil, rápido, barato e não sensível a problemas como as perdas de seguimento, dentre outros, característicos dos estudos longitudinais. Este tipo de estudo é a única maneira de calcular a prevalência das doenças e dos fatores de risco e oferece uma boa fonte de hipóteses (BORDALO, 2006).

### **4.2 Cenário do Estudo**

A pesquisa foi realizada no município de Sobral, Ceará, localizado no norte do Estado, às margens do Rio Acaraú, a 231 km de distância da capital, Fortaleza. Sua população estimada é de 188.233 habitantes, sendo 51,41% do sexo feminino e 48,59% masculino. Desta população, 88,35% residem na zona urbana e 11,65% na zona rural. O município tem clima seco e quente, com temperatura média acima de 26°C. No campo do desenvolvimento econômico, representa o principal polo de atendimento de bens e serviços especializados para a referida região (IBGE, 2010).

Na área da saúde, Sobral é reconhecido nacionalmente por ter um modelo de sistema de saúde exitoso e com bons resultados alcançados, por exemplo: significativa melhoria nos indicadores de saúde com redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade materna e alta cobertura das equipes da ESF (SOBRAL, 2017).

A ESF em Sobral vem obtendo grandes avanços, atualmente o município tem cobertura de 100% na ESF, distribuída em 37 Centros de Saúde da Família (CSF), sendo que 23 destes estão localizados na zona urbana e 14 em zona rural. Sobral conta com 70 equipes de eSF e 50 equipes de saúde bucal, com cobertura de 77,7% na ESF. Vale salientar, ainda, que o sistema local de saúde tem apoio de seis equipes multidisciplinares vinculadas ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), três equipes de Atenção Domiciliar e duas Academias da Saúde (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Os CSF desempenham um papel fundamental na garantia do acesso ao SUS, incluindo a utilização de tecnologias diversas no cuidado com os usuários. A presença da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) nos territórios de atuação da ESF soma-se ao coletivo de profissionais, dando conformação a equipes multiprofissionais ampliadas para o desenvolvimento de ações interprofissionais (SOBRAL, 2017).

A Atenção Especializada à Saúde Bucal em Sobral dispõe de dois serviços que se configuram como pontos de atenção à saúde, considerando a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde adotada pelo município, tais como: Centro de Especialidades Odontológicas Municipal Sanitarista Sérgio Arouca (CEO-M) e Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral Reitor Ícaro de Sousa Moreira (CEO-R) (SOBRAL, 2017).

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO-M) é um serviço voltado ao atendimento exclusivo da população sobralense por meio da oferta de serviços especializados. Sua inauguração ocorreu em 17 de março de 2004, uma data histórica não só para o município de Sobral, mas para todo o Brasil, pois durante a inauguração foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, sendo o CEO de Sobral o primeiro do Brasil vinculado a este programa. Atualmente são ofertadas ações referentes às seguintes especialidades: periodontia, cirurgia oral menor/estomatologia, endodontia, prótese dentária e ortodontia.

Em 2009, a Universidade Federal do Ceará (UFC) estabeleceu, com o Governo do Estado do Ceará, uma parceria para a implementação da Clínica Odontológica do Curso de Odontologia da UFC – Campus Sobral e a implantação do CEO-R, com o objetivo de ampliar a atenção especializada em todo o Estado, a partir das Regiões de Saúde, congregando num mesmo espaço assistência e academia (PINTO, 2014).

O CEO-R atende pacientes de 24 municípios que formam a Macrorregião de Sobral, compondo a 11ª Região de Saúde (11ª CRES) no Ceará. A população desta região está estimada em 629.957 habitantes, tendo como composição municipal: Alcântaras, Cariré, Catunda, Coreaú, Forquilha, Frecheirinha, Graça, Groaíras, Hidrolândia, Ipu, Irauçuba, Massapê,

Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Pires Ferreira, Reriutaba, Santa Quitéria, Santana do Acaraú, Senador Sá, Sobral, Uruoca e Varjota (CPSMS, 2021).

Para atender essa demanda, o CEO-R de Sobral dispõe de 22 equipes odontológicas, sendo 20 na clínica integrada e duas no anexo, onde funcionam a clínica de cirurgia e de pacientes com necessidades especiais (PNE), e conta com 22 cirurgiões dentistas, sendo divididos nas seguintes especialidades: 06 endodontia, 03 cirurgia oral menor/estomatologia, 04 prótese/dor orofacial, 02 periodontia, 04 ortodontia, 02 atendimento a pacientes com necessidades especiais, 01 odontopediatria e, ainda, o Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico / Radiodiagnóstico (CPSMS, 2021).

### **4.3 Participantes do Estudo**

O estudo foi desenvolvido com pacientes atendidos pelos Centros de Saúde da Família de Sobral da zona urbana e do Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral que aceitaram participar da pesquisa, a partir da ciência e anuência expressas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A escolha pelo CEO-R se dá pela importância desse equipamento de saúde na 11ª Região de Saúde do Estado do Ceará, a segunda região mais populosa do estado, pois há um grande incremento na oferta em serviços de atenção especializada em Saúde Bucal, uma vez que esta unidade se apresenta com a maior entre todas as estruturas de CEO do estado do Ceará.

Para definição dos participantes, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: pacientes atendidos pelo menos uma vez no Centro de Saúde da Família de Sobral ou no Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral, ter idade igual ou superior a 18 anos e residentes na regional de saúde de Sobral.

Como critérios de exclusão: pacientes portadores de necessidades especiais, tais como: limitações sensitivas com diagnóstico, por exemplo, os deficientes visuais e auditivos, limitações motoras, cognitivas, psíquicas, portadores de síndromes, pois esses fatores podem impactar desfavoravelmente os resultados dessa pesquisa.

### **4.4 Desenho Amostral**

#### *4.4.1 Tamanho amostral*

Para o cálculo amostral, utilizou-se a ferramenta “calculadora amostral”, no site Comento (2018). Assim, o tamanho da amostra ocorreu em dois passos: cálculo amostral de

pacientes no CEO-R de Sobral e nos Centros de Saúde da Família de Sobral.

#### 4.4.1.1 Cálculo amostral de pacientes a serem entrevistados no CEO-R de Sobral

Para o cálculo amostral de pacientes a serem entrevistados no CEO-R de Sobral, os dados foram coletados através do SIGES (Sistema Integrado de Gestão em Saúde). Primeiramente fez-se o cálculo da expectativa do universo amostral de pacientes que serão atendidos no ano de 2021. Para tanto, calculou-se a média de pacientes atendidos entre agosto e dezembro de 2020, após reabertura dos serviços durante a pandemia de COVID-19, multiplicado por 12 meses (expectativa 2021). Utilizou-se a quantidade de atendimentos de agosto a dezembro devido este período assemelhar-se ao fluxo em 2021, após as mudanças nos protocolos de biossegurança. Assim, foi utilizado o universo amostral 6.677, prevalência de 50%, erro de 5% e nível de confiança de 95%, resultando no cálculo amostral de **238 pacientes** do CEO-R (devido aos arredondamentos dos números fracionados, resultou em **241 pacientes**), estratificados pelas seguintes especialidades: Endodontia, PNE, Periodontia, Prótese, Cirurgia e Ortodontia (Quadro 1).

**Quadro 1** - Planejamento do cálculo amostral dos pacientes a serem entrevistados CEO-R. Sobral-CE, 2021.

Especialidade	2020 (agosto a dezembro)	Média mensal (agosto a dezembro)	Expectativa de atendimento em 2021 (uma produção mensal x12)*	Amostra estratificada por especialidade*
ENDODONTIA	488	97,6	1172	42
PNE	145	29	348	13
PERIODONTIA	103	20,6	248	9
PRÓTESE	603	120,6	1448	52
CIRURGIA	202	40,4	485	18
ORTODONTIA	1240	248	2976	107
TOTAL	2781	556,2	6.677	<b>241</b>

\*Quando número fracionado, este foi arredondado para o próximo número inteiro.

#### 4.4.1.2 Cálculo amostral de pacientes a serem entrevistados nos Centros de Saúde da Família

Já para o cálculo amostral de pacientes a serem entrevistados na Atenção Primária, mais especificamente nos Centros de Saúde da Família, os dados foram coletados pelo sistema de Gestor Municipal no e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS). Inicialmente, fez-se o cálculo da expectativa do universo amostral de pacientes que serão atendidos no ano 2021. Para tanto,

calculou-se a média de pacientes atendidos de agosto a dezembro de 2020, após a reabertura dos serviços durante a pandemia de COVID-19, multiplicado por 12 meses (expectativa 2021).

**Quadro 2** - Planejamento do cálculo amostral dos pacientes a serem entrevistados nos Centros de Saúde da Família da zona urbana. Sobral-CE, 2021.

