



**Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Graduação em Odontologia**

NAYARA PEREIRA LIMÃO

**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL
OFERTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DA PARAÍBA SEGUNDO O
PORTE POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS: 2º CICLO DE AVALIAÇÃO
EXTERNA DO PMAQ-AB**

João Pessoa – PB

2017

NAYARA PEREIRA LIMÃO

**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL
OFERTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DA PARAÍBA SEGUNDO
PORTE POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS: 2º CICLO DE AVALIAÇÃO
EXTERNA DO PMAQ-AB**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao
Curso de Graduação em Odontologia, da
Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento
às exigências para conclusão.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Gondim Valença

Coorientadora: Ane Polline Lacerda Protasio

João Pessoa – PB

2017

L734s Limão, Nayara Pereira.

Satisfação do usuário quanto aos cuidados em saúde bucal ofertados na atenção básica no Estado da Paraíba segundo o porte populacional dos municípios: 2º ciclo de Avaliação externa do PMAQ-AB / Nayara Pereira Limão. -- João Pessoa, 2017. 69f.: il. -

Orientadora: Ana Maria Gondim Valença.

Coorientadora: Ane Polline Lacerda Protasio.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Avaliação de serviços de saúde. 2. Satisfação do usuário. 3. Atenção primária à saúde. 4. Odontologia.

BS/CCS/UFPB

CDU: 614.39-047.43(043.2)


NAYARA PEREIRA LIMÃO


Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Odontologia, da Universidade
Federal da Paraíba em cumprimento às
exigências para conclusão.

Monografia aprovada em 25 / 05 / 2017


Prof.^a Ana Maria Gondim Valença
(Orientadora – UFPB)


Prof. Luciano Bezerra Gomes
(Examinador – UFPB)


Prof.^a Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa
(Examinadora – UFPB)


Prof.^a Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso
(Examinadora – UEPB)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à toda a minha família, aos meus pais, em especial à minha mãe pela sua dedicação e encorajamento nos meus estudos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à **Deus** pelo cuidado e pela força que me deu durante toda a trajetória acadêmica. Creio que foi através do Seu direcionamento que cheguei até aqui.

À minha mãe **Vanusa Pereira Limão**, por ser a minha base, exemplo de ser humano e por me ensinar a batalhar pelos meus sonhos.

À minha tia **Valmira Barbosa**, que é uma segunda mãe e o exemplo de amor à família que eu sigo e que, juntamente ao seu esposo **Antônio de Pádua Barbosa**, sempre me estimulou e não mediu esforços para que esse sonho se tornasse realidade.

À **Thiago Andrade**, meu noivo, pelo seu amor, incentivo em todos os momentos, pela paciência e compreensão nas várias ocasiões e datas importantes em que precisei estar ausente para estudar.

Ao meu pai **José Carlos Limão**, pelo seu amor e torcida de sempre.

Aos meus avós maternos, em especial à minha avó **Maria das Graças** “Mãe Graça”, pelo amor e carinho de sempre e por sempre me encorajar.

Às minhas tias **Zélia de Oliveira** e **Maria Pereira**, pelo imenso amor a mim demonstrado e pelas orações constantes.

À professora **Ana Maria Gondim Valença**, minha orientadora, pelo carinho, empenho, dedicação e pelo direcionamento à iniciação científica desde o início do curso, assim como pela orientação na elaboração desse trabalho.

À minha coorientadora **Ane Polline Lacerda Protasio**, pela ajuda em diversos momentos, pela disponibilidade e boa vontade sempre em me ensinar e pela sua amizade.

Aos **meus amigos de curso**, que ultrapassaram o convívio da universidade, já que se tornaram irmãos para mim, que compartilharam comigo diversos momentos e que me apoiaram em todas as horas que necessitei.

Aos **professores do curso de Odontologia**, que se esforçaram e se dedicaram para a construção dos conhecimentos necessários.

RESUMO

No contexto da avaliação dos serviços de saúde no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB), com o objetivo de atuar na melhoria da qualidade do atendimento em saúde e no aumento da oferta destes serviços. Este trabalho objetivou verificar os principais fatores que influenciam na satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica da Paraíba, segundo porte populacional dos municípios. Utilizou-se os dados referentes ao 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, contendo respostas correspondentes às questões contidas no instrumento “Saúde Mais Perto de Você” – Módulo III. Este módulo do instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal considera as informações sobre a percepção e a satisfação dos usuários quanto ao serviço de saúde bucal ofertado na Atenção Básica. Um total de 2163 usuários foram considerados neste estudo, sendo 1264 correspondentes a municípios de pequeno porte; 492 médio porte e 407 representando municípios de grande porte. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva e inferencial (análise de agrupamento e regressão logística; $p < 0,05$). O ajuste para o modelo foi realizado a partir do teste de *Hosmer e Lemeshow*. Como resultados, mediante a análise descritiva, verificou-se que, quanto aos usuários do conjunto de municípios de grande porte, um maior percentual referiu que não conseguia marcar atendimento com o cirurgião dentista (13,8%; $n=56$). Para os usuários de municípios de médio porte, constatou-se que um percentual expressivo de usuários afirmaram que não são escutados quando procuram atendimento odontológico sem hora marcada (42,6%; $n=538$). Quanto aos usuários do conjunto de municípios de pequeno porte, a maioria considera que o horário de atendimento clínico atende às suas necessidades (87,3%; $n=1104$). Os modelos de regressão demonstraram os fatores que influenciam a satisfação de usuários com o serviço de saúde bucal, de acordo com cada porte populacional. Para o modelo referente aos usuários assistidos em municípios de grande porte: quando o horário de funcionamento da unidade não atender às necessidades ($OR=0,56$) e não ser escutado ao procurar o atendimento odontológico sem hora marcada ($OR=0,77$). Para o modelo referente aos usuários entrevistados nos municípios de médio porte: não conseguir marcação de consulta com o dentista ($OR=0,64$) e considerar o tempo de consulta insuficiente ($OR=0,55$). Já no modelo referente aos usuários assistidos nos municípios de pequeno porte populacional, os fatores foram: o horário de funcionamento da unidade não atender às necessidades ($OR=0,57$); o consultório odontológico não ser um lugar reservado ($OR=0,51$); nunca ser orientado pelos profissionais de saúde bucal ($OR=0,62$) e não ser procurado pelos profissionais quando interrompe o tratamento ou falta à consulta ($OR=0,51$). Conclui-se que os fatores influenciadores da satisfação do usuário com o serviço de saúde bucal diferem de acordo com o grupo de municípios e suas respectivas características populacionais. Portanto, há necessidade de uma atenção diferenciada, com o aprimoramento da organização das práticas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de serviços de saúde. Satisfação do usuário. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

In the context of the evaluation of health services in Brazil, the Ministry of Health instituted National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), with the objective of improving the quality of health care and services. This study aimed to verify the main factors that influence the satisfaction of users regarding oral health services offered in state of Paraíba - Brazil Primary Care, according to the population size of the municipalities. The data related to the second External Evaluation Cycle of the PMAQ-AB, made available by the Ministry of Health, containing corresponding answers to the questions contained in the instrument "Health Near to You" - Module III were used. This module of the External Evaluation Tool for Oral Health Teams considers the information about the perception and satisfaction of users regarding the oral health service offered in Primary Care. A total of 2163 users were considered in this study, of which 1264 correspond to small municipalities; 492 medium-sized and 407 representing large municipalities. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics (cluster analysis and logistic regression, $p < 0.05$). The fit for the model was performed from the Hosmer and Lemeshow test. As a result, through the descriptive analysis, it was verified that, for users of small municipalities: the majority considers that the clinical service schedule meets their needs (87.3%; $n = 1104$). As for the users of large municipalities, a higher percentage reported that they could not make appointments with the dental surgeon (13.8%; $n=56$). For users of medium-sized municipalities, it was found that an expressive percentage of users stated that they are not heard when they seek dental care without an appointment (42.6%; $n = 538$). The regression models demonstrated the factors that influence the satisfaction of users with the oral health service, according to each population size. For the model referring to users assisted in small-town municipalities, the factors were: the unit's operating hours did not meet the needs (OR = 0.57); The dental office is not a reserved place (OR = 0.51); Never be guided by oral health professionals (OR = 0.62) and not be sought by professionals when they stop treatment or lack of consultation (OR = 0.51). For the model referring to users interviewed in medium-sized municipalities: not to be able to make an appointment with the dentist (OR = 0.64) and to consider the insufficient consultation time (OR = 0.55). In the model referring to users assisted in large municipalities: when the unit's working hours do not meet the needs (OR = 0.56) and not to be heard when seeking dental care without an appointment (OR = 0.77). It is concluded that the factors influencing user satisfaction with the oral health service differ according to the group of municipalities and their respective population characteristics. Therefore, there is a need for a differentiated attention, with the improvement of the organization of health practices.

Keywords: Health Services Evaluation. Consumer Behavior. Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

LISTA DE FIGURA

Figura 1- Saída do método Two-Step Cluster.	37
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários de municípios de grande porte.	46
Gráfico 2 - Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários de municípios de médio porte.	47
Gráfico 3 - Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários de municípios de pequeno porte.	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Levantamento bibliográfico de estudos sobre a satisfação dos usuários com os serviços de saúde ofertados.	30
Quadro 2- Variáveis independentes utilizadas no estudo.....	35
Quadro 3- Variáveis utilizadas no agrupamento do Two Step Cluster Analysis.	36
Quadro 4 - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística para os municípios de grande porte da Paraíba.	45
Quadro 5 - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística para os municípios de médio porte da Paraíba.....	47
Quadro 6 - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística para os municípios de pequeno porte da Paraíba.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos usuários paraibanos por sexo, de acordo com o porte populacional dos municípios.	39
Tabela 2- Distribuição dos usuários paraibanos segundo as variáveis de acesso aos serviços de saúde, de acordo com o porte populacional dos municípios.	40
Tabela 3- Distribuição dos usuários paraibanos segundo variável sobre marcação de consulta, de acordo com o porte populacional dos municípios.	41
Tabela 4- Distribuição dos usuários paraibanos segundo variável sobre acolhimento à demanda espontânea, de acordo com o porte populacional dos municípios.	42
Tabela 5- Distribuição dos usuários paraibanos segundo variáveis sobre atenção integral à saúde, de acordo com o porte populacional dos municípios.	42
Tabela 6- Distribuição dos usuários paraibanos segundo variáveis sobre vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado, de acordo com o porte populacional dos municípios.	43
Tabela 7 - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados para os usuários dos municípios de grande porte do estado da Paraíba.....	45
Tabela 8 - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados para os usuários dos municípios de médio porte do estado da Paraíba.	46
Tabela 9 - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados para os usuários dos municípios de pequeno porte do estado da Paraíba.....	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Relevância	18
1.2 Motivação	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 Atenção Primária à Saúde.....	21
2.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil e Sistema Único de Saúde	22
2.3 A inserção da saúde bucal no contexto do SUS.....	23
2.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB	24
2.5 Avaliação dos serviços de saúde e a Satisfação do usuário....	29
3 OBJETIVOS.....	33
3.1 Objetivo geral.....	33
3.2 Objetivos específicos	33
4 MÉTODOS	34
4.1 Características do estudo	34
4.2 Análise dos dados	34
4.3 Aspectos éticos	38
5 RESULTADOS.....	39
5.1 Análise descritiva	39
5.2 Regressão logística	44
5.2.1 <i>Modelo de regressão logística para os municípios de grande porte</i>	<i>44</i>
5.2.2 <i>Modelo de regressão logística para os municípios de médio porte.....</i>	<i>46</i>
5.2.3. <i>Modelo de regressão logística para os municípios de pequeno porte</i>	<i>48</i>

6 DISCUSSÃO	51
6.1 Identificação do usuário.....	51
6.2 Acesso aos serviços de saúde.....	52
6.3 Marcação de consulta e Acolhimento à demanda espontânea	54
6.4 Atenção integral à saúde	55
6.5 Vinculo, responsabilização e coordenação do cuidado.....	57
6.6 Limitações do estudo	59
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS.....	62
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	67
ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA PARA AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL (EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E EQUIPE PARAMETRIZADA DE SAÚDE BUCAL).....	68

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde do Brasil - Sistema Único de Saúde (SUS) - vigente desde 1990 no cenário nacional, foi instituído na perspectiva de transformar o modelo até então vigente. O SUS apresenta como princípios a equidade, universalidade, integralidade, hierarquização, descentralização e controle social (BRASIL, 1990). Todavia, o processo de implantação do SUS conta com inúmeras fragilidades que tornam árdua a prática destes princípios na atenção em saúde. Nesse contexto, inseriu-se o conceito de avaliação dos serviços, constituindo um importante instrumento de auxílio para a gestão, a fim de verificar e inspecionar a organização dos serviços, contribuindo para tomada de decisão em saúde (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; TANAKA; TAMAKI, 2012; TAKEMOTO; TOMAZELLI, 2016).

É importante destacar que a avaliação considerando a ótica dos usuários auxilia o processo de humanização nos serviços, com a valorização dos sujeitos inseridos no processo de produção de saúde, além de compor uma conjuntura de verificação do retorno por parte destes indivíduos sobre esta assistência em saúde recebida. (MOIMAZ, 2016). Esse processo consente uma inserção das perspectivas destes usuários na prática dos serviços, visto que esta percepção sobre a prática no contexto da Atenção Básica é de grande valia já que a comunidade constitui o motivo de sua existência (COTTA, 2006).