Centros de Saúde da Família	2020 (agosto a dezembro)	Média mensal (agosto a dezembro)	Expectativa de atendimento em 2021 (uma produção mensal x 12)*	Amostra estratificada por CSF*
1. CSF ALTO DA BRASÍLIA	599	119,8	1438	13
2. CSF ALTO DO CRISTO	384	76,8	922	8
3. CSF CAIC	550	110	1320	12
4. CSF CAIÇARA	969	193,8	2326	21
5. CSF CAMPO DOS VELHOS	695	139	1668	15
6. CSF CENTRO	162	32,4	389	4
7. CSF COELCE	620	124	1488	14
8. CSF COHAB II	667	133,4	1601	15
9. CSF COHAB III	23	4,6	56	1
10. CSF SANTO ANTONIO	430	86	1032	9
11. CSF DOM EXPEDITO	456	91,2	1095	10
12. CSF ESTACAO	32	6,4	77	1
13. CSF EXPECTATIVA	1891	378,2	4539	41
14. CSF JUNCO	807	161,4	1937	18
15. CSF NOVO RECANTO	209	41,8	502	5
16. CSF PADRE PALHANO	210	42	504	5
17. CSF PEDRINHAS	426	85,2	1023	9
18. CSF SINHA SABOIA	146	29,2	351	3
19. CSF SUMARE	489	97,8	1174	11
20. CSF TAMARINDO	197	39,4	473	4
21. CSF TERRENOS NOVOS 1	376	75,2	903	8
22. CSF TERRENOS NOVOS 2	443	88,6	1064	10
23. CSF VILA UNIAO	462	92,4	1109	10
<b>TOTAL</b>	<b>11.243</b>	<b>2248,6</b>	<b>26.991</b>	<b>244 (247)</b>

\*Quando número fracionado, este foi arredondado para o próximo número inteiro.

Utilizou-se a quantidade de pacientes atendidos de agosto a dezembro devido este período assemelhar-se ao fluxo em 2021, após as mudanças nos protocolos de biossegurança. Assim, foi utilizado o universo amostral 26.991, prevalência de 50%, erro de 5% e nível de

confiança de 95%, resultando no cálculo amostral de **244 pacientes** (devido aos arredondamentos dos números fracionados, resultou em **247 pacientes**). Para a estratificação dos pacientes na amostra, utilizou-se a expectativa de atendimento em 2021 de todos os Centros de Saúde da Família da zona urbana de Sobral (Quadro 2).

Portanto, tem-se o quantitativo de pacientes a serem entrevistados no CEO-R de Sobral: **241** e a quantidade de pacientes a serem entrevistados nos Centros de Saúde da Família: **247**, perfazendo o total de **488** entrevistas.

#### *4.4.2 Seleção amostral*

Utilizamos da técnica da Amostra não-probabilística (Conveniência). Esta técnica é muito comum e consiste em selecionar uma amostra da população que seja acessível. Ou seja, os indivíduos empregados nesta pesquisa são selecionados porque eles estão prontamente disponíveis, não porque eles foram selecionados por meio de um critério estatístico.

Nesse tipo de amostragem são respondentes convenientes ou acessíveis ao pesquisador e pode representar um meio eficiente de se obter as informações necessárias para a pesquisa (GIL, 2010).

### **4.5 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada entre o período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022, por meio da aplicação da agregação dos seguintes formulários: condições socioeconômicas e demográficas e o questionário para Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (Questionnaire for Quality Evaluation of Oral Health – QASSaB), validado para utilização em serviços de saúde brasileiros.

O QASSaB baseia-se no modelo de avaliação da qualidade proposto por Donabedian, composto por 24 questões, abrangendo 10 dimensões da qualidade: Disponibilidade dos Serviços, Resolutividade, Ambiente Físico do Serviço–Limpeza, Relações Humanas (Relações com Profissionais de Saúde), Relações Humanas (Relação Dentista/Paciente), Qualidade Técnico-Científica dos Equipamentos, Eficiência, Eficácia, Equidade e Aceitabilidade. As respostas são fechadas, utilizando uma escala tipo Lickert em que as respostas com relação à qualidade variam de maneira ordinal, com intervalos regulares de 0 a 5.

A coleta de dados foi efetivada na rotina diária dos Centros de Saúde da Família da sede da cidade de Sobral e do CEO-R, com a participação de duas bolsistas financiadas pelo



Programa de Incentivo à pesquisa da Fiocruz-Ceará (PIP). Os usuários foram abordados quando estavam na sala de espera das consultas, de forma a não prejudicar o funcionamento dos serviços.

A abordagem dos pesquisadores foi clara, específica e direta, explicando as motivações e objetivos da pesquisa, a fim de contextualizar os participantes e motivá-los a contribuir com o estudo, informando os riscos e os benefícios da sua participação.

Em virtude do atual contexto epidemiológico, foram tomados alguns cuidados no que concerne à biossegurança. Foram abordados os usuários que já estavam na unidade para algum atendimento e já tenham utilizado pelo menos uma vez os serviços de saúde bucal, conforme descrito anteriormente. Para tanto, os pesquisadores que fizeram a coleta de dados estiveram em uso de máscaras, com adequada higienização das mãos e sem contato físico com os participantes. As canetas utilizadas para as assinaturas do TCLE foram higienizadas logo após cada uso.

#### **4.5 Análise dos dados**

Os questionários foram processados através do programa Epidata 3.1, com a validação de dupla digitação. O banco de dados foi exportado para o programa STATA 13.0, em que foram realizadas medidas de frequência e associação com significância estatística p-valor 95%.

Foi realizada a associação entre as variáveis independentes (fatores sociodemográficos da população, como sexo, idade, renda, escolaridade e moradia) com as variáveis dependentes (disponibilidade, resolutividade, ambiente físico e limpeza, relações humanas com outros profissionais de saúde, relações humanas dentista-paciente, eficácia, eficiência, qualificação técnico científico e aceitabilidade).

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto foi submetido para apreciação da Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral, por meio do Sistema Integrado da Comissão Científica (SICC). Posteriormente, após aprovado, foi cadastrado na Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em que foi aprovado com parecer nº 5.072.808. A coleta de dados iniciou após aprovação no Comitê de Ética e consentimento livre e esclarecido dos participantes.

Registra-se, portanto, que este estudo seguiu a Resolução de 466/12 do Conselho

Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os princípios fundamentais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do trabalho (BRASIL, 2012).

A autonomia do estudo se cumpre na medida em que se informam os objetivos e propósitos da pesquisa, assim como possíveis riscos e benefícios. Foi assegurada, também, a decisão voluntária de participar do estudo, além disso, o/a participante pôde se retirar a qualquer momento deste, sem nenhum ônus ou prejuízos, especificamente se encontrasse dificuldades para continuar. A pesquisa utilizou o instrumento Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB), caso o participante concordasse, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto ao princípio da não maleficência, acredita-se que a pesquisa apresentou riscos mínimos, somente algum desconforto psicológico ou constrangimento ao responder o instrumento, uma vez que poderiam não conseguir interpretar as questões, por exemplo. Para suprir esses riscos, o pesquisador comprometeu-se a buscar uma comunicação adequada e realizar todos os esclarecimentos necessários.

Assim, acredita-se que ao responder o instrumento até onde e como conseguiu, o/a participante teve mais benefícios do que efeitos desagradáveis, especificamente pelas contribuições, uma vez que a pesquisa trouxe subsídios de como cuidar melhor desse grupo. Desta forma, o princípio da beneficência foi utilizado nesta pesquisa, pois os seus resultados contribuirão com a melhoria na atenção à saúde bucal, ao produzir conhecimento sobre os serviços de saúde bucal na atenção primária e secundária. O pesquisador firmou o compromisso de dar devolutiva aos participantes que tiverem interesse em obtê-lo.

E por fim, a pesquisa garantiu o princípio da justiça aos participantes, que tiveram direitos de igualdade ou, ainda, na perspectiva da equidade, relativa a tratamento desigual compatível com a desigualdade individual ou social, no sentido de superá-las.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para esta dissertação, o capítulo de **Resultados e Discussão** está apresentado no modelo de artigo científico para a submissão ao periódico Cadernos de Saúde Coletiva, seguindo as orientações do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

### **Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal sob a Perspectiva dos Usuários da Atenção Primária e Secundária**

#### **Introdução**

Uma das formas de avaliar os serviços de saúde é por meio da percepção dos usuários. A partir do final da década de 1970, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos da América (EUA), vários movimentos deram aos pacientes um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde. Aos poucos, o termo “satisfação do usuário” passou a denominar um conjunto amplo e heterogêneo de pesquisas, com o objetivo de saber a opinião dos usuários de serviços de um modo geral, assim como nas pesquisas de avaliação em saúde<sup>1</sup>.

Com Donabedian,<sup>2</sup> a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e da comunidade. A qualidade passou a ser observada a partir desses três ângulos, de forma complementar e, ao mesmo tempo, independente. O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os pacientes – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A partir de então, os usuários não puderam mais ser ignorados, e a ideia de satisfação do paciente como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si, e não apenas um meio de produzir a adesão do paciente ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos anteriores.<sup>1,2</sup>

A Odontologia no Brasil, em seu contexto histórico, tem a sua prática voltada para o setor privado. A esfera pública, que até os anos 1950 limitava-se à regulação da prática profissional, progressivamente passou a oferecer assistência odontológica apenas para os escolares, enquanto o restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Por aproximadamente cinquenta anos, a população brasileira esteve desassistida no que se refere às ações e aos serviços públicos odontológicos.<sup>3,4</sup>

Em resposta a essa ausência de assistência, o Governo Federal criou, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente (PNSB), assumindo um importante papel

de indução do crescimento da oferta de serviços de saúde bucal nos municípios e estados, estabelecendo linhas de financiamento específicas para a criação de novas Equipes de Saúde Bucal (eSB), para construção e implementação de centros de atenção secundária e terciária, dentre outras ações, que fizeram do Brasil Sorridente uma das maiores políticas públicas de saúde bucal do mundo.<sup>5</sup>

Com a implantação da PNSB, houve significativa expansão das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), visto a desproporção entre a oferta de procedimentos odontológicos básicos e especializados.<sup>6</sup>