Ademais, as práticas decorrentes da avaliação permitem o estímulo de uma maior satisfação dos usuários com os serviços de saúde, produzem o alcance de benefícios quanto ao tratamento e a ininterrupção do cuidado em saúde, além de propiciarem uma maior aceitação do usuário às condutas terapêuticas (ESPEREDIÃO; TRAD, 2006).

Deve-se também considerar que informações para a melhoria das intervenções em saúde e as opiniões acerca da cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários sobre a atenção em saúde podem ocorrer mediante o processo de avaliação. Nesta perspectiva, os conhecimentos obtidos com a avaliação devem ser incorporados ao cotidiano, tanto dos gestores quanto dos profissionais de saúde (HARTZ; SILVA, 2005; PROTASIO *et al.*, 2017).

Sendo assim, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento e a ampliar da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Tem como diretriz o estímulo à mudança

incremental do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde (ABS) e se propõe a induzir e avaliar papéis e ações da Atenção Básica (AB) como parte das redes prioritárias. É pertinente ressaltar que o PMAQ-AB pretende ser uma estratégia que sintetiza tanto o esforço de afirmação da AB, como porta de entrada acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde, quanto à criação de condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade do cuidado nas linhas de cuidado prioritizadas nas redes (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases que compõem um ciclo contínuo de melhoria de acesso e qualidade. São elas: adesão e contratualização; desenvolvimento das ações; avaliação externa; recontratualização. A terceira fase compreende a avaliação externa, onde são averiguadas as conjunturas referentes ao acesso e qualidade nos municípios e equipes de Atenção Básica participantes do programa (BRASIL, 2012).

A avaliação externa foi realizada considerando três módulos contidos no instrumento de avaliação externa adotado pelo PMAQ-AB, sendo o módulo III utilizado para obtenção das informações referentes à percepção e satisfação dos usuários quanto ao acesso e qualidade dos serviços de saúde geral e saúde bucal ofertados na atenção básica. Nesta avaliação é efetuado um conjunto de ações que apurará as condições de acesso e de qualidade da soma de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa (BRASIL, 2012).

No que compete à percepção dos usuários mediante a avaliação dos serviços, a expressão “satisfação” é introduzida nesse contexto e pode ser atribuída a um processo dinâmico, motivado por inúmeras questões, desde a percepção do estado de saúde e da doença, características sociodemográficas, crenças, dentre outras. Trata-se de um conceito multidimensional e capaz de ser determinado por mediação de várias dimensões quanto aos cuidados de saúde, como: acesso, infraestrutura e interação usuário-profissional (ESPEREDIÃO; TRAD, 2006). Pesquisas no campo da satisfação têm sido amplamente utilizadas a fim de verificar a qualidade dos serviços de saúde, com o objetivo de subsidiar o processo de tomada de decisão reorientar a tomada de decisão por parte dos gestores, assim como influenciar e valorizar o papel do usuário no serviço, por meio da participação popular (RODRIGUES *et al.*, 2012).

No que se refere aos serviços odontológicos ofertados na AB, a necessidade da avaliação da concepção dos usuários remete à proposição de que a satisfação destes indivíduos deve ser mensurada como uma grandeza para alcance da qualidade

quanto aos cuidados prestados em nível local. No âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), estudos que abordam este tema são de grande valia para o aprimoramento das ações em saúde bucal e detecção das fragilidades que comprometem o acesso e a qualidade dos serviços nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) (SANTOS *et al.*, 2015).

Vale destacar que o reconhecimento da concepção dos usuários como indivíduos passíveis de intervenções, a fim de fortalecer o controle social, é de fundamental importância na ótica da avaliação dos serviços, contribuindo de forma efetiva para a democratização em saúde. Desta forma, a avaliação em saúde considerando a satisfação do usuário pode contribuir para a minimização de fragilidades presentes na prática da atenção em saúde, além de promover o advento de novas decisões no processo de trabalho da equipe da Atenção Básica (MOIMAZ *et al.*, 2016).

Sendo assim, este estudo se propõe a identificar os principais fatores que influenciam na satisfação dos usuários, segundo o porte populacional dos municípios do estado da Paraíba, mediante as informações obtidas do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB.

1.1 Relevância

Com a finalidade de possibilitar resolutividade das necessidades dos usuários do sistema público de saúde, se faz necessário a otimização dos serviços no que compete ao seu processo de trabalho. Nesse contexto, estudos com ênfase na avaliação dos serviços se tornam importantes, já que possibilitam subsídios para a identificação da realidade do serviço de saúde, além de especificar o planejamento das ações em saúde e o processo de tomada de decisão (MOIMAZ *et al.*, 2017).

O PMAQ-AB é uma iniciativa centrada na avaliação dos serviços, pautada em um modelo de avaliação de desempenho do sistema de saúde e que tem como finalidade verificar os resultados da política de saúde com vistas a contribuir com o processo de tomada de decisão, propiciando evidência aos resultados alcançados com foco na percepção usuários. Sendo assim, o emprego das informações fornecidas mediante a fase de avaliação externa do programa identifica as reais necessidades dos indivíduos e a partir de então é possível a aplicação de estratégias que viabilizem ações direcionadas, a fim da melhoria do acesso e da qualidade do serviço oferecido.

No que compete ao serviço público odontológico oferecido na AB do Brasil, o processo avaliativo do programa atua de forma dinâmica e é capaz de identificar as necessidades e/ou fragilidades do serviço desde a estrutura física e disponibilidade de equipamentos e insumos odontológicos, a organização do processo de trabalho da equipe em saúde bucal, até a percepção dos usuários sobre o serviço odontológico ofertado, que é o foco desse trabalho.

A análise dos dados do PMAQ-AB sobre a satisfação do usuário quanto à qualidade da atenção em saúde bucal e o acesso a estes serviços de saúde torna-se relevante, já que estudos como esse são capazes de apontar, mediante técnicas estatísticas, os fatores que influenciam essa satisfação. Sendo assim, é possível designar, de forma específica, ações pautadas nesses fatores identificados, já que essa satisfação é de caráter multidimensional e pode contemplar desde o aspecto clínico da consulta odontológica, a estrutura do ambiente, o acolhimento e até o vínculo entre a equipe e o usuário.

Para tanto, propõe-se elaborar um modelo de suporte à decisão que auxilie o gestor em saúde na tarefa de deliberar ações que ampliem a qualidade dos serviços de saúde na ótica dos usuários e assim adotar resoluções que consolidem tais práticas.

Por fim, a relevância desse estudo está relacionada à verificação dos fatores que influenciam na satisfação dos usuários com os serviços odontológicos ofertados pela AB da Paraíba, de acordo com o porte populacional dos municípios paraibanos. Sendo assim, a abordagem desse estudo, que considera a satisfação com ênfase no porte populacional destas localidades, pode ser uma ferramenta relevante no que compete à identificação das características peculiares dos fatores que influenciam na satisfação dos usuários em municípios de pequeno, médio e grande porte, a fim de propor a concepção de políticas específicas. As informações descritas e analisadas nesse estudo foram adquiridas com base no 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB.

1.2 Motivação

O PMAQ-AB tem como importância a sua propensão às modificações das conjunturas e ações nas práticas dos serviços, com a mobilização dos gestores, da equipe de saúde e dos usuários. Sendo assim, este trabalho teve como motivação central o estímulo à elaboração de um modelo de tomada de decisão pautado nos

fatores que influenciam na satisfação dos usuários, de acordo com o porte populacional dos municípios paraibanos.

A construção desse modelo de tomada de decisão tem por finalidade propiciar os gestores de saúde à elucidação de decisões específicas conforme as necessidades apontadas pelos usuários, propiciando a obtenção de uma maior satisfação desses os usuários com os serviços odontológicos ofertados na AB.

O capítulo a seguir abordará um breve histórico, a fim de elucidar alguns aspectos que contribuirão para melhor compreensão desse estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o objetivo de embasar esse estudo, serão apresentados a seguir alguns aspectos teóricos relevantes sobre a Atenção Básica à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Atenção Primária à Saúde no Brasil e Sistema Único de Saúde, a inserção da Saúde bucal no contexto do SUS, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e a Avaliação dos Serviços de Saúde e Satisfação do usuário.

2.1 Atenção Primária à Saúde

Nas décadas de 1970 e 1980, os diversos países que tinham como sistema vigente de saúde o modelo biomédico/médico centrado como um Sistema Nacional de Saúde Universal, encaravam problemas financeiros em consequência à constante ascensão de despesas nesta esfera. Desta forma, surgiu a necessidade de movimentos em favor da reforma do modelo de saúde vigente, com modificações que englobassem desde a transformação do próprio modelo de assistência à saúde até a concessão de um aprimoramento no emprego dos recursos financeiros (FERREIRA *et al.*, 2013).

O modelo de saúde até então vigente mostrava-se deficiente na ampliação da qualidade de vida e saúde dos indivíduos, além de se mostrar insuficiente quanto ao fortalecimento dos serviços. Sendo assim, este modelo é apontado como uma das razões para a ineficiência das ações em saúde, assim como ao caráter dispendioso do sistema (GIL, 2006).

Para superar esse contexto de crise, alguns países desenvolvidos optaram por instaurar a Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de reestruturar os sistemas de saúde e a organização dos serviços. Esta abordagem da APS como estratégia primordial para reorganização do setor da saúde, assim como a inserção do cumprimento de novos aspectos, caracterizando principalmente a universalidade da saúde, foi recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e formalizada após a Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978 (BRASIL, 2002). Dentre as premissas da declaração de Alma-Ata, destaca-se a APS como centro do sistema, culminando no processo de assistência integral à saúde, incluindo prevenção, promoção, cura e reabilitação (FERREIRA *et al.*, 2013).

No que compete à política de saúde no Brasil, a APS é entendida como o primeiro nível do sistema de saúde que introduz a atenção. Além disso, propõe atuar como porta de entrada, baseando-se na resolutividade e estabelecendo vínculos com

os usuários deste sistema, com o objetivo de agregar qualidade ao estilo de vida destes indivíduos e compreendendo estratégia fundamental de reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS) (FAUSTO,2004).

Todavia, torna-se um desafio elucidar claramente a APS, já que este termo, com o decorrer dos anos, tem alcançado inúmeras interpretações, a depender do lugar e da época. Desta forma, para chegar a um conceito sobre a APS deve-se considerar os diversos atores envolvidos, assim como aspectos econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas nos diversos sistemas de saúde (FAUSTO, 2004).

O próximo tópico continuará a elucidar aspectos sobre a APS, porém considerando esse conceito no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

2.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil e Sistema Único de Saúde

No Brasil, foi no movimento da Reforma Sanitária onde surgiram diversas deliberações sobre as políticas de saúde e suas imprescindíveis modificações, sendo pautadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Neste evento foram firmados os princípios e diretrizes, com ênfase nos pontos que competem à universalização, descentralização e financiamento, e culminaram na reestruturação do Sistema de Saúde vigente (BRASIL, 1987).

Em 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo aprovado pela Constituição Federal Brasileira, com objetivo de definir a saúde como direito de todos e garantia do Estado. O SUS baseou-se em princípios e diretrizes, a fim de organizar os serviços de saúde e melhorar as condições de vida e saúde da população brasileira (BRASIL,1990; CAMPOS, 2007).

Nesse contexto, foi implementado, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), com a finalidade de reorganizar o modelo assistencial vigente e, desde então, vem sendo considerado pelo MS como uma estratégia primordial para a saúde no Brasil. O PSF se propôs à inclusão das ações programáticas de maneira mais ampla e ao incremento de práticas intersetoriais, sendo considerada como uma das mais relevantes transformações estruturais já concretizadas na saúde pública no Brasil (SCOREL *et al.*, 2007). Todavia, o programa se transformou em estratégia, denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo essa modificação instituída mediante a reestruturação no âmbito do trabalho de equipes multiprofissionais, com o incremento de ações que permitem o conhecimento das necessidades dos indivíduos

inseridos em determinada área. O objetivo da ESF é a construção do vínculo entre a equipe e a população para que, desta forma, haja a integralidade da atenção em saúde, resultando em uma maior resolutividade dos serviços de saúde (DIAS *et al.*, 2014).

Em complementação à organização e atuação do SUS, o MS subsidiou diversas iniciativas, com o objetivo de ampliar a qualidade dos serviços na atenção básica. Desta forma, em 2006 surge a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), pactuada entre as esferas federais, estaduais e municipais, com o objetivo de expandir a atenção básica e confirmar a Estratégia Saúde da Família como modelo de organização para a atenção básica (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

O tópico a seguir discutirá a inserção da Saúde Bucal no contexto do atual sistema de saúde vigente.

2.3 A inserção da saúde bucal no contexto do SUS

Anteriormente à implantação do SUS, apenas tinham direito de acesso aos serviços de saúde públicos os indivíduos que trabalhavam e que eram contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência social (INAMPS). No que concerne aos serviços odontológicos prestados, estes se baseavam em ações pautadas na resolutividade dos casos, considerando ações isoladas e meramente curativistas, realizadas pelo cirurgião-dentista. Somente a partir da implantação do SUS é que o acesso da população aos serviços de saúde foi assegurado de forma universal, com ações baseadas na integralidade do cuidado (MATTOS *et al.*, 2014).