Assim, visando à integralidade do cuidado e garantia do acesso ao serviço odontológico, ampliaram-se as eSB (Cirurgião dentista, Técnico de Saúde Bucal e/ou Auxiliar de Saúde Bucal), de modo que estivessem articuladas às equipes da ESF (Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde) e distribuídas por todo o território nacional. Antes da Política, em 2003, eram 6.170 equipes de saúde bucal em 2.787 municípios,<sup>7</sup> já em 2019 esse número aumentou para 26.655, presentes em 5.043 municípios brasileiros. Desta forma, cerca de 90,53% dos municípios do país têm, ao menos, uma das principais linhas de ação da Política Nacional de Saúde Bucal.<sup>8</sup>

Dentro da implantação da PNSB, tem-se a estruturação dos CEO, que são unidades de referência para a Atenção Primária, integrados ao processo de planejamento loco-regional e que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, atendimento aos portadores de necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor.<sup>9</sup> Esses serviços se tornaram uma importante estratégia para a garantia de um atendimento integral na esfera da saúde bucal.<sup>10</sup>

Desse modo, a avaliação da qualidade da assistência na saúde bucal é uma importante ferramenta no planejamento e na gestão dos serviços e sistemas de saúde, tendo em vista que a análise da satisfação na visão dos usuários compreende desde a percepção do indivíduo em relação à saúde até as experiências vivenciadas no setor, permitindo assim, maior adequação e promoção da assistência à saúde a partir das suas necessidades<sup>11,12</sup>.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade dos serviços de saúde bucal ofertados na atenção primária e secundária, na perspectiva da satisfação dos usuários.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, analítico-descritivo e de abordagem quantitativa, seguindo o modelo de Donabedian para avaliação de serviços de saúde.

A pesquisa foi realizada no município de Sobral, Ceará, com população estimada de 188.233 habitantes. Atualmente, o município tem cobertura de 100% na ESF, distribuídas em 37 Centros de Saúde da Família (CSF), sendo que 23 destes estão localizados na zona urbana e 14 na rural, com 70 equipes de eSF e 50 equipes de saúde bucal.

O estudo foi desenvolvido com pacientes atendidos pelo menos uma vez no Centro de Saúde da Família de Sobral da zona urbana ou no Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral, com idade igual ou superior a 18 anos e residentes na regional de Saúde de Sobral. Excluíram-se os pacientes portadores de necessidades especiais, tais como limitações sensitivas com diagnóstico, por exemplo, os deficientes visuais e auditivos, limitações motoras, cognitivas, psíquicas e portadores de síndromes.

Para o cálculo amostral dos usuários entrevistados no CEO-R de Sobral, os dados foram coletados através do SIGES (Sistema Integrado de Gestão em Saúde). Primeiramente fez-se o cálculo da expectativa do universo amostral de pacientes que seriam atendidos no ano de 2021. Calculou-se a média de pacientes atendidos de agosto a dezembro de 2020, multiplicado por 12 meses (expectativa 2021). Assim, foi utilizado o universo amostral de 6.677, prevalência de 50%, erro de 5% e nível de confiança de 95%, resultando no cálculo amostral de 238 pacientes (devido aos arredondamentos dos números fracionados, resultou em 241 pacientes), estratificados pelas seguintes especialidades: Endodontia, PNE, Periodontia, Prótese, Cirurgia e Ortodontia.

Já para o cálculo amostral nos Centros de Saúde da Família, os dados foram coletados pelo sistema de Gestor Municipal no e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), utilizando o mesmo cálculo da expectativa do universo amostral realizado no CEO-R. Assim, foi utilizado o universo amostral de 26.991, resultando no cálculo amostral de 244 pacientes (devido aos arredondamentos dos números fracionados, resultou em 247 pacientes), estratificados de todos os Centros de Saúde da Família da zona urbana de Sobral. Portanto, perfazendo o total de 488 entrevistas. Para a seleção amostral, utilizamos a técnica da amostra não-probabilística (Conveniência).

Na coleta de dados, 491 usuários foram entrevistados, sendo 248 em 23 Centros de Saúde da Família da zona urbana do município de Sobral e 243 no Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral, no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022. Os usuários foram abordados quando estavam na sala de espera das consultas de forma a não prejudicar o funcionamento dos serviços.

A coleta de dados foi efetivada na rotina diária por meio da aplicação da agregação dos seguintes formulários: condições socioeconômicas e demográficas e o questionário para Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (*Questionnaire for Quality Evaluation of Oral Health – QASSaB*), validado para utilização em serviços de saúde brasileiros. O QASSaB baseia-se no modelo de avaliação da qualidade proposto por Donabedian, composto por 24 questões, abrangendo 10 dimensões da qualidade: Disponibilidade dos Serviços, Resolutividade, Ambiente Físico do Serviço–Limpeza, Relações Humanas (Relações com Profissionais de Saúde), Relações Humanas (Relação Dentista/Paciente), Qualidade Técnico-Científica dos Equipamentos, Eficiência, Eficácia, Equidade e Aceitabilidade. As respostas são fechadas, utilizando uma escala tipo Lickert, em que as respostas com relação à qualidade variam de maneira ordinal, com intervalos regulares de 0 a 5, em que 0 indicava “não se aplica”, 1 “pior condição de satisfação”, sendo uma visão negativa do serviço, e 5 “melhor condição de satisfação”.

Os questionários foram processados através do programa Epidata 3.1, com a validação de dupla digitação. O banco de dados foi exportado para programa STATA 13.0, em que foram realizadas medidas de frequência e associação com nível de significância estatística de 95%. Para avaliação do QASSaB por domínio, calcularam-se as frequências simples e percentuais dos valores agrupados das respostas possíveis em (5/4) “muito satisfeito”, (3) satisfeito e (1/2) insatisfeito, e aplicado o teste de qui-quadrado. Para análise total do QASSaB, calculou-se a média, desvio-padrão e intervalo de confiança de 95% e analisada a associação com as variáveis independentes local de atendimento (CSF ou CEO-Sobral), fatores sociodemográficos da população (sexo, idade, estado marital, renda, escolaridade, tipo de moradia, religião), quantidade de vezes atendidos, através dos testes t e anova.

O projeto seguiu todos os preceitos éticos constantes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), conforme parecer nº 5.072.808, sendo igualmente aprovado pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral.

## **Resultados**

Ao final deste estudo, registrou-se que a idade dos entrevistados variou entre 18 e 85 anos, com uma média de 31,52 anos (DP = 13,82). A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (356 - 72,51%), adultos jovens entre 18 e 30 anos (281; 57,23%), solteiros (283;

57,64%), residindo em casa própria (363; 73,93%) e adeptos da religião católica (405; 82,48%) (Tabela 1).

Quanto ao nível de escolaridade, a amostra foi constituída por um percentual significativo de indivíduos com mais de sete anos de estudos, até 2º grau completo (399 - 81,26%) e apenas 1 (0,2%) analfabeto. Com relação aos indicadores socioeconômicos, observou-se que 432 (87,98%) da amostra é composta por indivíduos com renda mensal entre ½ e 2 salários-mínimos e apenas 12 (2,49%) não possuíam nenhuma renda (Tabela 1).

Ao compararmos os usuários da atenção primária (CSF) e atenção secundária (CEO), verifica-se que nas variáveis (independentes) sexo, faixa etária, estado marital, escolaridade, renda familiar e tipo de moradia há diferenças estatisticamente significativas entre os serviços públicos de saúde bucal em análise ( $p < 0,05$ ). Percebe-se que há uma presença maior de usuários do CSF (161-64,92%) na faixa etária 18-30 anos em detrimento da porcentagem do CEO (120 - 49,38%). Observa-se também que a renda familiar com até um salário-mínimo é maior entre os usuários do CEO (162 - 66,66%) em relação aos usuários do CSF (82 - 33,06%). Quanto ao nível de escolaridade (2º grau completo), há uma diferença expressiva entre os serviços CSF (189 - 76,21%) e CEO (126 - 51,85%) (Tabela 1).

Com o objetivo de conhecermos a frequência com que estão sendo utilizados os serviços públicos de saúde bucal e quais os motivos que levaram os usuários a utilizar o serviço, 248 (50,51%) relataram que tinham utilizado de 2 a 5 vezes, sendo destes, 153 (61,69%) do CSF e 95 (39,09%) do CEO. Já os entrevistados que afirmaram ter comparecido mais de 5 vezes, somam-se 214 (43,58%), sendo destes, 133 (54,73%) do CEO e 81 (32,66%) do CSF. Os principais motivos que os levaram a buscar os serviços na atenção primária foram: revisão/prevenção (144 - 58,06%), dor (68 - 27,42%) e extração (32 - 12,90%), enquanto na atenção secundária os motivos são a busca de tratamentos especializados (239 - 98,35%), seguido de revisão/prevenção (3 - 1,23%) e extração (1 - 0,41%).

Na tabela 2 foram agrupadas cinco dimensões: disponibilidade dos serviços, resolutividade, ambiente físico do serviço-limpeza, relação com profissionais de saúde e relações humanas (relação dentista/paciente) nos quais estão descritos os resultados referentes à satisfação dos usuários dos serviços de saúde bucal do CSF e CEO. Realizada uma análise comparativa entre o serviço de saúde bucal da CSF e o serviço de saúde bucal especializado do CEO, todas dimensões do QASSaB supracitadas apresentaram diferença estatisticamente significativa.