A inserção da saúde bucal no cenário do SUS introduziu novos conceitos e novas estratégias com a finalidade de obter melhorias na atenção odontológica ofertada aos indivíduos. No ano de 2000 foram incorporadas as equipes de saúde bucal (ESB) na ESF, a fim de reorganizar a saúde bucal ofertada, introduzindo princípios da atenção primária e da promoção da saúde. Já em 2013, incentivos financeiros adicionais foram incorporados à ESB, atendendo aproximadamente 39% dos brasileiros (ELY *et al.*, 2016)

As práticas relacionadas à saúde bucal passam a ser inclusas na ESF, amplificando o exercício da odontologia mediante a compreensão das necessidades dos indivíduos, a fim da realização do diagnóstico para a efetivação do planejamento de ações específicas. Desta forma, a odontologia passou a sistematizar ações baseadas na promoção, prevenção e reabilitação da saúde bucal, introduzindo o

usuário como indivíduo atuante e responsável pelo seu estado de saúde (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

Vale apontar que, para a introdução das ESB na ESF, existiram alguns fatores impulsionadores, como os diversos incentivos financeiros concedidos pelo Ministério da Saúde, como o objetivo, por parte dos gestores, de aprimorar o serviço de saúde bucal ofertado para a população; além da iniciativa da reestruturação das práticas na odontologia pautadas na promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos indivíduos (MATTOS *et al.*, 2014). Nesse contexto, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído, sendo esses aspectos abordados no tópico a seguir.

2.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB

O Ministério da Saúde, no contexto da nova PNAB, consolidou o “Saúde Mais perto de Você” como um conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica (DAB), objetivando a promoção do cuidado dos usuários no ambiente em que vivem (BRASIL, 2011).

Desta forma, no sentido da reorganização da AB, o MS institui a Portaria 1.654, em 19 de julho de 2011, que delibera o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). O programa é considerado consequência de um encadeamento significativo de negociações e pactuações das três esferas de gestão do SUS. Em diversos momentos, as esferas municipais, representadas pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e estaduais, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), pleitearam uma série de medidas a fim de desenvolver algo que viabilizasse a melhoria da qualidade e ampliação do acesso da atenção básica no país (BRASIL, 2012a).

Este programa objetiva promover uma movimentação dos trabalhadores, gestores (considerando as três esferas) e usuários, a fim da instalação de melhorias no que compete ao acesso e a qualidade dos serviços em saúde ofertados (BRASIL, 2012a; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Segundo as diretrizes apontadas a partir da Portaria 1.654, os objetivos do PMAQ são: I - construir parâmetro de comparação entre as EAB, considerando-se as diferentes realidades de saúde; II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a

gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde e AB e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; V - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; VI - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2012a).

Em outras palavras, o programa empenha-se na mobilização dos usuários, gestores e trabalhadores, a fim de incrementar um processo dinâmico nas ações e negociações, propiciando as transformações locais (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Esse processo dinâmico de atuação foi dissociado em quatro fases: adesão/contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2012a).

A primeira fase do programa é a **adesão** pelos gestores municipais e ocorre através do estabelecimento de compromissos e indicadores acertados entre as EAB e os gestores municipais e, destes, com o MS. O município alcançará incentivo financeiro mensal, a partir da transferência fundo a fundo, de 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), por equipe de atenção básica participante, mediante a homologação da adesão elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a).

A segunda fase do programa consiste na etapa de **desenvolvimento**, que constitui uma soma de ações que serão realizadas pelas ESB, pelos gestores municipais e estaduais, assim como pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de propiciar modificações no que compete à gestão e ao cuidado. Por sua vez, essa fase está pautada em quatro dimensões que consiste na Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional (BRASIL, 2012a).

A **autoavaliação** propõe detectar as fragilidades e as potencialidades da atuação da própria equipe, a fim de promover a autorreflexão, a problematização e o

potencial reflexivo para a identificação das fragilidades e construção de soluções. Esta autoavaliação é composta por uma ferramenta formada por um conjunto de padrões relacionadas à qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção básica. Para tanto, o DAB dispõe um instrumento autoavaliativo chamado Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), onde sua elaboração se deu mediante inúmeras retificações e modificações das demais ferramentas já empregadas no âmbito nacional e internacional (BRASIL, 2012a).

Já o **monitoramento** dos indicadores pactuados pode ser encarado como um dos mais importantes fundamentos para a implementação do PMAQ-AB e tem como algumas de suas proposições: a orientação do processo de negociação de metas entre as EAB e o gestor municipal e as outras esferas de gestão do SUS e favorecer o aprendizado institucional ao propiciar o reconhecimento e privilégio dos desafios. (BRASIL, 2012a).

A dimensão da **educação permanente** se trata de uma estratégia de modificação institucional, com o objetivo de reformular o processo de qualificação dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe. Se embasa em um processo pedagógico que abrange a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades, a instrução quanto à postura da equipe mediante dificuldades e entraves vivenciados no processo de trabalho e outros aspectos. As práticas podem englobar inúmeros fatores, desde o conhecimento, valores, relações de poder, planejamento até a organização do trabalho. Esse processo se dá por intermédio de uma metodologia pedagógica necessária para estratégia de gestão, sendo incorporada para o desempenho e planejamento dos serviços de saúde, com o objetivo de ampliar as possibilidades para o confronto com as adversidades presenciadas diariamente pelos trabalhadores (BRASIL, 2011).

Como última dimensão da fase de desenvolvimento do programa se tem o **apoio institucional**, que tem como função reformular a coordenação e promover o planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Essa dimensão busca assistir às equipes no desempenho das suas práticas e na construção/experimentação de intervenções. Esse apoio fornecido às equipes, por meio do apoiador institucional, contribui para que essas equipes revelem e enfrentem as adversidades vivenciadas, além de permitir a elaboração e utilização de instrumentos e tecnologias diversas. Sabe-se que o apoio institucional pode ser executado nas esferas municipal, estadual

e federal, sendo que a continuidade das práticas de apoio deve abranger aspectos comuns, todavia construídos mediante as particularidades de cada território. Vale destacar também que, deve-se almejar o planejamento, a avaliação constante e agendas de educação permanente para o desenvolvimento das dimensões gerenciais, pedagógicas e matriciais exercidas pelos apoiadores, reforçando sempre a construção de vínculos (BRASIL, 2012a).

A terceira fase do programa, que é a **Avaliação Externa**, pretende verificar as conjunturas referentes ao acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos nos municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. Como medida de reconhecimento o programa dispõe de incentivos, frente ao avanço nos resultados pactuados e a continuação do processo contínuo de melhorias mediante a reconstrução (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a)

A avaliação externa é subdividida em duas dimensões: I – Certificação de desempenho das equipes de atenção básica e gestões municipais participantes do PMAQ: consiste na avaliação do acesso e da qualidade das EAB através da supervisão dos indicadores pactuados e da comprovação dos padrões de qualidade na própria unidade; II – Avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica não relacionada ao processo de certificação: representa o método de avaliação da rede local de saúde pelos trabalhadores das equipes de atenção básica e verificação da satisfação do usuário e do uso aos serviços de saúde (BRASIL, 2012a).

Essa fase de avaliação externa difere da autoavaliação (uma dimensão da fase de desenvolvimento do programa), já que está pautada, de forma única, nas respostas dos indivíduos avaliados, enquanto a certificação da avaliação externa está exclusivamente centralizada nas comprovações das informações por meio dos documentos apresentados na observação direta, relatórios, atas, prontuários, instrumentos, etc (BRASIL, 2011).

O seguimento da avaliação externa do PMAQ foi conduzido por instituições de ensino e/ou pesquisa pactuadas com o Ministério da Saúde, com o objetivo de agilizar os trabalhos de campo realizados, a partir do emprego dos instrumentos de avaliação desenvolvidos pelo programa. O instrumento de coleta é organizado em quatro módulos: **Módulo I**, que corresponde a observação na Unidade Básica de Saúde, e objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde; **Módulo II**, que corresponde à entrevista com profissionais da equipe de atenção básica e à verificação de documentos na Unidade Básica de

Saúde e visa a obtenção de informações sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário, e, ao mesmo tempo, verificar documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade, realizada pelo avaliador da qualidade; **Módulo III**, que corresponde à entrevista com os usuários na Unidade Básica de Saúde e procura verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. O Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal também está estruturado em três módulos: **Módulo V** condiz a observação na Unidade Básica de Saúde e tem como propósito a avaliação das condições de infraestrutura, materiais, insumos odontológicos da Unidade Básica; **Módulo VI**, que explicita a entrevista com os profissionais da Equipe de Saúde Bucal, com a verificação de documentos na Unidade de Saúde e objetiva alcançar informações a respeito do processo de trabalho da equipe e a coordenação do cuidado ofertado ao usuário e **Módulo III**, que corresponde à entrevista com os usuários na Unidade Básica de Saúde e procura verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde bucal ofertados, principalmente quanto ao acesso e à qualidade desses serviços (BRASIL, 2011).

As EAB podem ser classificadas em quatro grupos, a partir da realização da avaliação externa: I – Desempenho insatisfatório (resultado obtido inferior a menos um desvio-padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato); II – Desempenho regular (resultado obtido inferior à média e maior ou igual a menos um desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato); III – Desempenho bom (resultado obtido superior à média e menor ou igual a mais um desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato); e IV – Desempenho ótimo (resultado obtido superior à mais um desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato) (BRASIL, 2011).

Vale salientar que, desde a sua elaboração, o PMAQ-AB se propõe à execução de vários ciclos de avaliação, com a finalidade de estabelecer um processo contínuo e crescente de melhorias nos indicadores de acesso e de qualidade da atenção básica. Sendo assim, o trabalho das equipes é confrontado com o das demais equipes e com seu próprio desempenho nas certificações anteriores, a partir do segundo ciclo de certificação. Com isso, é possível a observação da execução dos trabalhos desenvolvidos pela equipe com o decorrer de um determinado período e o aperfeiçoamento das ações pautadas no empenho para o avanço na qualidade dos

serviços de saúde desde a fase de adesão ao PMAQ-AB (BRASIL, 2011, BRASIL, 2012a).

A quarta e última fase do programa ocorre após a certificação da EAB e é denominada de **recontratualização**. A partir do desempenho de cada equipe, verificado mediante a avaliação, é pactuada uma nova contratualização com outros indicadores e compromissos que devem ser cumpridos. Nesse processo, ocorre a pactuação das equipes e dos municípios mediante novos padrões e indicadores de qualidade. Desta forma, há um estímulo para oferecer uma metodologia de trabalho cíclica e sistemática, concluindo o ciclo de qualidade proposto pelo PMAQ-AB (BRASIL, 2011).

Por fim, o intuito do programa é que parâmetros inéditos de qualidade sejam estabelecidos a cada novo ciclo, propiciando melhorias na obtenção de deliberações em saúde para a população, além do desenvolvimento da gestão e das equipes (BRASIL, 2011). Com essa metodologia, o PMAQ-AB considera a percepção e satisfação do usuário no processo de avaliação dos serviços. Estes aspectos serão abordados no tópico a seguir.

2.5 Avaliação dos serviços de saúde e a Satisfação do usuário

No início da década de 1990, mediante o estabelecimento do SUS como sistema vigente de saúde, e consequente incorporação do controle social na avaliação dos serviços e no planejamento das ações em saúde, os trabalhos com ênfase na satisfação do usuário com os serviços de saúde começaram a ser elaborados no país (MAGALHÃES *et al.*, 2015; MOIMAZ *et al.*, 2016).

O objetivo de conceituar a avaliação dos serviços de saúde é procurar transformar a teoria em ações práticas, pautadas na elaboração de táticas e critérios que elucidem a tomada de decisão e assim auxiliem para o progresso na qualidade dos serviços de saúde (ESPEREDIÃO; TRED, 2006).

No que compete à avaliação em saúde, o termo “Satisfação” é compreendido como a assistência dos anseios, necessidades ou perspectivas dos indivíduos, com o objetivo de que seus anseios sejam atendidos de forma eficaz. Desta forma, quando o usuário se sente satisfeito com os serviços que lhe são oferecidos, inclinam-se à uma melhor aceitação ao tratamento orientado, além de propiciar a criação do vínculo com o serviço (ESPEREDIÃO; TRED, 2006).

Sabe-se que os indivíduos são estimados pela capacidade de transformar o

seu cenário ou o seu próprio sistema de saúde mediante sua atuação, avaliação e intervenção de forma democrática. Sendo assim, a ótica dos usuários pode contribuir para a resolução de impasses cotidianos no contexto dos serviços de saúde, mediante as diversas iniciativas e ideias de reorganização do processo de trabalho dentro da equipe de saúde (MOIMAZ *et al.*, 2016). Além disso, a relação estabelecida entre usuário e os serviços de saúde pode revelar-se como uma ferramenta potente para o auxílio no processo de resolução conjunta, propiciando novas deliberações no âmbito das práticas, da organização dos serviços e reorganização dos objetivos e metas a serem cumpridas nos serviços (LAFAIETE; MOTTA; VILLA, 2011).

Nessa perspectiva, no Quadro 1 é exibido um levantamento bibliográfico a respeito de estudos que tem como ênfase a satisfação com os serviços de saúde bucal na ótica dos usuários.

Quadro 1- Levantamento bibliográfico de estudos sobre a satisfação dos usuários com os serviços de saúde ofertados.

	Autor/Data	Título do estudo	Proposição do estudo
1	BORDIN et al. (2017)	Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico.	Confrontar a visão de usuários e de profissionais da saúde acerca da satisfação com o serviço público odontológico em um município do Paraná.
2.	MOIMAZ et al. (2017)	Satisfação dos usuários segundo variáveis de organização dos serviços públicos odontológicos.	Avaliar a percepção dos usuários sobre a organização do serviço público odontológico em três cidades brasileiras.
3.	KITAMURA et al. (2016)	Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013	Avaliar a satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, em 2013.
4.	MAGALHÃES et al. (2015)	Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários	Avaliar a qualidade dos serviços ofertados nos Centros de Especializações Odontológicas (CEOs) em Pernambuco, Brasil, na perspectiva da satisfação dos usuários.
5.	SENA et al. (2015)	Acolhimento e satisfação do usuário na Estratégia de Saúde da Família: uma experiência de êxito	Analisar a satisfação dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Recife- Pernambuco após a implantação do acolhimento.
6.	MOIMAZ et al. (2015)	Satisfação e perfil de usuários do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde	Avaliar a satisfação do usuário com o serviço público odontológico, de acordo com suas características

			socioeconômicas e demográficas e com a resolubilidade do serviço prestado em município do estado de São Paulo.
7.	SANTOS et al. (2015)	Satisfação dos usuários adultos com a atenção em saúde bucal na estratégia de saúde da família	Avaliar os níveis de satisfação dos usuários adultos do município de Lauro de Freitas, no Estado da Bahia, em relação aos serviços de saúde bucal oferecidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).
8.	CERDEIRA e GROISMAN (2014)	Qualidade dos serviços de saúde bucal sob a perspectiva do usuário	Descrever e analisar o panorama sobre estudos cuja temática é a avaliação dos serviços de saúde bucal sob a ótica do usuário no Brasil, evidenciando os pontos em comum dos resultados.
9.	SZPILMAN e OLIVEIRA (2011)	A percepção de usuários sobre os serviços de odontologia em Unidades de Saúde de Vila Velha (ES), Brasil	Desvelar a percepção dos usuários acerca do acolhimento e demais dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal nas US de Araçás e Ibes - Vila Velha, ES.
10.	LIMA et al. (2010)	Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil	Avaliar a satisfação dos usuários assistidos nos quatro Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco
11.	REIS et al. (2009)	Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”	Avaliar o serviço de saúde bucal, através do estudo das percepções dos usuários, do município de Grão Mogol – norte de Minas Gerais, Brasil.
12.	ROBLES et al. (2008)	Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina	Conhecer a percepção de mães em relação ao atendimento odontológico prestado em clínicas de odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC),
13.	MIALHE et al. (2008)	Avaliação dos usuários sobre a qualidade do serviço odontológico prestado por graduandos do curso de Odontologia da FOP/Unicamp	Objetivou conhecer a percepção de 182 usuários adultos sobre o grau de satisfação em relação ao atendimento odontológico oferecido pela Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp).
14.	BOTANN et al. (2006)	Avaliação de serviços odontológicos: a visão dos pacientes	Investigou-se a opinião de pacientes, em atendimento nas clínicas odontológicas do curso de Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

Constata-se, por meio dos estudos apontados no Quadro 1, o crescente

interesse em analisar a satisfação dos usuários com os serviços públicos odontológicos, existindo, nos últimos anos, um maior número de pesquisas com este objetivo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

A partir das informações obtidas no Módulo III do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, o presente trabalho objetivou identificar os principais fatores que influenciam na satisfação do usuário na Paraíba, considerando o porte populacional dos seus municípios.

3.2 Objetivos específicos

São objetivos específicos do presente trabalho:

- Descrever as frequências dos dados referentes ao módulo III do PMAQ-AB no estado da Paraíba, segundo o porte populacional de seus municípios;
- Identificar os fatores associados à satisfação dos usuários com o serviço de saúde bucal no estado da Paraíba, mediante um modelo de regressão logística, considerando o porte populacional dos municípios paraibanos.

4 MÉTODOS

4.1 Características do estudo

Este estudo utilizou dados secundários produzidos pelo Ministério da Saúde, com as respostas das Equipes de Saúde da Atenção Básica que foram contratualizadas pelo PMAQ-AB. Para tanto, empregou-se as questões contidas no Instrumento “Saúde Mais Perto de Você” do segundo ciclo de avaliação externa do programa, realizado em 2013/2014. Este instrumento foi aplicado por pesquisadores/professores de diversas Universidades/Instituições de Ensino e Pesquisa do Brasil.

Esse instrumento de coleta utilizado pelo programa é instituído em quatro módulos de acordo com o teor das questões abordadas durante o processo de avaliação e considera diversos aspectos relacionados à: estrutura, equipamentos e condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); vínculo de trabalho e investimento em educação permanente dos trabalhadores; apoio dado às equipes pela gestão da atenção básica; acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada ao usuário; satisfação e participação do usuário dos serviços de saúde de cada UBS avaliada (BRASIL, 2012a).

O Módulo III (Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário), que foi considerado neste estudo, pretende averiguar a satisfação e percepção dos usuários quanto à utilização e acesso dos serviços de saúde bucal (ANEXO A). Para esta análise foram analisados os seguintes itens deste módulo: a) identificação do usuário; b) acesso aos serviços de saúde; c) marcação de consultas; d) acolhimento à demanda espontânea; e) atenção integral à saúde e f) vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado. A entrevista com o usuário foi efetivada por meio do questionário do Módulo III sendo ela realizada com 4 (quatro) usuários que estavam na unidade no dia da avaliação externa, mas que não passaram por consulta com o cirurgião-dentista no dia da entrevista e que frequentaram a unidade no último ano em cada Unidade Saúde da Família.

4.2 Análise dos dados

Foram selecionadas as variáveis de interesse para este estudo, sendo os dados referentes ao Módulo III inicialmente analisados descritivamente. A finalidade da análise descritiva é de descrever as frequências das variáveis inclusas neste

estudo, considerando o porte populacional dos municípios do estado da Paraíba. Os dados correspondentes aos portes populacionais dos municípios paraibanos foram obtidos mediante os dados demográficos contidos no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foi considerada a população estimada para 2016, sendo os portes populacionais definidos como: pequeno porte – até 20.000 habitantes, médio porte – 20.001 a 100.000 habitantes, grande porte – a partir de 101.000 habitantes (IBGE, 2010).

Posteriormente, foram realizados ajustes no banco de dados por meio dos critérios para seleção dos dados, sendo eles: apenas inclusão das variáveis que possuísem até 10% de dados ausentes e utilização apenas dos dados referentes aos usuários que possuíam informações completas nas variáveis selecionadas.

Desta forma, dos 4733 usuários da Paraíba que responderam às questões referentes ao Módulo III, 2163 foram considerados neste estudo após a realização dos ajustes, sendo 1264 usuários (58,4%) correspondentes a municípios de pequeno porte; 492 médio porte (22,7%) e 407 (18,9%) representando municípios de grande porte.

Em seguida as variáveis de satisfação foram selecionadas para a realização de uma análise de agrupamento, com finalidade da obtenção de uma variável dependente. As demais variáveis independentes empregadas, que estão dispostas de acordo com os blocos de questões do instrumento de coleta empregado pelo PMAQ, estão descritas no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2-Variáveis independentes utilizadas no estudo.

Variáveis independentes	
Identificação do usuário	
1	Sexo
Acesso aos serviços de saúde bucal	
2	Quais são os turnos de atendimento da Equipe de Saúde Bucal
3	Se a equipe divulga o horário que a unidade funciona
4	Se há horário fixo de funcionamento
5	Se o horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende às suas necessidades
6	Quais os turnos o usuário gostaria que tivesse atendimento clínico
Marcação de consulta	
7	Se o usuário consegue marcar atendimento com o cirurgião dentista na unidade de saúde
Acolhimento à demanda espontânea	
8	Se quando o usuário procura o atendimento odontológico sem hora marcada é escutado

Atenção Integral à Saúde	
09	Se o consultório odontológico é um lugar reservado (tem privacidade)
10	Qual frequência o usuário é orientado(a) pelos profissionais de saúde bucal sobre os cuidados com a sua saúde bucal nas consultas
11	Se nas consultas, o(s) profissional (is) fazem anotações no prontuário ou ficha do usuário
Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado	
12	Se o usuário acha que durante o atendimento com os profissionais da equipe de saúde bucal o tempo de consulta é suficiente
13	Se na unidade de saúde o usuário é atendido pelo mesmo dentista
14	Se quando o usuário interrompe o tratamento por algum motivo ou não vai à consulta odontológica na unidade de saúde, os profissionais o procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento

Para o alcance da variável dependente (resposta) para o modelo, foi empregado o método *Two Step Cluster Analysis* (análise de agrupamento em duas etapas), cuja técnica é a análise de agrupamento. As questões referentes à satisfação do usuário (tem III.31) foram dicotomizadas, considerando 1 para “Satisfação” e 2 para “Insatisfação” dos usuários com os serviços de saúde, a fim de se obter dois *clusters* por meio de uma análise de agrupamento de qualidade e, enfim, gerar a variável dependente ou desfecho, como disposto do Quadro 3.

Quadro 3- Variáveis utilizadas no agrupamento do *Two Step Cluster Analysis*.

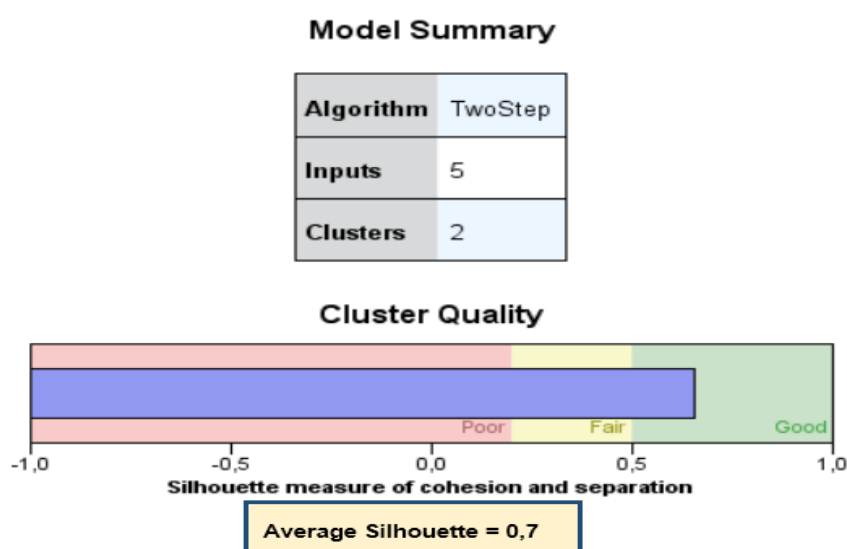
	Variáveis	Recategorização
1	Se o usuário acha que o consultório odontológico está em boas condições de limpeza	1 (Sim) 2 (Não)
2	Se o usuário acha que o consultório odontológico dispõe de boa ventilação ou climatização	1 (Sim) 2 (Não)
3	Se o usuário acha que no consultório odontológico os equipamentos odontológicos estão em boas condições de uso	1 (Sim) 2 (Não)
4	Se o usuário acha a cadeira odontológica está em boas condições de uso	1 (Sim) 2 (Não)
5	Se o usuário tivesse a opção, mudaria de dentista ou unidade de saúde	1 (Não) 2 (Sim)

Este método é diferenciado das demais técnicas de agrupamento comumente utilizadas e foi escolhido para este estudo por ser indicado na literatura pela sua identificação de grupos similares ou denominado *clusters* de pessoas ou objetos dentro de grandes conjuntos de dados (THEODORIDIS; KOUTROUMBAS, 2009; COSTA, 2013).

O resultado do *Two Step Cluster* é apontado como admissível quando os elementos contidos em um *cluster* são similares, todavia são classificados como ruins quando são dispares (THEODORIDIS; KOUTROUMBAS, 2009). A medida utilizada para averiguar este resultado é o coeficiente *Silhouette* (SC), que se trata de uma medida de semelhança e de disparidade que varia entre -1 e 1, e o agrupamento é considerado mais adequado quanto mais próximo a 1 (MOOI; SARSTEDT, 2011).

Na Figura 1 está exposta a saída da análise de agrupamento do *Two-Step Cluster*, onde indica que as cinco variáveis determinaram dois *clusters*. O Coeficiente de *Silhouette* de 0,7 admite que a análise de agrupamento é considerada aceitável, de acordo com a classificação de *Kaufman e Rousseeuw* (KAUFMAN; ROUSSEEUW, 2009).

Figura 1- Saída do método *Two-Step Cluster*.



Antes do ajuste dos modelos de regressão logística, aplicou-se o teste qui-quadrado (nível de significância de 20%), com o objetivo de identificar a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente “Satisfação do Usuário”. Consequente, foram definidas as variáveis a serem incluídas para obtenção dos modelos para cada conjunto de municípios, de acordo com o porte populacional.

Para as variáveis que foram inseridas para a regressão logística (nível de significância de 5%), adotou-se a satisfação (Y=1) e insatisfação (Y=0). As associações foram determinadas pela *odds ratio* (OR), a partir da regressão logística, com IC95%.