No que se refere à dimensão disponibilidade de serviços, nas questões de obtenção de vagas e intervalo de tempo entre marcações de consultas, podemos observar um resultado

negativo em ambos os serviços. No quesito obtenção de vaga, a porcentagem de usuários que respondeu como “difícil” ou “muito difícil” foi, no CEO, de (93 - 38,43%), e no CSF (77 - 31,05%); porcentagem diferentes podemos observar também nos usuários do CSF (104 - 41,94%) e do CEO (69-28,51%), que classificaram como “nem difícil nem fácil”. Já na questão de intervalo de tempo para marcação entre consultas, foi considerada “longo” ou “muito longo” pelos usuários do CSF (128 - 51,61%); diferente dos usuários do CEO, onde somente 35 (15,49%) classificaram desta forma (Tabela 2).

Na dimensão resolutividade, questão problema resolvido, presenciamos uma alta porcentagem com a respostas “muito bem resolvido ou resolvido” (356 - 72,65%), sendo a resolutividade maior no CEO (190 - 78,51%) do que no CSF (166 - 66,94%). Em relação à dimensão ambiente físico do serviço e limpeza, observa-se também uma alta satisfação, sendo que 90,43% (444) consideram como “excelente” ou “boa” a limpeza da sala de espera, 88,75% (434) a limpeza do consultório, 80,85% (342) a limpeza dos banheiros e 90,84% (446) sentem-se confortável/muito confortável ou totalmente confortável nos CSF e CEO.

No tocante à dimensão, relações humanas (dentista x paciente), questão tratamento do dentista, a maioria dos usuários do CSF (225 - 90,73%) referiu-se à atenção recebida como “excelente” ou “boa”, enquanto no CEO esse percentual foi de 99,59% (240) (Tabela 2).

Na Tabela 3 foram agrupadas as cinco outras dimensões: qualidade técnico-científica dos equipamentos, eficiência, eficácia, equidade e aceitabilidade. As dimensões supracitadas do QASSaB apresentaram diferença estatisticamente significativa, porém, somente na dimensão eficácia (questão do uso de equipamentos de proteção individual) não apresentou diferença estatisticamente significativa.

No que tange à atualização tecnológica, na dimensão da qualidade técnico-científica, o CSF e o CEO apontam maioria positiva, com 81,50% (201) e 92,17% (212), respectivamente, classificando os equipamentos como “supermoderno” ou “moderno”. Na dimensão eficácia, observa-se um alto percentual dos usuários, de ambos os serviços, CEO (235 - 97,51%) e CSF (233 - 93,95%), relatando “não sentir nada” ou “sentir pouco desconforto” durante o tratamento, entretanto, observou-se que a maioria dos usuários do CSF (149 - 60,32%) responderam que o dentista “raramente” ou “nunca” realiza prevenção das doenças bucais, já o contrário é verificado nos usuários do CEO (128 - 58,45%) com a resposta de “sempre” ou “quase sempre” (Tabela 3).

Por sua vez, na dimensão aceitabilidade, 449 (92,39%), sendo CSF 237 (95,56%) e CEO 212 (89,08%) pacientes afirmam que o dentista sempre explica ou na maioria das vezes explica a opção de tratamento, e 285 (60,51%), sendo que no CSF 110 (44,35%) e no CEO 175



(78,48%) responderam que o dentista pede a opinião sempre ou na maioria das vezes sobre o melhor horário ou dia da semana para a marcação de consultas.

Quanto ao escore médio geral do QASSaB, numa escala que varia de 1 a 5, a média obtida foi 2,89, com desvio padrão de 0,04, enquanto uma média do CSF foi 2,93 e do CEO foi 2,84, sem diferença significativa entre os dois locais. Observa-se uma tendência de maior nível de satisfação do sexo masculino (3,02; DP=0,08), na faixa etária entre 51-85 anos (3,08; DP=0,11), solteiro (2,96; DP=0,05), com renda entre 2 e 3 salários mínimos (2,95; DP=0,06), moradores de casas alugadas (2,95; DP=0,09) e com universidade incompleta/completa e pós-graduação (2,95; DP=0,11) (Tabela 4).

## **Discussão**

No que diz respeito aos dados socioeconômicos do presente estudo, nota-se uma alta porcentagem do sexo feminino, demonstrando a importância das mulheres como usuárias das unidades de saúde e como cuidadoras da sua saúde. Segundo a pesquisa nacional por amostra de domicílios<sup>13</sup>, identificou-se que 70% da população que busca serviços de saúde bucal é do sexo feminino. Essa realidade já foi observada em outros estudos de satisfação de usuários de serviços de saúde bucal<sup>14,15,16</sup> e em estudos de prevalência do uso de serviços odontológicos no Brasil.<sup>17</sup>

A maior disponibilidade de tempo para comparecer às unidades de saúde pública no horário de funcionamento também seria outro fato que pode estar relacionado.<sup>18</sup> Apesar de os homens possuírem maiores taxas de morbimortalidade, eles resistem mais a buscar a assistência primária, um dos motivos da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde.<sup>19</sup>

De acordo com os resultados do último levantamento das condições de saúde bucal do brasileiro,<sup>20</sup> o CPOD médio na faixa etária de 65 a 74 anos foi de 27,53, sendo o componente perdido responsável por cerca de 90% do índice. O mesmo levantamento constatou que 23,9% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total dupla. Logo, a baixa porcentagem da população idosa (61 - 12,42%) no estudo revela um menor acesso dessa população aos serviços de saúde bucal, pois a perda dentária ainda pode ser entendida como um resultado natural do processo de envelhecimento, o que desmotiva o indivíduo para a procura por serviços. Este fato pode ser observado no estudo,<sup>21</sup> onde se afirma que menores proporções de necessidade de tratamento foram relatadas entre a população idosa.

A baixa renda e pouca escolaridade encontrada entre os participantes do presente estudo pode influenciar na satisfação com o serviço, logo o receio de ser punido no atendimento, aliado ao sentimento de gratidão do usuário pelo serviço gratuito, ou ainda a impossibilidade de acesso a outro serviço, são alguns fatores que podem explicar a avaliação positiva por pacientes.<sup>15</sup> A relutância de usuários em expressar opiniões negativas tem sido descrita como explicação para a alta satisfação. Normas de cortesia, como obrigações sociais em mostrar respeito à autoridade (aos profissionais de saúde e ao pesquisador) ou entender a crítica como comentário que demonstra inconveniência social podem estar associados ao padrão positivo das respostas de satisfação.<sup>22,23</sup>

Sobre a dimensão disponibilidade dos serviços, particularmente, a obtenção de vagas é considerada uma condição importante para a avaliação que os usuários fazem dos referidos serviços, pois a demora para a obtenção do atendimento é um ponto importante a ser considerado em estudos sobre avaliações de serviços de saúde. Achados semelhantes do nosso estudo foram observados em um estudo sobre a avaliação dos serviços de saúde bucal na ESF.<sup>24</sup>

Na dimensão resolutividade podemos notar que há uma alta porcentagem dos usuários que têm acesso aos serviços e consideraram seus problemas como resolvidos. É fato que a análise da resolutividade pela ótica do usuário, nesse sentido pode ser fragilizada, pois este geralmente leigo, resumindo a resolução de seu problema, basicamente à eliminação da dor. Esses achados corroboram aqueles encontrados em pesquisas de satisfação dos usuários com atenção em saúde bucal na estratégia saúde da família<sup>25</sup> e em pesquisa de satisfação dos usuários em centros de especialidades odontológicas.<sup>26</sup>

A atenção no tratamento recebido pelo profissional (dimensão relação dentista-paciente), registrada como excelente ou boa por 95,09%, e o grau de confiança, registrado como excelente ou bom por 91,60% dos respondentes, demonstra alta satisfação em relação ao trabalho dos profissionais. Este resultado revela que a relação do profissional com o usuário é um elemento primordial do trabalho em saúde, legitimando o vínculo e a abordagem centrada na pessoa como eixos principais no aprimoramento do cuidado integral em saúde.<sup>15</sup> Por outro lado, sabemos que o baixo nível socioeconômico da população pode ter influência no estudo, contribuindo para uma menor exigência em relação a diversas dimensões.<sup>27</sup>

Na dimensão eficácia, sobre a frequência que o dentista ensina a prevenir doenças bucais, observou-se que a maioria dos usuários do CSF responderam que o dentista “raramente” ou “nunca” realiza prevenção das doenças bucais. Essa informação é importante em se tratando de ESF, onde a promoção de saúde deveria ser o foco principal das ações em saúde bucal. As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal defendem uma reorganização da atenção em

saúde bucal em todos os níveis de atenção, focando numa concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco.<sup>6</sup>

Em estudos que avaliaram a satisfação dos usuários que utilizaram o instrumento do QASSAB,<sup>4,14,16,24,26</sup> evidenciou-se que a maioria dos usuários está satisfeita com os serviços oferecidos em diferentes níveis de atenção. Nesses estudos, observou-se, por um lado, que a satisfação dos usuários esteve relacionada tanto à maneira como eles são tratados, quanto com os aspectos técnicos da assistência propriamente ditos.

O processo de avaliação dos serviços de saúde, entretanto, não pode ser considerado um fim, mas um início de um momento em que um julgamento é elaborado, e, a partir daí, desencadeia um movimento de transformação na busca pela melhoria da qualidade do atendimento.<sup>4</sup>

## **Conclusão**

Os resultados mostram avaliações positivas em relação às dimensões ambiente físico, relação com profissionais de saúde, relações humanas (dentista/paciente), aceitabilidade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade e qualidade técnico-científica dos equipamentos, porém foram avaliadas negativamente as dimensões disponibilidade do serviço (obtenção de vaga e intervalo de tempo para marcação) e eficácia (frequência das ações de prevenção). Reflete uma realidade muito comum no panorama brasileiro dos serviços de saúde bucal com problemas de acessibilidade e resolutividade, apesar deste estudo ser regional.