O modelo de regressão logística é uma ferramenta estatística permite calcular a probabilidade de um evento particular (variável dependente) ocorrer com base em

um conjunto de variáveis independentes (MARTINS; DOMINGUES, 2014). Para a edificação desse modelo, foi considerada a regressão logística por seu amplo uso na saúde devido à vantagem da facilidade de interpretação dos coeficientes estimados, por meio da *odds ratio* (OR). Um levantamento bibliográfico realizado por Protásio *et al.* (2014) demonstrou que a regressão logística é amplamente utilizada em diversos estudos que consideram a análise de dados no âmbito da APS com ênfase na satisfação do usuário.

Posteriormente à estimação do modelo inicial, realizou-se a verificação da validade do modelo mediante o teste de *Hosmer-Lemeshow*. Este teste mede a correspondência dos valores efetivos e previstos da variável dependente. Desta forma, o melhor ajuste do modelo é indicado por diferença menor na classificação observada e prevista. Sendo assim, um bom ajuste de modelo é indicado por um valor qui-quadrado não significativo (HOSMER; LEMESHOW, 2000).

Para avaliar o valor preditivo do modelo utilizou-se a matriz de classificação (Quadro 4 - Sessão Resultados) onde as linhas correspondem aos valores previstos para o modelo e as colunas aos valores observados. A matriz mostra o número de classificações corretas e as classificações preditas pelo modelo. Na diagonal principal encontra-se o número de acertos e os demais elementos são os erros de classificação (FAVERO, 2009).

Para a análise dos dados utilizou-se o *software SPSS*, versão 20.0.

4.3 Aspectos éticos

A avaliação externa do PMAQ foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, Parecer Nº 21.904 em 01/03/2012 (ANEXO B), de acordo com as normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados encontrados nesse estudo, estando eles divididos em: análise descritiva, na qual estará disposta a distribuição das frequências com valores percentuais e absolutos para cada variável utilizada e os modelos de regressão logística para cada conjunto de municípios, segundo porte populacional, com os seus respectivos ajustes de qualidade.

5.1 Análise descritiva

As tabelas a seguir exibem os resultados referentes à análise descritiva das variáveis utilizadas, contidas no Módulo III do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB, segundo o porte populacional dos municípios paraibanos. Um total de 2.163 usuários responderam às questões de saúde bucal, sendo 1.264 nos municípios de pequeno porte (58,4%), 492 de médio porte (22,7%) e 407 de grande porte (18,9%). Mediante a análise de agrupamento *Two Step cluster*, constatou-se que 66,3% (n=1434) dos usuários estão satisfeitos com os cuidados em saúde bucal que recebem na Atenção Básica da Paraíba.

Verificou-se, a partir da Tabela 1, que nos municípios de diferentes portes populacionais, a maioria dos usuários entrevistados era do sexo feminino.

Tabela 1- Distribuição dos usuários paraibanos por sexo, de acordo com o porte populacional dos municípios.

Sexo dos usuários entrevistados						
	PORTE POPULACIONAL					
	Grande porte		Médio porte		Pequeno porte	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	359	88,2	430	87,4	1134	89,7
Masculino	48	11,8	62	12,6	130	10,3
Total	407	100,0	492	100,0	1264	100,0

Fonte: PMAQ-AB 2º Ciclo de Avaliação Externa (2013/2014)

Na Tabela 2 visualiza-se a descrição dos dados referentes às variáveis sobre acesso aos serviços de saúde, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba. Verificou-se que: independente do porte populacional, a existência de atendimento da ESB durante o turno da manhã foi o mais referido, sendo o turno da noite foi o menos citado, nos três grupos de municípios - grande porte (n=7; 1,7%), médio porte (n=6; 1,2%) e pequeno porte (n=10; 0,8%); que as equipes divulgam o

horário de funcionamento da unidade - grande porte (n=353; 86,7%), médio porte (n=448; 91,1%) e pequeno porte (n=1142; 90,3%); que há horário fixo de atendimento - grande porte (n=385; 94,6%), médio porte (n=468; 95,1%) e pequeno porte (n=1178; 93,2%); que o horário de atendimento clínico odontológico atende às necessidades - grande porte (n=333; 81,8%), médio porte (n=427; 86,8%) e pequeno porte (n=1104; 87,3%) e que não gostariam que tivesse turno de atendimento mais cedo pela manhã (grande porte – n= 318, 78,1%; médio porte - n=378, 76,8%; pequeno porte – n=1023, 80,9%), à tarde até as 18h (grande porte – n= 287, 70,5%; médio porte - n=362, 73,6%; pequeno porte – n=936, 74,1%), à noite (grande porte – n= 277, 68,1%; médio porte - n=370, 75,2%; pequeno porte – n=1066, 84,3%) e aos sábados (71,0%; n= 897).

Tabela 2- Distribuição dos usuários paraibanos segundo as variáveis de acesso aos serviços de saúde, de acordo com o porte populacional dos municípios.

Quais são os turnos de Atendimento da Equipe de Saúde Bucal*												
PORTE POPULACIONAL												
	Grande porte				Médio porte				Pequeno porte			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Manhã	402	98,8	5	1,2	488	99,2	4	0,8	1255	99,3	9	0,7
Tarde	379	93,1	28	6,9	444	90,2	48	9,8	981	77,6	283	22,4
Noite	7	1,7	400	98,3	6	1,2	486	98,8	10	0,8	1254	99,2
Se a equipe divulga o horário que a unidade funciona												
	Grande porte		Médio porte		Pequeno porte							
	n	%	n	%	n	%						
Sim	353	86,7	448	91,1	1142	90,3						
Não	40	9,8	41	8,3	106	8,4						
NR**	14	3,4	3	0,6	16	1,3						
TOTAL	407	100,0	492	100,0	1264	100,0						
Se há horário fixo de funcionamento												
	Grande porte		Médio porte		Pequeno porte							
	n	%	n	%	n	%						
Sim	385	94,6	468	95,1	1178	93,2						
Não	22	5,4	24	4,9	86	6,8						
TOTAL	407	100,0	492	100,0	1264	100,0						
Se o horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende às necessidades												

	Grande porte		Médio porte		Pequeno porte							
	n	%	n	%	n	%						
Sim	333	81,8	427	86,8	1104	87,3						
Não	74	18,2	65	13,2	160	12,7						
TOTAL	407	100,0	492	100,0	1264	100,0						
Quais os turnos o usuário gostaria que tivesse atendimento clínico*												
	Grande porte		Médio porte		Pequeno porte							
	Sim		Não		Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%	n	%				
Mais cedo pela manhã	89	21,9	318	78,1	114	23,2	378	76,8	241	19,1	1023	80,9
À tarde até as 18 horas	120	29,5	287	70,5	130	26,4	362	73,6	328	25,9	936	74,1
À noite	130	31,9	277	68,1	122	24,8	370	75,2	198	15,7	1066	84,3
Aos sábados	163	40,0	244	60,0	172	35,0	320	65,0	367	29,0	897	71,0

Fonte: PMAQ-AB 2º Ciclo de Avaliação Externa (2013/2014)

*O usuário poderia responder mais de uma questão

**NR= Não respondeu

A Tabela 3 apresenta a análise descritiva referente às variáveis sobre a marcação de consulta, segundo os usuários da Paraíba, considerando o porte populacional dos municípios.

Constatou-se que, nos três grupos de municípios, a maioria dos usuários da Paraíba afirmaram que conseguem marcar atendimento com o cirurgião dentista na unidade de saúde (grande porte – n=317, 77,9%; médio porte - n=404, 82,1%; pequeno porte – n=1031, 81,6%).

Tabela 3- Distribuição dos usuários paraibanos segundo variável sobre marcação de consulta, de acordo com o porte populacional dos municípios.

Se o usuário consegue marcar atendimento com o cirurgião dentista na unidade de saúde						
	Grande porte		Médio porte		Pequeno porte	
	n	%	n	%	n	%
Sim	317	77,9	404	82,1	1031	81,6

Não	56	13,8	46	9,3	133	10,5
Nunca procurou	34	8,4	42	8,5	100	7,9
TOTAL	407	100,0	492	100,0	1264	100,0

Fonte: PMAQ-AB 2º Ciclo de Avaliação Externa (2013/2014).

Pode-se observar na Tabela 4 que, 45,7% (n=225) dos usuários dos municípios de médio porte afirmaram que quando procuram atendimento odontológico sem hora marcada, não são escutados.

Tabela 4- Distribuição dos usuários paraibanos segundo variável sobre acolhimento à demanda espontânea, de acordo com o porte populacional dos municípios.

Se o usuário é escutado quando procura o atendimento odontológico sem hora marcada						
	Grande porte		Médio porte		Pequeno porte	
	n	%	n	%	n	%
Sim, sempre	148	36,4	197	40,0	538	42,6
Sim, algumas vezes	111	27,2	70	14,3	205	16,2
Não	148	36,4	225	45,7	521	41,2
TOTAL	407	100,0	492	100,0	1264	100,0

Fonte: PMAQ-AB 2º Ciclo de Avaliação Externa (2013/2014)

A Tabela 5 demonstra que a maioria dos usuários responderam que o consultório odontológico é um lugar reservado, independente do porte populacional (grande porte – n=380, 93,4%; médio porte – n=471, 95,7% e pequeno porte n=1218, 96,4%); que sempre são orientados pelos profissionais sobre os cuidados com a sua saúde bucal durante as consultas (grande porte – n=267, 65,6%; médio porte – n=381, 77,4% e pequeno porte n=937, 74,1%) e que os profissionais sempre fazem anotações nas fichas ou prontuários (grande porte – n=365, 89,7%; médio porte – n=459, 93,3% e pequeno porte n=1151, 91,1%).

Tabela 5- Distribuição dos usuários paraibanos segundo variáveis sobre atenção integral à saúde, de acordo com o porte populacional dos municípios.

Se o consultório odontológico é um lugar reservado (tem privacidade)						
	Grande porte		Médio porte		Pequeno porte	
	n	%	n	%	n	%
Sim	380	93,4	471	95,7	1218	96,4
Não	27	6,6	21	4,3	46	3,6
TOTAL	407	100,0	492	100,0	1264	100,0

Qual frequência o usuário é orientado(a) pelos profissionais de saúde bucal sobre os cuidados com a sua saúde bucal nas consultas						
	Grande porte		Médio porte		Pequeno porte	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	267	65,6	381	77,4	937	74,1
Na maioria das vezes	88	21,6	75	15,2	211	16,7
Quase nunca	23	5,7	8	1,6	41	3,2
Nunca	29	7,1	28	5,7	75	5,9
TOTAL	407	100,0	492	100,0	1264	100,0

Se nas consultas, o(s) profissional (is) fazem anotações no prontuário ou ficha do usuário						
	Grande porte		Médio porte		Pequeno porte	
	n	%	n	%	n	%
Sim, sempre	365	89,7	459	93,3	1151	91,1
Sim, algumas vezes	27	6,6	13	2,6	58	4,6
Não	15	3,7	20	4,1	55	4,4
TOTAL	407	100,0	492	100,0	1264	100,0

Fonte: PMAQ-AB 2º Ciclo de Avaliação Externa (2013/2014)

Os resultados exibidos na Tabela 6 demonstram que a maioria dos usuários, nos três portes populacionais, considera o tempo de consulta suficiente durante o atendimento com os profissionais da ESB (grande porte – n=326, 80,1%; médio porte – n=426, 86,6% e pequeno porte n=11096, 86,8%) e que são atendidos pelo mesmo dentista na unidade (grande porte – n=340, 83,5%; médio porte – n=398, 80,9% e pequeno porte n=990, 78,3%).

Já a maioria dos usuários dos municípios de médio e pequeno porte, afirmaram que nunca abandonaram ou faltaram a uma consulta, quando indagados se os profissionais da equipe o procuram quando ele interrompe o tratamento ou falta a uma consulta por algum motivo (grande porte – n=110, 27,0%; médio porte – n=261, 53,0% e pequeno porte n=676, 53,5%).

Tabela 6- Distribuição dos usuários paraibanos segundo variáveis sobre vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado, de acordo com o porte populacional dos municípios.

Se o usuário acha que durante o atendimento com os profissionais da ESB o tempo de consulta é suficiente						
	Grande porte		Médio porte		Pequeno porte	
	n	%	n	%	n	%
Sim, sempre	326	80,1	426	86,6	1096	86,8
Sim, algumas vezes	49	12,0	31	6,3	108	8,5

Não	32	7,9	35	7,1	60	4,7
TOTAL	407	100,0	492	100,0	1264	100,0

Se o usuário é atendido pelo mesmo dentista na unidade

	Grande porte		Médio porte		Pequeno porte	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	340	83,5	398	80,9	990	78,3
Na maioria das vezes	54	13,3	64	13,0	194	15,3
Quase nunca	11	2,7	30	6,1	65	5,1
Nunca	2	0,5	492	100,0	15	1,2
TOTAL	407	100,0	398	80,9	1264	100,0

Se quando o usuário interrompe o tratamento por algum motivo ou não vai à consulta odontológica na unidade de saúde, os profissionais o procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento

	Grande porte		Médio porte		Pequeno porte	
	n	%	n	%	n	%
Sim, sempre	54	13,3	55	11,2	162	12,8
Sim, algumas vezes	36	8,8	33	6,7	78	6,2
Não	207	50,9	143	29,1	348	27,5
Nunca abandonou ou faltou	110	27,0	261	53,0	676	53,5
TOTAL	407	100,0	492	100,0	1264	100,0

Fonte: PMAQ-AB 2º Ciclo de Avaliação Externa (2013/2014)

5.2 Regressão logística

A seguir serão apresentados os resultados referentes aos ajustes dos modelos de regressão logística binário, segundo o porte populacional dos municípios do estado da Paraíba. O modelo de regressão logística ajustado apresenta intervalos de confiança para β , p-valores, *Odds Ratio* (OR) e intervalos de confiança para OR. Para avaliar o ajuste do modelo usou-se o teste de *Hosmer e Lemeshow*. Foram incluídos 2.163 usuários/casos para a Paraíba, sendo eles distribuídos segundo o porte populacional dos municípios. Após a aplicação dos testes qui-quadrado, foram selecionadas 14 variáveis para o modelo de regressão para os usuários do conjunto de municípios de pequeno porte populacional, 12 para médio porte e 10 para grande porte.

5.2.1 Modelo de regressão logística para os municípios de grande porte

Na Tabela 7 é apresentado o modelo logístico ajustado para municípios de grande porte populacional, contendo as variáveis do Módulo III do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB associadas ao desfecho. Foram incluídos 407

usuários/casos, sendo 2 variáveis associadas ao desfecho: se o horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende às necessidades dos usuários e se quando o usuário procura o atendimento odontológico sem hora marcada é escutado. Constatou-se, para o modelo de regressão para os usuários dos municípios de grande porte, que o valor do teste de *Hosmer e Lemeshow* foi 0,851 ($p > 0,05$), portanto, o modelo pode ser aceito estatisticamente.

Tabela 7 - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados para os usuários dos municípios de grande porte do estado da Paraíba.

GRANDE PORTE				
Variável	β	P - valor	OR	IC 95%
1- Se o horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende às necessidades dos usuários				
Sim (referência)			1	
Não	-0,72	0,02*	0,56	0,32 - 0,96
2- Se quando o usuário procura o atendimento odontológico sem hora marcada é escutado				
Sim, sempre (referência)			1	
Sim, algumas vezes	0,27	0,25	1,32	0,82 - 2,12
Não	-0,25	0,01*	0,77	0,46 - 1,29

*nível de significância 5%

Teste *Hosmer e Lemeshow* – $p=0,851$

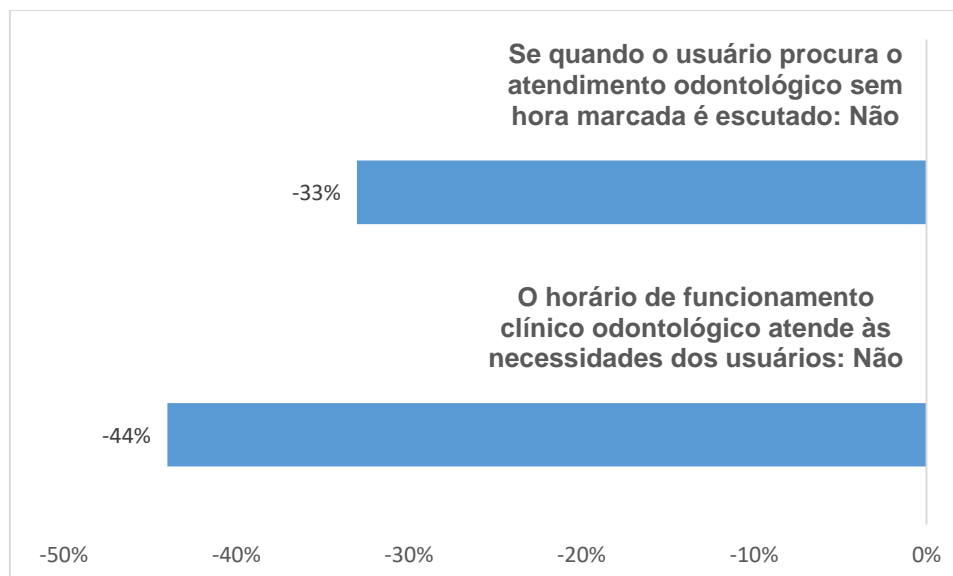
O Quadro 4 exibe a matriz de classificação do modelo de Regressão Logística para os municípios de grande porte da Paraíba, onde a taxa de acerto do modelo foi de 62,2 %.

Quadro 4 - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística para os municípios de grande porte da Paraíba.

Valores observados	Valores Estimados		Total
	Insatisfeito (0)	Satisfeito (1)	
Insatisfeito (0)	121 (29,8%)	82 (20,1%)	203 (49,9%)
Satisfeito (1)	72 (17,7%)	132 (32,4%)	204 (50,1%)
Total	193 (47,4%)	214 (52,6%)	407 (100%)

O Gráfico 1 evidencia a interpretação da OR referente às variáveis inclusas no modelo de regressão logística para os usuários dos municípios de grande porte do estado da Paraíba.

Gráfico 1 - Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários de municípios de grande porte.



5.2.2 Modelo de regressão logística para os municípios de médio porte

Na Tabela 8 é apresentado o modelo logístico ajustado para municípios de médio porte populacional, contendo as variáveis do Módulo III do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB associadas ao desfecho. Foram incluídos 492 usuários/casos, sendo 2 variáveis associadas ao desfecho: se o usuário consegue marcar atendimento com o cirurgião dentista na unidade de saúde e se durante o atendimento com os profissionais da equipe de saúde bucal e se o usuário acha que o tempo de consulta é suficiente. Quanto à verificação da qualidade do modelo, o valor do teste de *Hosmer e Lemeshow* foi 0,822 ($p > 0,05$). Portanto, o modelo pode ser aceito estatisticamente.

Tabela 8 - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados para os usuários dos municípios de médio porte do estado da Paraíba.

MÉDIO PORTE					
Variável	β	p-valor	OR	IC 95%	
1-Se o usuário consegue marcar atendimento com o cirurgião dentista na unidade de saúde					
Sim (referência)			1		
Não	-0,66	0,03*	0,64	0,27 -0,94	
2-Se durante o atendimento com os profissionais da equipe de saúde bucal, o					

usuário acha que o tempo de consulta é suficiente

Sim, sempre (referência)			1	
Sim, algumas vezes	-0,29	0,04*	0,74	0,35 – 1,59
Não	- 0,59	0,02*	0,55	0,27 – 1,12

*nível de significância 5%

Teste *Hosmer e Lemeshow* – $p=0,822$

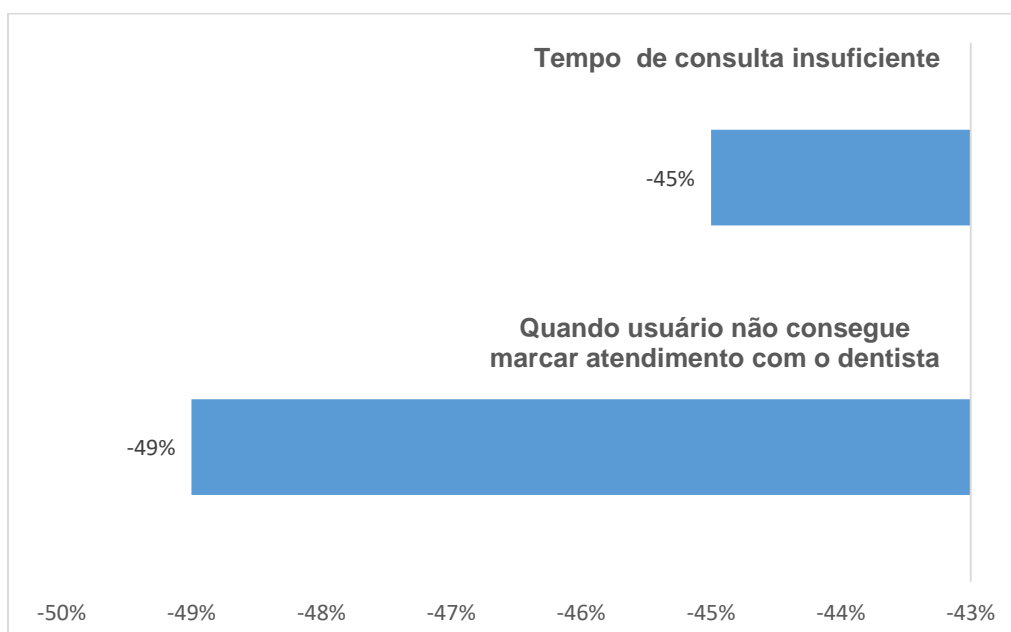
O Quadro 5 exibe a matriz de classificação do modelo de Regressão Logística para os municípios de médio porte da Paraíba, onde a taxa de acerto do modelo foi de 68,5 %.

Quadro 5 - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística para os municípios de médio porte da Paraíba.

Valores observados	Valores Estimados		
	Insatisfeito (0)	Satisfeito (1)	Total
Insatisfeito (0)	24 (4,9%)	146 (29,7%)	170 (34,6%)
Satisfeito (1)	9 (1,8%)	313 (63,5%)	322 (65,4%)
Total	33 (6,7%)	459 (93,3%)	492 (100%)

O Gráfico 2 evidencia a interpretação da OR referente às variáveis incluídas no modelo de regressão logística para os usuários dos municípios de médio porte do estado da Paraíba.

Gráfico 2 - Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários de municípios de médio porte.



5.2.3. Modelo de regressão logística para os municípios de pequeno porte

Na Tabela 9 é apresentado o modelo logístico ajustado para municípios de pequeno porte populacional, contendo as variáveis do Módulo III do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB associadas ao desfecho. Para esse modelo foram incluídos 1.264 usuários/casos, sendo 4 variáveis associadas ao desfecho: se o horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende às necessidades dos usuários; se o consultório é um lugar reservado; nas consultas com que frequência o usuário é orientado pelos profissionais de saúde bucal quanto aos cuidados em saúde bucal e se quando o usuário interrompe o tratamento por algum motivo ou não vai à consulta odontológica na unidade de saúde, os profissionais o procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento.

O teste de *Hosmer e Lemeshow*, utilizado para verificação da qualidade do modelo, apresentou valor igual a 0,989 ($p > 0,05$), sendo o modelo aceito estatisticamente.

Tabela 9 - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados para os usuários dos municípios de pequeno porte do estado da Paraíba.

PEQUENO PORTE				
Variável	β	P -valor	OR	IC 95%
1-Se o horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende às necessidades dos usuários				
Sim (referência)			1	
Não	-0,54	<0,0001	0,57	0,40 - 0,83
2- Se o consultório é um lugar reservado				
Sim (referência)			1	
Não	-0,66	0,03*	0,51	0,27 - 0,96
3-Nas consultas com que frequência o usuário é orientado pelos profissionais de saúde bucal quanto aos cuidados em saúde bucal				
Sempre (referência)			1	
Na maioria das vezes	0,10	0,70	1,11	0,64 - 1,92
Quase nunca	-0,32	0,33	0,71	0,36 - 1,41
Nunca	-0,57	<0,0001	0,62	0,40 - 0,77
4- Quando o usuário interrompe o tratamento por algum motivo ou não vai à consulta odontológica na unidade de saúde, os profissionais o procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento				

Sim, sempre (referência)			1	
Sim, algumas vezes	-0,29	0,35	0,74	0,39 – 1,39
Não	-0,65	0,01*	0,51	0,33 – 0,81

*nível de significância 5%

Teste *Hosmer e Lemeshow* – $p=0,989$

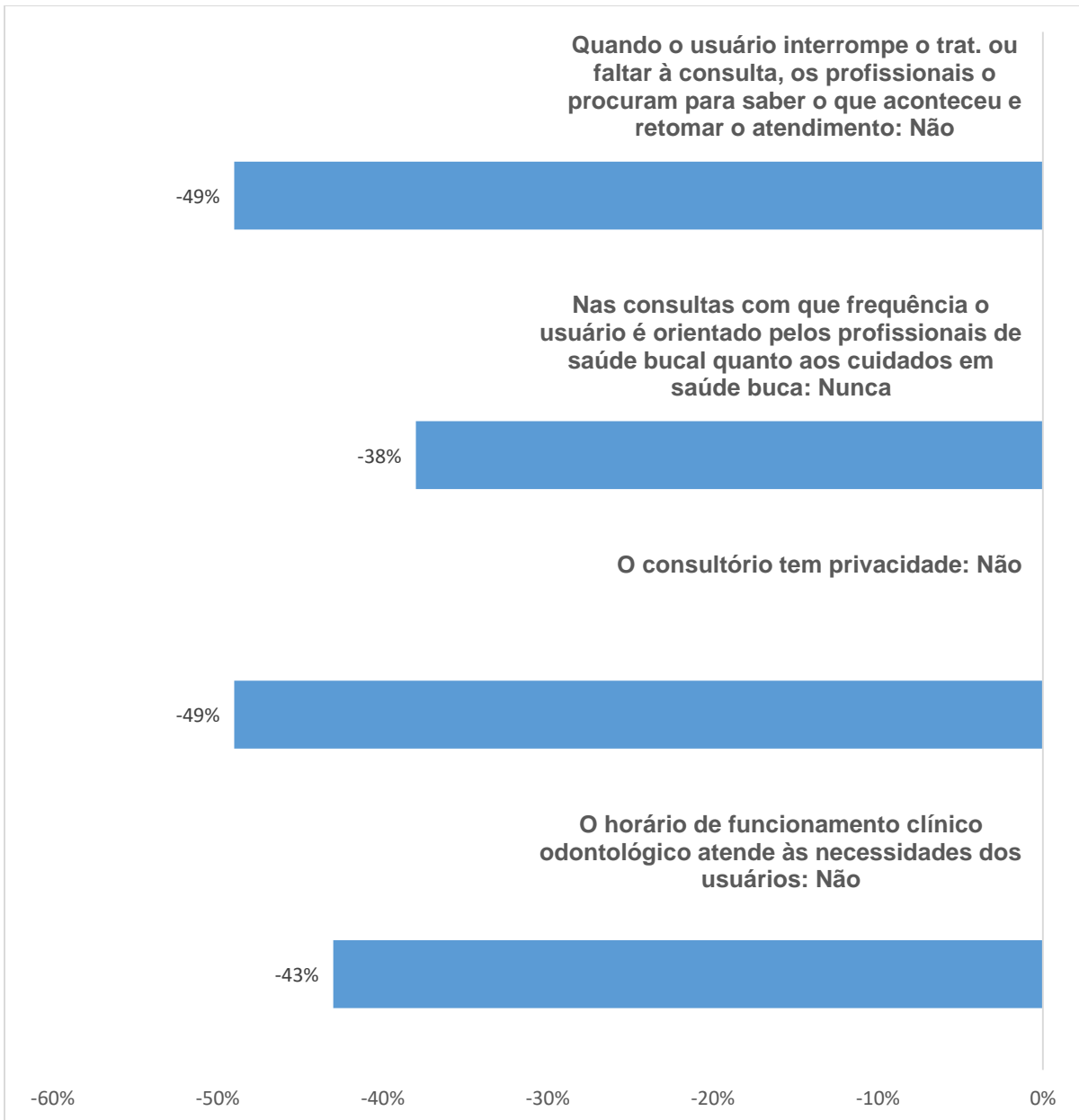
O Quadro 6 apresenta a matriz de classificação do modelo de Regressão Logística para os municípios de pequeno porte da Paraíba, onde a taxa de acerto do modelo foi de 71,6 %.