Revelou que a maioria da população estudada se encontra satisfeita com as dimensões da qualidade, apresentando um alto percentual de satisfação com o serviço de saúde oferecido no CSF e CEO.

## **Referências**

1. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. Saúde Colet*; 2005;10(3):599-613.
2. Donabedian A. La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación. México: La prensa médica mexicana; 1984.

3. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev. Saúde Públ.*; 2006; 40(spe):141-147.
4. Magalhaes BG, *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. *Cad. Saúde Colet.*; 2015.23(1):76-85.
5. Pucca JR GA, *et al.* Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J. Dent. Res.*; 2015; 94(10):1333-1337.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal; 2004.
7. Gabriel, M *et al.* Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Ciênc. Saúde Colet.*; 2020; 25(3):859-868.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal reforça a importância da promoção da saúde da boca; 2019.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599. Define a implantação de especialidades odontológicas (CEO) e de laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento; 2006.
10. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*; 2009; 25(2):259-267.
11. Lima AC, Cabral ED; Vasconcelos MM. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*; 2010; 26(5):991-1002.
12. Moimaz SA *et al.* Satisfação e perfil de usuários do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde. *Revista da Faculdade de Odontologia – UPF*; 2015; 20(3):334-339.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde, IBGE; 2005.
14. Kitamura ES. Avaliação da satisfação dos usuários assistidos pelos centros de especialidades odontológicas [Dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013.
15. Cerdeira LC. Satisfação dos usuários em equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família no município de Piraí-RJ [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2015.
16. Claro JM. Satisfação aos atendimentos odontológicos no SUS: a visão do usuário [Dissertação]. São José do Campos: Universidade Estadual Paulista; 2018.
17. Soares FF, Chaves SC, Cangussu MC. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Rev Panam Salud Publica*; 2013; 34(6):401–406.
18. Fagundes ML, *et al.* Desigualdades socioeconômicas no uso de serviços odontológicos no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. *Rev. bras. Epidemiol [online] [Internet]*; 2021 [cited 2022 Aug 12]; 24 (suppl 2):1-15. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004.supl.2>.
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
21. Peres KG, *et al.* Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública*; 2012; 46(2):250-258.
22. Atkinson S, Medeiros RL. Explanatory models of influences on the construction and expression. of user satisfaction. *Soc Science Med.*; 2009; 68(11):2089-2096.
23. Esperidião MA, Viera-da-Silva LM. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. *Saúde Debate*; 2018; 42(spe2): 331-340.

24. Brunhauser AL, Magro ML, Neves M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. RFO; 2013; 18(1):24-31.
25. Moimaz SAS, Burili MC, Bordin D, Garbin CAS, Saliba TA, Saliba NA. Satisfação dos usuários segundo variáveis de organização dos serviços públicos odontológicos. Arch Health Invest.; 2017; 6(1):14-19.
26. Costa EB, Carneiro JD, Oliveira AM. Satisfação dos usuários assistidos em quatro centros regionais de especialidades odontológicas do Ceará, Brasil. Saúde Debate; 2018; 42(118):631-645.
27. Fernandes LM. Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal – QASSaB [Tese]. Camaragibe: Universidade de Pernambuco; 2002

**Tabela 1** - Caracterização socioeconômica de usuários dos CSF da zona urbana de Sobral e do Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral. Sobral-CE, 2022.

Variáveis	Total		CSF		CEO-Sobral		p-valor
	N	%	n	%	n	%	
<b>Gênero</b>							
Masculino	135	27,49	78	31,45	57	23,46	0,047
Feminino	356	72,51	170	68,55	186	76,54	
<b>Faixa etária (anos)</b>							
18-30	281	57,23	161	64,92	120	49,38	0,000
31-50	149	30,35	54	21,77	95	39,09	
51-85	61	12,42	33	13,31	28	11,52	
<b>Estado Marital</b>							
Solteiro (não mora com ninguém)	283	57,64	158	63,71	125	51,44	0,039
Casado (mora com alguém)	194	39,51	85	34,27	109	44,86	
Divorciado	10	2,04	3	1,21	7	2,88	
Viúvo	4	0,81	2	0,81	2	0,82	
<b>Escolaridade</b>							
Analfabeto	1	0,2	0	0	1	0,41	0,000
1º grau incompleto	24	4,89	4	1,61	20	8,23	
1º grau completo	17	3,46	5	2,02	12	4,94	
2º grau incompleto	43	8,76	23	9,27	20	8,23	
2º grau completo	315	64,15	189	76,21	126	51,85	
Universidade incompleta	63	12,83	22	8,87	41	16,87	
Universidade completa	26	5,3	5	2,02	21	8,64	
Pós-graduação	2	0,41	0	0	2	0,82	
<b>Renda</b>							
1/2 SM	64	13,03	10	4,03	54	22,22	0,000
até 1 SM	180	36,66	72	29,03	108	44,44	
até 2 SM	188	38,29	133	53,63	55	22,63	
até 3 SM	40	8,15	24	9,68	16	6,58	
até 4 SM	6	1,22	2	0,81	4	1,65	
5 ou mais 5 SM	1	0,2	0	0	1	0,41	
não tem renda	12	2,49	7	2,82	5	2,06	
<b>Tipo de Moradia</b>							
Alugada	103	20,98	53	21,37	50	20,58	0,009
Emprestada	17	3,46	2	0,81	15	6,17	
Cedida	6	1,22	2	0,81	4	1,65	
Própria	363	73,93	191	77,02	172	70,78	
Própria em (financiada)	2	0,41	0	0	2	0,82	
<b>Religião</b>							
Cristão Católico	405	82,48	210	84,68	195	80,25	0,223
Cristão Evangélico	52	10,59	21	8,47	31	12,76	
Espírita(Kardecista)	3	0,61	0	0	3	1,23	

Matizes africanas	1	0,2	1	0,4	0	0
Sem religião	23	4,68	13	5,24	10	4,12
Outra	7	1,43	3	1,21	4	1,65

---



**Tabela 2** - Avaliação comparativa da satisfação dos usuários dos CSF da zona urbana de Sobral e do Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral nas dimensões de 1 a 5 (Disponibilidade dos serviços; Resolutividade; Ambiente físico do serviço – limpeza; Relação com Profissionais de Saúde; Relações Humanas). Sobral-CE, 2022.

Dimensões	Total		CSF		CEO Sobral		p-valor
	N	%	n	%	N	%	
<b>Dimensão 1- Disponibilidade dos serviços</b>							
<b>Obtenção de vaga</b>							0,008
muito fácil/fácil (5/4)	147	30	67	27,02	80	33,06	
nem difícil nem fácil (3)	173	35,31	104	41,94	69	28,51	
difícil/muito difícil (2/1)	170	34,69	77	31,05	93	38,43	
<b>Intervalo de tempo p/ marcação</b>							0,000
muito curto/curto (5/4)	105	22,15	34	13,71	71	31,42	
nem longo nem curto (3)	206	43,46	86	34,68	120	53,1	
longo/muito longo (2/1)	163	34,39	128	51,61	35	15,49	
<b>Tempo de espera entre a chegada e atendimento</b>							0,000
muito curto/curto/ (5/4)	206	41,96	81	32,66	125	51,44	
nem longo nem curto (3)	205	41,75	102	41,13	103	42,39	
longo/muito longo (2/1)	80	16,29	65	26,21	15	6,17	
<b>Dimensão 2 – Resolutividade</b>							
<b>Problema resolvido</b>							0,004
muito bem resolvido/resolvido (5/4)	356	72,65	166	66,94	190	78,51	
mais ou menos resolvido (3)	92	18,78	48	19,35	44	18,18	
mal resolvido/não resolvido (2/1)	42	8,57	34	13,71	8	3,31	
<b>Satisfação aparência dos dentes</b>							0,000
totalmente satisfeito/muito satisfeito (5/4)	99	20,33	12	4,84	87	36,4	
satisfeito (3)	282	57,91	173	69,76	109	45,61	
pouco satisfeito/insatisfeito (2/1)	106	21,77	63	25,4	43	17,99	
<b>Capacidade de mastigação</b>							0,000
totalmente satisfeito/muito satisfeito (5/4)	55	11,22	12	4,84	43	17,77	
satisfeito (3)	306	62,45	179	72,18	127	52,48	
pouco satisfeito/insatisfeito (2/1)	129	26,33	57	22,98	72	29,75	
<b>Dimensão 3 - Ambiente físico do serviço – limpeza</b>							
<b>Limpeza da recepção/ sala de espera</b>							0,000
excelente/boa (5/4)	444	90,43	203	81,85	241	99,18	
regular(3)	44	8,96	42	16,94	2	0,82	
ruim/péssima(2/1)	3	0,61	3	1,21	0	0	
<b>Limpeza do consultório</b>							0,000
excelente/boa(5/4)	434	88,75	197	79,44	237	98,34	
regular(3)	54	11,04	50	0,4	4	1,66	
ruim/péssima(2/1)	1	0,2	1	0,4	0	0	
<b>Limpeza dos banheiros</b>							0,000