Quadro 6 - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística para os municípios de pequeno porte da Paraíba.

Valores observados	Valores Estimados		
	Insatisfeito (0)	Satisfeito (1)	Total
Insatisfeito (0)	41 (3,3%)	315 (24,9%)	356 (28,2%)
Satisfeito (1)	44 (3,5%)	864 (68,3%)	908 (71,8%)
Total	85 (6,7%)	1179(93,3%)	1264 (100%)

O Gráfico 3, a seguir, demonstra a interpretação da OR referente às variáveis inclusas no modelo de regressão logística para os usuários dos municípios de pequeno porte do estado da Paraíba.

Gráfico 3 - Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários de municípios de pequeno porte.



6 DISCUSSÃO

Este trabalho exhibe os resultados de uma análise de avaliação dos serviços de saúde realizada em âmbito nacional, mediante o programa PMAQ-AB. O presente estudo se propôs a verificar os fatores que influenciam na satisfação dos usuários com o serviço odontológico ofertado na Atenção Básica da Paraíba, adotando uma abordagem por porte populacional dos municípios.

Sabe-se da importância da percepção e expectativa do usuário com os serviços odontológicos quanto ao processo de avaliação dos serviços, já que pode favorecer à prática do controle social. Sabe-se que, quando o indivíduo é considerado capaz de avaliar e intervir no próprio sistema de saúde, o conceito de democratização da saúde é fortalecido (SANTOS *et al.*, 2015; MOIMAZ *et al.*, 2016).

No que se refere à satisfação com os serviços ofertados em saúde bucal, foco desse estudo, verificou-se, mediante a análise de agrupamento *Two Step Cluster*, que 66,3% (n=1434) dos usuários se mostraram satisfeitos com o serviço. Esses dados demonstram que a maior parte dos usuários entrevistados estão satisfeitos com o serviço ofertado em saúde bucal, o que corrobora com outros estudos (OLIVEIRA *et al.*, 2009; SERAPIONE; SILVA, 2011; SANTOS *et al.*, 2015). O estudo proposto por Moimaz *et al.* (2016), que relatou a avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no SUS em uma cidade de São Paulo, demonstrou que 90,4% dos usuários entrevistados avaliaram positivamente o atendimento odontológico recebido.

O elevado percentual de usuários satisfeitos com os serviços pode estar vinculado à existência de uma baixa expectativa por parte do usuário, além da ausência da compreensão de que o serviço de saúde é um direito e não uma contribuição ou doação (BRANDÃO *et al.*, 2013). Todavia, os resultados do presente estudo demonstram um percentual considerável (33,7%) de insatisfeitos, o que pode apontar que as entrevistas tenham refletido o cotidiano desses serviços.

Para melhor exploração dos resultados, esta discussão será dividida em tópicos, de acordo com as dimensões: identificação do usuário; acesso aos serviços de saúde; marcação de consulta e acolhimento à demanda espontânea; atenção integral à saúde e vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado.

6.1 Identificação do usuário

Como demonstrado na Tabela 1, foi verificado, no conjunto de municípios de diferentes portes populacionais, que o sexo feminino apresentou o maior percentual

dos usuários que foram entrevistados nas UBS. Este dado corrobora com os achados de outros trabalhos que revelaram que o comparecimento de homens nos serviços da APS é menor do que o das mulheres (GOMES *et al.*, 2007; MACHADO; NOGUEIRA, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2009; MOIMAZ *et al.*, 2016).

Os homens optam por deixar a saúde em segundo plano em detrimento às suas atividades relacionadas ao trabalho. Desta forma, a busca destes usuários aos serviços de saúde geral e bucal pode resultar na necessidade de se ausentarem das suas ocupações, o que poderia comprometer suas subsistências (SILVA *et al.*, 2012). Sabe-se também que os homens solicitam atendimento exclusivamente quando constatarem impossibilidade de se deslocarem para o trabalho, sendo a maioria dos atendimentos de caráter de urgência. Ademais, em nossa sociedade, a prestação do cuidado com o próximo e consigo relaciona-se a aspectos de feminilidade (KITAMURA *et al.*, 2016).

Quanto aos resultados demonstrados pela regressão logística, não foi encontrada influência do sexo na satisfação do usuário com os serviços odontológicos em municípios de diferentes portes populacionais. Já o estudo proposto por Protasio *et al.* (2017) demonstrou que, no Brasil, ser usuário do sexo feminino aumenta a chance de obter satisfação em 17%, em relação ao masculino, e no Nordeste 27%. Apesar deste estudo não ter encontrado associação do sexo feminino com a satisfação do usuário, determinados trabalhos evidenciam que as mulheres são mais capazes de criticar os serviços pela maior demanda nos serviços de saúde ser do sexo feminino (CASTRO *et al.*, 2012; BASTOS *et al.*, 2013).

6.2 Acesso aos serviços de saúde

Quanto aos turnos de atendimento da UBS, verificou-se que o turno da manhã foi o mais citado pelos usuários em todos os portes populacionais, sendo o turno utilizado para atendimento odontológico. Observou-se também que o turno da noite foi o menos frequente em todos os municípios, que o horário de funcionamento da unidade de saúde é fixo e que esse horário é divulgado pela equipe.

Já quando indagados se gostariam que o turno de atendimento fosse ampliado para um horário mais cedo pela manhã, após as 18h, à noite ou aos sábados, a maioria dos usuários, em todos os municípios, não afirmaram interesse. Todavia, 40% dos usuários dos municípios de grande porte afirmaram que gostariam que tivesse atendimento aos sábados.

Sabe-se que um turno de funcionamento ampliado pode facilitar o acesso aos serviços de saúde, uma vez que, quando o atendimento se restringe a um turno, o usuário encontra dificuldade em conciliar seu horário de trabalho com o horário de atendimento disponibilizado pela UBS, como já mencionado. Todavia, vale destacar que, em grandes centros, a ampliação do turno de atendimento pode não ser possível, devido à elevada criminalidade e violência urbana. Logo, o atendimento nas UBS aos sábados poderia ser uma alternativa em detrimento ao atendimento noturno nessas localidades, o que pode explicar a escolha de alguns usuários nos municípios de grande porte por esta opção.

Verificou-se, mediante o modelo de regressão logística, que, quando o usuário não considera que o horário de funcionamento odontológico atende as suas necessidades, diminui a chance de obter satisfação, em municípios de pequeno (OR= 0,57) e grande porte (OR=0,56). Dessa forma, o horário de funcionamento odontológico atender às necessidades do usuário é determinante para a obtenção da satisfação, como observado para os usuários dos municípios de pequeno e grande porte da Paraíba. Isso pode ser atribuído ao fato de o horário de funcionamento das UBS coincidir com o horário de trabalho do usuário, o que compromete o seu acesso ao atendimento. Em um estudo que analisou a percepção dos usuários com os serviços odontológicos no Espírito Santo, constatou-se que um fator de entrave para o acesso aos serviços de saúde bucal foi o horário restrito de atendimento nas UBS. Os usuários se sentiam insatisfeitos com o serviço, já que o horário de funcionamento da unidade coincidia com o horário de trabalho (SZPILMAN; OLIVEIRA, 2011). Outro estudo, que verificou os fatores associados à satisfação dos usuários da Atenção Básica no Brasil, também encontrou resultados semelhantes, onde a chance de obter satisfação diminuiu 46% quando o horário funcionamento não atendia às necessidades dos usuários. É importante destacar, também, que este obstáculo nas unidades pode relacionar-se às formas de contratação insatisfatórias e informais, o que desencadeia uma jornada de trabalho com carga horária inferior a 40 horas semanais (PROTASIO *et al.*, 2017).

6.3 Marcação de consulta e Acolhimento à demanda espontânea

Quanto à marcação de consulta, constatou-se que a maioria dos usuários, em todos os conjuntos de municípios, relataram conseguir marcar atendimento com o cirurgião dentista.

A presença de longas filas de espera, além do fato de o usuário necessitar ser atendido exclusivamente pelo sistema de saúde público, pode relacionar-se à visão de dificuldade quanto à marcação de consulta ou à obtenção de uma vaga para atendimento, contribuindo para a sua insatisfação (LIMA *et al.*, 2010).

Quando o usuário não consegue marcar atendimento com o cirurgião dentista na unidade de saúde, diminui a chance dos usuários de municípios de médio porte obter satisfação com o serviço odontológico ofertado (OR=0,51).

Um estudo que avaliou a satisfação dos usuários, segundo variáveis de organização dos serviços públicos odontológicos em três cidades brasileiras (Araçatuba – SP, Ponta Grossa – PR e Arquidauana – MT), constatou que, apesar de os indivíduos relatarem conseguir agendar a consulta odontológica, eles não apresentaram elevado grau de satisfação (MOIMAZ *et al.*, 2017). Diversos estudos demonstram que o elevado tempo de espera para conseguir marcar uma consulta tem se mostrado como um dos principais fatores de desistência do atendimento pelo usuário. Esse fator, além de contribuir para a insatisfação do usuário, favorece a perpetuação da aflição, ansiedade e frustração pela demora para atendimento (ANDRADE; FERREIRA, 2006; BORDIM *et al.*, 2017; MOIMAZ *et al.*, 2017). O agendamento precedente às consultas constitui uma estratégia que auxilia o acesso aos serviços de saúde e possibilita priorizar os casos ou segmentos específicos que precisam ser atendidos por determinados programas (RAMOS; LIMA, 2003).

Quanto ao acolhimento à demanda espontânea, não ser escutado ao procurar atendimento odontológico sem hora marcada, diminui as chances dos usuários de municípios de grande porte alcançar satisfação (OR=0,77). Para essa variável foi verificado que alguns usuários, independente do porte populacional, relataram que quando procuram o atendimento odontológico sem hora marcada não conseguem ser escutados. Sendo assim, o atendimento por livre demanda ainda é amplamente utilizado nos serviços de saúde e foi demonstrado, nesse estudo, que os usuários dos grandes centros se sentem insatisfeitos quando não conseguem ingressar nos serviços dessa forma.

Sabe-se que na AB esse atendimento deve ter como base os fundamentos do

acolhimento e da escuta qualificada à população, aliado à gestão local reflexiva e às boas práticas de atenção, assegurando um atendimento mais humanizado e resolutivo. Dessa forma, há um estabelecimento de vínculo entre os usuários e as equipes de atenção básica, validando-se como a porta de entrada preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2000).

Ademais, é primordial que existam iniciativas de reorganização dos processos de trabalho, através de reuniões da equipe com frequência, a fim de organizar os serviços e avaliar o processo de acolhimento e de atendimento à demanda espontânea. É importante também a otimização dos fluxos internos, o que pode contribuir, de forma significativa, com a melhoria da qualidade dos serviços e a satisfação dos usuários (BRASIL, 2000; BORDIM *et al.*, 2017).

6.4 Atenção integral à saúde

Verificou-se que a maioria dos usuários referiram que o consultório odontológico tem privacidade. Presume-se que esses usuários tendem a se mostrar mais solícitos ao estabelecimento de um vínculo com o profissional de saúde, sendo a consulta um momento ideal para a construção de um diálogo com o profissional. Dessa forma, a privacidade do ambiente se torna um fator primordial e facilitador da comunicação entre usuário e cirurgião dentista.

Constatou-se que a maioria dos usuários relataram que sempre são orientados pelos profissionais de saúde bucal. O estudo proposto por Moimaz *et al.* (2017) corroborou com esses achados, onde constatou que 67,0% dos usuários sempre receberam orientações dos profissionais sobre como prevenir as principais doenças da boca.