excelente/boa (5/4)	342	80,85	173	73,31	169	90,37	
regular(3)	75	17,73	59	25	16	8,56	
ruim/péssima(2/1)	6	1,42	4	1,69	2	1,07	
<b>Bem-estar no serviço</b>							0,000
totalmente confortável/muito confortável(5/4)	68	13,85	9	3,63	59	24,28	
confortável(3)	378	76,99	196	79,03	182	74,9	
um pouco desconfortável/desconfortável(2/1)	45	9,16	43	17,34	2	0,82	
<b>Dimensão 4 - Relação com Profissionais de Saúde</b>							
<b>Tratamento na recepção</b>							0,000
excelente/bom (5/4)	354	72,1	125	50,40	229	94,24	
regular(3)	95	19,35	81	32,66	14	5,76	
ruim/péssima (2/1)	42	8,55	42	16,94	0	0	
<b>Tratamento dos profissionais de saúde</b>							0,000
excelente/bom (5/4)	442	90,39	202	82,11	240	98,77	
regular(3)	44	9	42	17,07	2	0,82	
ruim/péssima (2/1)	3	0,61	2	0,81	1	0,41	
<b>Qualidade das informações</b>							0,000
excelente/boa (5/4)	435	88,78	203	82,19	232	95,47	
regular(3)	51	10,41	42	17	9	3,7	
ruim/péssima (2/1)	4	0,82	2	0,81	2	0,82	
<b>Dimensão 5 – Relações Humanas (dentista/paciente)</b>							
<b>Tratamento do dentista</b>							0,000
excelente/bom (5/4)	465	95,09	225	90,73	240	99,59	
regular(3)	24	4,91	23	9,27	1	0,41	
ruim/péssima (2/1)							
<b>Grau de confiança</b>							0,000
excelente/bom (5/4)	447	91,60	210	85,02	237	98,34	
regular(3)	41	8,4	37	14,98	4	1,66	
ruim/péssima(2/1)							

**Tabela 3** - Avaliação comparativa da satisfação dos usuários dos CSF da zona urbana de Sobral e do Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral nas dimensões 6 a 10 (Qualidade Técnico-Científica dos Equipamentos; Eficiência; Eficácia; Equidade; Aceitabilidade). Sobral-CE, 2022.

Dimensões	Total		CSF		CEO Sobral		p-valor
	N	%	n	%	N	%	
<b>Dimensão 6 – Qualidade Técnico-Científica dos Equipamentos</b>							
<b>Atualização tecnológica</b>							
super moderno/moderno (5/4)	413	86,4	201	81,05	212	92,17	0,000
nem uma coisa nem outra (3)	54	11,3	37	14,92	17	7,39	
desatualizado/ultrapassado(2/1)	11	2,3	10	4,03	1	0,43	
<b>Conservação dos equipamentos</b>							
excelente/boa (5/4)	361	74,59	139	56,05	222	94,07	0,000
regular(3)	121	25	108	43,55	13	5,31	
ruim/péssima(2/1)	2	0,41	1	0,4	1	0,42	
<b>Dimensão 7 – Eficiência</b>							
<b>Recompensa pelo recursos gastos pelos usuários</b>							
até demais/muito(5/4)	410	83,5	181	72,98	229	94,24	0,000
mais ou menos(3)	73	14,87	62	25	11	4,53	
pouquíssimo/não valeu a pena(2/1)	8	1,63	5	2,02	3	1,23	
<b>Dimensão 8 – Eficácia</b>							
<b>Uso de equipamentos de proteção individual</b>							
sempre/quase sempre(5/4)	483	98,37	242	97,58	241	99,18	0,353
não me lembro (3)	5	1,02	4	1,61	1	0,41	
as vezes/nunca(2/1)	3	0,61	2	0,81	1	0,41	
<b>Desconforto durante tratamento</b>							
não senti nada/senti pouco desconforto(5/4)	468	95,71	233	93,95	235	97,51	0,052
senti desconforto(3)	20	4,09	15	6,05	5	2,07	
senti muito desconforto/senti total desconforto(2/1)	1	0,2	0	0	1	0,41	
<b>Frequência das ações de prevenção</b>							
sempre/quase sempre(5/4)	198	42,49	70	28,34	128	58,45	0,000
as vezes (3)	68	14,59	28	11,34	40	18,26	
raramente/nunca (2/1)	200	42,92	149	60,32	51	23,29	
<b>Dimensão 9 – Equidade</b>							
<b>Necessidades igualmente atendidas</b>							
igualmente atendidas/ parcialmente atendidas(5/4)	453	93,6	226	91,13	227	96,19	0,054
não me lembro (3)	7	1,45	4	1,61	3	1,27	
diferentemente atendidas/não são atendidas (2/1)	24	4,96	18	7,26	6	2,54	
<b>Dimensão 10 – Aceitabilidade</b>							
<b>Explicação sobre o tratamento</b>							
sempre me explica tudo/na maioria das vezes explica (5/4)	449	92,39	237	95,56	212	89,08	0,016
não me lembro (3)	15	3,09	3	1,21	12	5,04	
raras vezes me explica/nunca me explica nada(1/2)	22	4,53	8	3,23	14	5,88	
<b>Opinião sobre horário de atendimentos</b>							
sempre pede minha opinião/na maioria das vezes pede(5/4)	285	60,51	110	44,35	175	78,48	0,000
não me lembro (3)	13	2,76	7	2,82	6	2,69	
raras vezes pede minha opinião/nunca pediu minha opinião(2/1)	173	36,73	131	52,82	42	18,83	

**Tabela 4** – Número, média, desvio-padrão, intervalo de confiança e p-valor da satisfação (QSSaB) dos usuários dos CSF da zona urbana de Sobral e do Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral. Sobral-CE, 2022.

Variáveis	n	Média	DP	I.C. (95%)	p-valor
<b>Local</b>					0,307*
CSF	248	2,93	0,05	2,83-3,03	
CEO-Sobral	243	2,84	0,06	2,71-2,98	
<b>Sexo</b>					0,048*
Masculino	135	3,02	0,08	2,86-3,19	
Feminino	356	2,83	0,04	2,74-2,93	
<b>Faixa etária (anos)</b>					0,002*
18-30	281	2,96	0,05	2,85-3,07	
31-50	149	2,67	0,08	2,51-2,84	
51-85	61	3,08	0,11	2,84-3,31	
<b>Estado Marital</b>					0,241**
Solteiro(não mora com ninguém)	283	2,96	0,05	2,85-3,06	
Casado (mora com alguém)	194	2,78	0,06	2,64-2,92	
Divorciado	10	3,00	0,06	2,17-3,82	
Viúvo	4	3,00	0,57	1,16-4,83	
<b>Renda</b>					0,000**
0 até 1/2 SM	76	2,63	0,11	2,39-2,87	
entre 1-2 SM	180	2,93	0,07	2,79-3,07	
entre 2-3 SM	188	2,95	0,06	2,82-3,07	
acima 3 SM	47	2,91	0,14	2,61-3,21	
<b>Tipo de Moradia</b>					0,000**
Alugada	103	2,95	0,09	2,75-3,14	
Emprestada/cedida	23	2,86	0,19	2,47-3,26	
Própria/em aquisição	365	2,87	0,04	2,77-2,97	
<b>Escolaridade</b>					0,000**
Até 1º grau completo	42	2,57	0,17	2,21-2,92	
até 2º grau completo	358	2,91	0,04	2,82-3,00	
Universidade incompleta/completa/pós	91	2,95	0,11	2,73-3,17	
<b>Religião</b>					0,000**
Cristão Católico	405	2,89	0,04	2,80-2,98	
Cristão Evangélico	52	2,82	0,12	2,57-3,07	
Outras	11	2,63	0,30	1,94-3,32	
Sem religião	23	3,08	0,20	2,65-3,51	
<b>Quantidade vezes atendido</b>					0,628**
1º vez	29	2,89	0,21	2,44-3,34	
2 a 5 vezes	248	2,93	0,05	2,81-3,04	
mais de 5 vezes	214	2,84	0,06	2,71-2,97	
<b>Motivo de procura ao serviço</b>					0,185**
Revisão/prevenção	147	2,99	0,06	2,86-3,12	
Dor	68	2,79	0,1	2,59-2,99	
Extração	33	3,09	0,14	2,79-3,38	
Tratamento Especializado	243	2,83	0,06	2,69-2,96	
<b>QASSaB</b>	491	2,89	0,04	2,80-2,97	

\*Teste t

\*\*Teste anova

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância deste estudo é justificada pelo discreto número de pesquisas sobre avaliação de serviços de saúde bucal no âmbito da atenção primária e secundária na perspectiva do usuário e pelo fato de a satisfação do usuário constituir uma maneira democrática de avaliação, possibilitando a participação social nos serviços de saúde. Sugere-se que mais estudos devam ser realizados fornecendo, dessa forma, informações estatísticas que, somadas, mostrem a realidade dos serviços de saúde bucal da região de saúde de Sobral.

O instrumento QASSaB mostrou ser uma ferramenta prática e interessante para avaliação da atenção prestada nos serviços da Atenção Primária e Secundária, embora algumas considerações sobre sua aplicabilidade precisem ser feitas.

Como limitações do estudo podemos citar a não inclusão dos Centros de Saúde da Família da zona rural de Sobral e do Centro de Especialidades Odontológicas Municipal de Sobral. O processo de coleta de dados precisou ser reorganizado devido ao contexto epidemiológico, pois foram seguidas as orientações da vigilância em saúde do município sobre as medidas de biossegurança e de distanciamento social para mitigar a pandemia da COVID-19.

Os resultados obtidos nesta pesquisa podem ajudar a visualizar as necessidades de saúde bucal da população estudada, tendo em vista a melhoria da qualidade do atendimento. Além disso, este tipo de avaliação pode auxiliar gestores e profissionais dos serviços de saúde na tomada de decisões, planejamento, distribuição de recursos e priorização das ações e, assim, torná-los mais sensíveis ao desenvolvimento de boas práticas de saúde bucal. Estudos que considerem também a visão de profissionais e gestores podem ajudar a ampliar o olhar sobre a integralidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, L. D. P. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal no Brasil: estrutura, processo e resultado** [Tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, 2019.

BASTOS, G. A. N.; FASOLO, L. R. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 114-124, mar. 2013.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 4, 2006.

BRASIL. **Lei 8.142, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**: documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. DATASUS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 599, de 2006**. Define a implantação de especialidades odontológicas (CEO) e de laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 600, de 23 de Março de 2006**. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (Pmaq-CEO): manual instrutivo - 2º Ciclo (2015-2017)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 63p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mais perto de você - acesso e qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mais perto de você - acesso e qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 61p.

BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 67p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Coordenação Geral de Saúde Bucal reforça a importância da promoção da saúde da boca**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/5274#:~:text=Atualmente%20s%C3%A3o%2026.655%20Equipes%20de,Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20Bucal>. Acesso em: 14 de abril de 2021.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011. 292p.

CHAVES, S.C.L *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.143-154, jan.2011.

CLARO, J. M. G. **Satisfação aos atendimentos odontológicos no SUS: a visão do usuário** [Tese]. São José dos Campos (SP): Universidade Estadual de São Paulo, 2018.

COMENTOO, 2018. Calculadora Amostral. Disponível em: [comentoo.com/calculadora-amostal](http://comentoo.com/calculadora-amostal). Acesso em: 25 de set. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006.

CPSMS. **Consórcio Público de Saúde Microrregião de Sobral. 2021**. Disponível em: <http://cpsmsobral.com/ceo-r-reitor-icaro-de-sousa-moreira/>. Acesso em: 14 abr. 2021.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K. L., editor. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, p. 382-404, 1992.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. La Prensa Mexicana, México, D.F, 1984. 194p.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science** **200**, p. 856-64, 1978.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006.

FERNANDES, L. M. A. G. **Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal - QASSaB** [Tese]. Camaragibe (PE): Faculdade de Odontologia de Pernambuco, 2002.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, fev. 2009.

FONTANIVE, L. T. **Adaptação do instrumento Primary Care Assessment Tool – Brasil versão usuários dirigido à Saúde Bucal**. Dissertação [Mestrado Profissional em Epidemiologia] – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

GABRIEL, M. et al. Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 859-868, mar. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010, 184p.

GOES, P. S. A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma



investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. 81-89, 2012.

GOETZ, K. *et al.* Evaluation of patient perspective on quality of oral health care in Germany--an exploratory study. **International Dental Journal**, v. 63, n. 6, p. 317-323, 2013.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park; CA; Sage Publications p. 21-49, 1989.

HARTZ, Z. M. A. Evaluation in health: regulation, research and culture in the challenges of institutionalization. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 258-259, mar.1999.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationales over fast food and sur mesure over ready-made. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, mar. 2003.

HARTZ, ZMA. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997,30 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2312908>. Acesso em: 14 de abril de 2021.

KLOETZEL, K *et al.* Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I- A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 263-268, jul. 1998.

LIMA, A. C. S.; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 991-1002, maio 2010.

MAGALHÃES, B. G *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 76-85, mar. 2015.

MEZOMO, J. C. Qualidade na relação hospital-paciente. **Revista de Administração Hospital e Inovação em Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 17-21, 1993.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e perfil de usuários do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia – UPF**, Passo Fundo, v. 20, n. 3, p. 334-339. Set./dez. 2015.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.spe, p. 141-147, ago. 2006.

OPAS. Organización Panamericana de La Salud (AR). **El desafío educativo de las reformas sectoriales**: cambios en La capacitación y la evaluación para El trabajo en salud. Grupo de Trabajo sobre evaluación de la Capacitación em Salud. Buenos Aires: OPS-OMS, 1997.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation**. The new century text. Thousands Oaks – London - New Delhi: SAGE Publications, 1997.

PEREIRA, C. G.; GROISMAN, S. Histórico do monitoramento e avaliação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 208-210, 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde e debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 358-372, out. 2014.

PINTO, V. P. T. *et al.* Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. **Ciência & saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2235-2244, jul. 2014.

PUCCA JR., G. A. *et al.* Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **Journal of Dental Research**, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, out. 2015.

RIBEIRO, M. *et al.* (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 177-188, 2020.

RICCI, N. A. *et al.* O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1125-1134, 2011.

RIGHI, A. W.; SCHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 649-669, ago. 2010.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. **Evaluation, a systematic approach**. Beverly Hills: Sage Publications, 2004.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda., 1994, 527p.

SANTOS, Z. F. D. G. **Avaliação da satisfação dos usuários dos serviços odontológicos do SUS, Curitiba, Paraná, Brasil**. [Dissertação]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2007.

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. Thousand Oaks. London/New Delhi: Sage Publications, 1991.

SELLERA, P. E. G *et al.* Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1401-1412, abr. 2020.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 15-39, 2010.

SOBRAL. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Educação na Saúde – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. **Plano Municipal de Saúde de Sobral 2018 a 2021**. Sobral – CE, 2017, 84p.

SUN, N.; BURNSIDE, G.; HARRIS, R. **Patient satisfaction with care by dental therapist**. British Dental Association, London, v. 208, n. 5, p. E9, 2010.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, set. 2005.

## APÊNDICE - QUESTIONÁRIOS PARA COLETA DE DADOS

### IDENTIFICAÇÃO

DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

1- Local da entrevista: 1 ( ) CSF 2 ( ) CEO-R Sobral

2- Se no CEO, qual especialidade? \_\_\_\_\_

3- Se no CSF, qual? \_\_\_\_\_

### SOCIODEMOGRÁFICO

4- Sexo:

1 ( ) Masculino

2 ( ) Feminino

5- Idade:

6- Estado Marital:

1 ( ) solteiro-não mora com ninguém

2 ( ) casado-mora c/algém

3 ( ) divorciado

4 ( ) viúvo

7- Renda Familiar:

1 ( ) ½ Salário-mínimo (R\$ 550,00)

2 ( ) até 1 Salário-mínimo (R\$ 1.100,00)

3 ( ) até 2 Salários-mínimos (R\$ 2.200,00)

4 ( ) até 3 Salários-mínimos (R\$ 3.300,00)

5 ( ) até 4 Salários-mínimos (R\$ 4.400,00)

6 ( ) 5 ou mais Salários-mínimos (R\$ 5.500,00)

7 ( ) Não tem renda

8- Casa:

1 ( ) alugada

2 ( ) emprestada

3 ( ) cedida

4 ( ) invadida

5 ( ) própria

6 ( ) própria em aquisição (financiada)

9- Escolaridade:

1 ( ) analfabeto

2 ( ) 1º grau incompleto

3 ( ) 1º grau completo

4 ( ) 2º grau incompleto

5 ( ) 2º grau completo

6 ( ) universidade incompleta

7 ( ) universidade completa

8 ( ) pós graduação

9 ( ) não sei

<p><b>10- Qual religião você pertence ou com qual você mais se identifica?</b></p> <p>1 ( ) cristão católico  2 ( ) cristão evangélico  3 ( ) espírita (kardecista)  4 ( ) matrizes africanas  5 ( ) sem religião (ateu, agnóstico, sem religião)  6 ( ) outra</p>	
<p><b>11- Quantas vezes você já foi atendido neste equipamento de saúde (clínica odontológica)?</b></p> <p>1 ( ) 1ª vez  2 ( ) 2 a 5 vezes  3 ( ) mais de 5 vezes</p>	
<p><b>12- Qual o motivo pelo qual o (a) senhor (a) procurou o serviço odontológico dessa unidade de saúde?</b></p> <p>1 ( ) revisão/prevenção  2 ( ) dor  3 ( ) extração  4 ( ) lesão bucal  5 ( ) sangramento na gengiva  6 ( ) tratamento especializado (endodontia, ortodontia, prótese, periodontia, pne)  7 ( ) não sabe/ não respondeu</p>	

**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDEBUCAL (QASSAB)**

**Dimensão 1 - Disponibilidade dos serviços**

13- Como você considera a obtenção de uma vaga e/ou ficha para tratamento neste serviço?	Não se aplica	Muito fácil	Fácil	Nem difícil nem fácil	Difícil	Muito difícil	
	0	5	4	3	2	1	
14- Como você considera o intervalo de tempo de marcação entre uma consulta e outra?	Não se aplica	Muito longo	Longo	Nem longo nem curto	Curto	Muito curto	
	0	1	2	3	4	5	
15- Como você classifica o tempo de espera entre sua chegada e o atendimento neste serviço?	Não se aplica	Muito curto	Curto	Nem longo nem curto	Longo	Muito longo	
	0	5	4	3	2	1	

**Dimensão 2 – Resolutividade**

16- Como você classificaria a forma como foi resolvido o problema que lhe trouxe ao serviço?	Não se aplica	Não resolvido	Mal resolvido	Mais ou menos Resolvido	Resolvido	Muito bem resolvido	
	0	1	2	3	4	5	
17- O quanto você está satisfeito com a aparência dos dentes tratados?	Não se aplica	Totalmente satisfeito	Muito satisfeito	Satisfeito	Um pouco satisfeito	Insatisfeito	
	0	5	4	3	2	1	
18- O quanto você está satisfeito com o tratamento dos dentes posteriores (de trás), ou seja, sua capacidade de mastigação?	Não se aplica	Insatisfeito	Um pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito	
	0	1	2	3	4	5	

**Dimensão 3 – Ambiente físico do serviço - limpeza**

19- Como você classifica a limpeza da recepção/sala de espera?	Não se aplica	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima	
	0	5	4	3	2	1	
20- Como você classifica a limpeza do consultório ou da clínica?	Não se aplica	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente	
	0	1	2	3	4	5	

<b>21- Como você classifica a limpeza dos banheiros?</b>	Não se aplica	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima	
	0	5	4	3	2	1	
<b>22- E com relação ao conforto. Como você se sente em relação ao seu bem-estar neste serviço?</b>	Não se aplica	Desconfortável	Um pouco desconfortável	Confortável	Muito confortável	Totalmente confortável	
	0	1	2	3	4	5	

#### Dimensão 4 – Relações Humanas (Relação com Profissionais de Saúde)

<b>23- Como você classifica a atenção ou tratamento recebido das pessoas que trabalham na recepção deste serviço?</b>	Não se aplica	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	
	0	5	4	3	2	1	
<b>24- Com você classifica a atenção ou tratamento recebido dos outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente sociais, etc.) deste serviço?</b>	Não se aplica	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Excelente	
	0	1	2	3	4	5	
<b>25- Como você classifica a qualidade das informações recebidas pelos profissionais de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente sociais, auxiliares, pessoal da recepção, etc.) deste serviço?</b>	Não se aplica	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima	
	0	5	4	3	2	1	

#### Dimensão 5 – Relações/ Humanas (relação dentista/ paciente)

<b>26- Como você classifica a atenção ou tratamento recebido do Dentista desse serviço?</b>	Não se aplica	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	
	0	5	4	3	2	1	
<b>27- Como você classifica o grau de confiança que você deposita no Dentista desse serviço?</b>	Não se aplica	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Excelente	
	0	1	2	3	4	5	

**Dimensão 6 – Qualidade Técnico-Científica dos Equipamentos**

<b>28- Como você classifica os equipamentos odontológicos em relação a atualização tecnológica? Em outras palavras o quanto elas são modernas?</b>	Não se aplica	Super moderno	Moderno	Nem uma coisa nem outra	Desatualizado	Ultrapassado	
	0	5	4	3	2	1	
<b>29- Como você classifica a conservação e manutenção dos equipamentos odontológicos?</b>	Não se aplica	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente	
	0	1	2	3	4	5	

**Dimensão 7 – Eficiência**

<b>30- Levando em conta a qualidade dos serviços odontológicos executados e os recursos gastos por você com transporte e pagamento de taxas, mesmo assim, você acha que valeu a pena?</b>	Não se aplica	Não valeu a pena	Pouquíssimo	Mais ou menos	Muito	Até demais	
	0	1	2	3	4	5	

**Dimensão 8 – Eficácia**

<b>31- O seu o Dentista usa roupas limpas e faz uso de gorro, luvas e máscara?</b>	Não se aplica	Sempre	Quase sempre	Não me lembro	As vezes	Nunca	
	0	5	4	3	2	1	
<b>32- Durante o tratamento você sentiu algum desconforto do tipo, dor, pressão exagerada através das mãos do dentista ou fratura do dente?</b>	Não se aplica	Senti total desconforto	Senti muito desconforto	Senti desconforto	Senti muito pouco desconforto	Não senti nada	
	0	1	2	3	4	5	
<b>33- Com que frequência seu dentista lhe ensina como você deve se prevenir das doenças bucais?</b>	Não se aplica	Sempre	Quase sempre	As vezes	Raramente	Nunca	
	0	5	4	3	2	1	

**Dimensão 9 – Equidade**

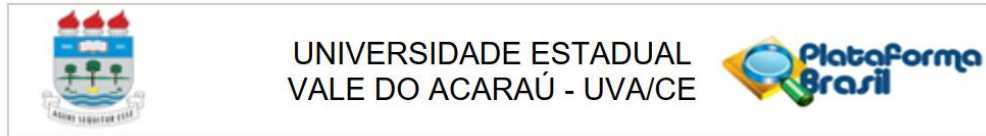
<b>34- De acordo com as suas necessidades de saúde bucal, você acha que elas estão sendo igualmente atendidas, do mesmo modo que as pessoas de classe mais alta que a sua?</b>	Não se aplica	Igualmente atendidas	Parcialmente atendidas	Não me lembro	Diferentemente atendidas	Não são atendidas	
	0	5	4	3	2	1	



**Dimensão 10 – Aceitabilidade**

<b>35- O profissional lhe explica sobre o tratamento mais adequado ou mais correto para o seu problema de saúde bucal?</b>	Não se aplica	Nunca me explica nada	Raras vezes me explica	Não me lembro	Na maioria das vezes me explica	Sempre me explicou	
	0	1	2	3	4	5	
<b>36- O profissional costuma pedir a sua opinião quanto ao melhor horário, ou melhor dia da semana pra lhe atender?</b>	Não se aplica	Sempre pede minha opinião	Na maioria das vezes pode	Não me lembro	Raras vezes pede a minha opinião	Nunca pede a minha opinião	
	0	5	4	3	2	1	

## ANEXO – PARECER CONSUBSTANCiado DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCiado DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo Centro de Especialidades Odontológicas e Centro de Saúde da Família: satisfação dos usuários

**Pesquisador:** DIEGO RAMOS AGUIAR

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51995821.2.0000.5053

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.072.808

#### Apresentação do Projeto:

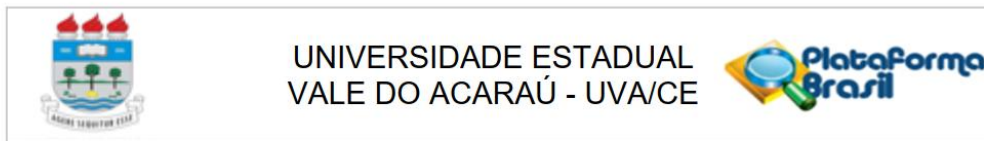
Trata-se de um estudo observacional, transversal, analítico-descritivo e de abordagem quantitativa, segundo o modelo de Donabedian. Será realizada no município de Sobral, Ceará, com pacientes atendidos pelos Centros de Saúde da Família de Sobral da zona urbana e do Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral. Pretende-se realizar 488 entrevistas (tamanho amostral). Utilizar-se-á da técnica da Amostra não-probabilística (Conveniência). A coleta de dados está prevista para acontecer entre novembro de 2021 a fevereiro de 2022, por meio da aplicação da agregação dos seguintes formulários: condições socioeconômicas e demográficas e o questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB). Os questionários serão processados através do programa Epidata 3.1, com a validação de dupla digitação (30%). O banco de dados será exportado para o programa STATA 13.0, em que serão realizadas medidas de frequência e associação com significância estatística p-valor 95%. Seguir-se-á a Resolução de 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde bucal ofertados na atenção primária e secundária na perspectiva da satisfação dos usuários.

**Endereço:** Av Comandante Maurocélcio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep\_uva@uvanet.br



Continuação do Parecer: 5.072.808

**Objetivos Específicos:**

Conhecer o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários;

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde bucal;

Comparar o perfil dos usuários e avaliação da qualidade dos serviços de saúde bucal de usuários da atenção primária e secundária.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios são indiretos para os voluntários uma vez que visam melhorar a qualidade do atendimento nos serviços visitados. Quanto aos riscos são descritos como mínimos (vazamento de dados e constrangimento) e as formas de mitigar esses riscos estão bem descritas em todos os locais pertinentes do projeto.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ver conclusões

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos estão presentes e adequados.

**Recomendações:**

Ver conclusões

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

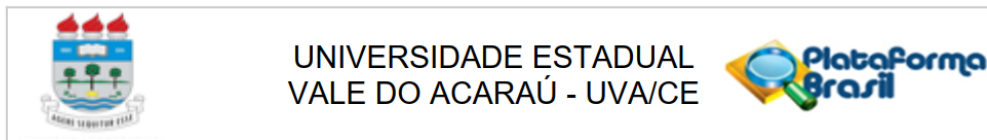
O projeto está adequado do ponto de vista ético, dessa forma devendo ser aprovado. Solicitamos aos pesquisadores, que ao final da pesquisa enviem um relatório final a este CEP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1823244.pdf	21/09/2021 21:09:41		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	21/09/2021 21:00:23	DIEGO RAMOS AGUIAR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_diego_aguiar_plataforma.pdf	19/09/2021 13:59:53	DIEGO RAMOS AGUIAR	Aceito
Declaração do	parecer_ceo.pdf	17/09/2021	DIEGO RAMOS	Aceito

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep\_uva@uvanet.br



Continuação do Parecer: 5.072.808

Patrocinador	parecer_ceo.pdf	09:11:45	AGUIAR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	14/09/2021 20:33:33	DIEGO RAMOS AGUIAR	Aceito
Declaração de concordância	parecer_sms.pdf	14/09/2021 20:16:03	DIEGO RAMOS AGUIAR	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	14/09/2021 20:10:45	DIEGO RAMOS AGUIAR	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	14/09/2021 20:10:16	DIEGO RAMOS AGUIAR	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SOBRAL, 29 de Outubro de 2021

---

**Assinado por:**  
**Luiz Vieira da Silva Neto**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep\_uva@uvanet.br