Os resultados desse estudo revelaram também que a maioria dos usuários afirmaram que, nas consultas, os profissionais sempre fazem anotações no prontuário ou ficha do usuário, em todos os municípios agrupados em conjuntos, de acordo com o porte populacional. A realização de anotações pode demonstrar a atenção do profissional ao preenchimento dos dados da anamnese e exame físico do paciente. O preenchimento adequado das informações do paciente, relato do quadro clínico, queixas principais e todas as demais informações, permitem uma melhor avaliação do diagnóstico e plano de tratamento do paciente (BENEDICTO *et al.*, 2010). Ademais, existe a necessidade de armazenamento dos prontuários, com o objetivo de subsidiar

informações às perícias odontológicas e resguardar o cirurgião dentista diante de um processo de responsabilidade profissional (PARANHOS *et al.*, 2007).

Com relação aos fatores analisados nesse estudo sobre a percepção dos usuários quanto à atenção integral à saúde, as variáveis que estiveram associadas ao desfecho *Satisfação do usuário com os serviços ofertados em saúde bucal* foram: quando o usuário considera o consultório odontológico um lugar reservado (com privacidade) e a frequência com que o usuário é orientado(a) pelos profissionais de saúde bucal sobre os cuidados com a sua saúde bucal nas consultas.

Os resultados demonstraram que quando o usuário considera que o consultório odontológico não é um lugar reservado, diminui as chances de obter satisfação (OR= 0,51), em municípios de pequeno porte. O estudo realizado por Aldana, Piechulek e Al-Sabir (2001) corrobora com os achados do presente trabalho, onde também verificaram associação entre a satisfação dos usuários com a privacidade do consultório de atendimento em comunidades rurais de Bangladesh. Sendo assim, a privacidade no consultório facilitar a comunicação e impede interrupções, contribuindo para um espaço mais confortável para o usuário (ALDANA; PIECHULEK; AL-SABIR, 2001; CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

A frequência com que o usuário é orientado(a) pelos profissionais de saúde bucal sobre os cuidados com a sua saúde bucal nas consultas também esteve associada à satisfação dos usuários residentes em municípios de pequeno porte. Quando o usuário nunca é orientado pelos profissionais de saúde bucal com relação a sempre ter tal orientação, diminui as chances de obter satisfação (OR=0,62).

A reformulação do processo de trabalho no contexto do SUS envolve a vigilância em saúde, pautada nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. A incorporação da saúde bucal nesse processo, mediante a sua inserção no ESF, tem contribuído para que modelos assistenciais em saúde bucal, fundamentados exclusivamente em ações curativistas e tecnicistas, sejam minimizados ou até eliminados (SOUZA; RONCALLI, 2007). Logo, a orientação quanto à saúde bucal realizada pelos profissionais nas UBS, a exemplo de orientações quanto à dieta e higiene oral, tornam-se fundamentais do processo de promoção e prevenção em saúde bucal.

6.5 Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado

Os resultados da análise descritiva demonstraram que uma maior parcela dos usuários, em todos os municípios agrupados em conjuntos, de acordo com o porte populacional, afirmaram que o tempo de consulta é sempre suficiente. Todavia, mesmo diante desses resultados, a literatura demonstra de maneira perceptível que ainda existe carência quanto à humanização durante o atendimento ofertado nos serviços públicos de saúde. Existe a necessidade de instituir relações de intersubjetividade entre profissionais e usuários, que podem ser edificadas no período de consulta com o usuário (VAN STRALEN *et al.*, 2008; MOIMAZ *et al.*, 2010). Ademais, os resultados constatados no presente estudo são ratificados por outros trabalhos que também evidenciaram associação significativa entre o tempo de consulta e a satisfação do usuário (ALDANA; PIECHULEK; AL-SABIR, 2001; COTTA *et al.*, 2005; BASTOS *et al.*, 2013). Compreende-se que o tempo de consulta, quando ampliado, propicia uma maior resolutividade, além de relacionar-se com uma qualidade satisfatória no atendimento, assim como redução de consultas de retorno e, conseqüentemente, abandonos durante o tratamento (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; CHAVES *et al.*, 2011).

Além disso, um percentual considerável de usuários dos municípios de grande porte apontou que os profissionais não os procuram quando interrompem o tratamento por algum motivo ou não vão à consulta odontológica na UBS (50,9%; n=207). Presume-se que existem fragilidades quanto ao relacionamento cirurgião dentista e usuário, em cidades de maior porte populacional. Supõe-se que o cirurgião dentista conheça menos a comunidade da área coberta pela UBS em cidades mais populosas, sendo o vínculo entre o profissional e usuário prejudicado. O estudo realizado por Santos *et al.* (2012), que analisou as práticas das Equipes de Saúde da Família em quatro capitais brasileiras (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória), constatou que o vínculo entre profissional e usuário ainda necessitava de melhorias, principalmente quanto ao estabelecimento do contato com o usuário e conhecimento da comunidade mediante a visita domiciliar. Logo, por meio do relacionamento estreito entre usuário e profissional é possível propiciar o vínculo, otimizar a adesão ao tratamento e identificar os riscos e vulnerabilidade das famílias (SANTOS *et al.*, 2012; ILHA *et al.*, 2014).

O modelo de regressão logística apresentado apontou que o usuário considerar o tempo de consulta insuficiente, diminui as chances de obter satisfação em usuários

de municípios de médio porte (OR=0,55).

Constatou-se, também, nesse trabalho, que o usuário não ser procurado pelos profissionais quando ele interrompe o tratamento por algum motivo ou não vai à consulta odontológica na unidade de saúde, diminui as chances de obter satisfação em usuários de municípios pequeno porte (OR=0,51). Sabe-se que o vínculo entre profissional e o usuário influencia na satisfação do usuário dos serviços públicos de saúde. Dessa forma, a busca pela consolidação de relações interpessoais com o usuário, como conhecer o motivo que o impediu de retomar ao atendimento, pode estender a oportunidade de proximidade com o cotidiano dos pacientes. Esta relação estabelecida é importante, já que pode influenciar na produção do cuidado e no resultado do tratamento, obtendo um relacionamento baseado na confiança e alcance de uma troca de saberes entre os profissionais e o usuário (GERVAZ; FERNANDES, 2005). Um estudo que analisou o serviço de saúde bucal na percepção dos usuários em Minas Gerais, também relatou que os indivíduos entrevistados consideraram importante a relação interpessoal entre profissional e paciente. Os autores apontaram que a cordialidade foi citada pelos usuários como contribuinte para o restabelecimento da sua saúde, exercendo, portanto, influência sobre o resultado do tratamento (REIS *et al.*, 2009).

Outro aspecto verificado nesse trabalho é que a maioria dos usuários alegaram que são sempre atendidos pelo mesmo dentista na UBS. Em municípios de menor porte populacional, foi verificado menor percentual, em relação aos demais, de usuários que afirmaram serem atendidos sempre pelo mesmo dentista (78,3%; n=990). É provável que este fato se relacione à alta rotatividade de cirurgiões dentistas nesses pequenos centros, o que pode favorecer o rompimento do vínculo entre profissional e usuário. Sendo assim, o estabelecimento do vínculo proporciona confiança na atuação do profissional, melhor aceitação ao tratamento por parte do usuário e continuidade pela procura ao serviço, advindas da relação de convívio estabelecida entre eles (COSTA *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Portanto, a elaboração de estudos que consideram a satisfação dos usuários como metodologia para avaliação dos serviços de saúde tem grande relevância, pois contribuem para a tomada de decisão, com vistas à melhoria do acesso e qualidade dos serviços.

6.6 Limitações do estudo

O PMAQ-AB subsidia o levantamento de informações generalizadas pelo alcance em âmbito nacional, o que indica o elevado nível de precisão. Todavia, algumas limitações podem ser apontadas para o presente estudo, já que foram empregados dados secundários, que podem gerar erros relacionados ao preenchimento das informações. Pode-se ressaltar também que, quanto à seleção dos usuários que responderam ao questionário da avaliação externa, pode ter ocorrido viés de seleção, já que não foi realizada seleção aleatória, além de viés de informação, devido à extensão do questionário.

Além disso, um alto percentual de avaliações positivas foi encontrado nas respostas dos usuários entrevistados nas UBS, sendo a subjetividade apontada como um aspecto relevante na avaliação de serviços de saúde e pode ter desempenhado função importante, colaborando para o elevado percentual de avaliação positiva encontrado nos resultados do 2º ciclo do PMAQ-AB.

Como dificuldade identificada nesse estudo, destaca-se a expressiva ausência de respostas para as questões relacionadas à satisfação com os serviços em saúde bucal. Para superar esta limitação, foram incluídas no estudo apenas as variáveis que possuísem até 10% de dados ausentes e utilização apenas dos dados referentes aos usuários que possuíam informações completas nas variáveis selecionadas.

Mesmo diante das limitações, o presente estudo aponta resultados importantes acerca da percepção dos usuários sobre os serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica da Paraíba, no que compete ao acesso e à utilização dos mesmos, considerando o porte populacional dos municípios paraibanos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados obtidos no 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, entende-se que a avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde bucal se estabelece como um instrumento capaz de propiciar mudanças na organização do processo de trabalho, na tomada de decisões quanto às práticas profissionais e na priorização de recursos que busquem à ampliação do acesso e da qualidade nos serviços de saúde.

Os resultados desse estudo demonstraram preponderante avaliação positiva dos usuários da Atenção Básica do SUS sobre o acesso aos serviços odontológicos, marcação de consulta, atenção integral, atendimento à demanda espontânea e vínculo, coordenação e responsabilização do cuidado. Foi possível identificar os principais fatores associados à satisfação do usuário quanto aos serviços de saúde para cada grupo de municípios, segundo seu porte populacional.

A satisfação do usuário com os serviços de saúde bucal em municípios de pequeno porte esteve associada ao horário de funcionamento da unidade atender às necessidades dos usuários, à privacidade do consultório odontológico, à frequência com que o usuário é orientado pelos profissionais de saúde bucal quanto aos cuidados em saúde bucal nas consultas e à procura pelos profissionais para saber o que aconteceu e para retomar o atendimento quando o usuário interrompe o tratamento por algum motivo ou não vai à consulta odontológica na unidade de saúde. Para os municípios de médio porte, a satisfação do usuário se mostrou relacionada a conseguir marcar atendimento com o cirurgião-dentista na unidade e ao tempo de consulta com os profissionais da equipe de saúde bucal. Já para os municípios de grande porte, influenciaram positivamente o horário de funcionamento da unidade atender às necessidades dos usuários e conseguir ser escutado quando procura o atendimento odontológico sem hora marcada.

Percebe-se que os fatores influenciadores da satisfação do usuário com os serviços de saúde bucal diferem de acordo com o grupo de municípios e suas respectivas características populacionais. Dessa forma, essa abordagem, que contemplou o território paraibano segundo o porte populacional de seus municípios, demonstrou a necessidade de uma atenção diferenciada, considerando as particularidades de cada grupo de municípios do estado, com a elaboração de políticas específicas. Vale salientar que as práticas expressadas mediante os fatores associados à satisfação são, predominantemente, executáveis já que necessitam

sobretudo de um fortalecimento quanto aos fluxos internos, além de uma reestruturação do processo de trabalho das equipes de saúde bucal.

Além da reorganização do processo de trabalho, este estudo também demonstrou que é importante, para o usuário, que o profissional o oriente quanto à saúde bucal e que se importe quando eles se ausentam do tratamento ou faltam à consulta odontológica. Logo, como auxílio para tomada de decisão sugere-se: o aperfeiçoamento da organização dos serviços; a efetivação do processo de educação em saúde bucal e o fortalecimento do vínculo, mediante a consolidação do relacionamento entre profissionais e usuários.

Este estudo, a partir do olhar dos usuários, revelou fragilidades na oferta de cuidados em saúde bucal na Atenção Básica no estado da Paraíba. Essas informações podem auxiliar gestores e profissionais da equipe no aprimoramento da organização das práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALDANA, J. M.; PIECHULEK, H.; AL-SABIR, A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n.6, p. 512–517, 2001.
- ALMEIDA, P. F. DE; GIOVANELLA, L. Assessment of Primary Health care in Brazil: mapping and analysis of research conducted and/or financed by the Ministry of Health from 2000 to 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727–1742, 2008.
- ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.123-130, 2006.
- BARBOSA, A.A.A.; BRITO, E. Q. G.; COSTA, I.C.C. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Ciência Odontológica Brasileira**, v. 10, n.3, p. 53-60, 2007.
- BENEDICTO, E.N. et al. A importância da correta elaboração do prontuário odontológico. **Odonto**, v.18, n.36, p. 41-50, 2010.
- BORDIN, D. et al., Estudo comparativo entre a satisfação de usuários e profissionais de saúde com o serviço público odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.1, p.151-160, 2017.
- BOTTAN, E.R. et al. A participação dos pacientes na avaliação dos serviços, ultrapassando-se sua mera utilização passiva, fornece informações essenciais para a definição dos padrões de qualidade dos atendimentos prestados. **Revista da ABENO**, v. 6, n.2, p. 128-33, 2006.
- BRASIL, L. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 128, n. 182, 1990.
- CAMPOS, C. E. A. Strategies of assessment and continuous quality improvement in the context of Primary Health Care. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, supl.1, p. s63–s69, 2005.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139–46, 2004.
- CERDEIRA, L.C.R.; GROISMAN, S. Qualidade dos serviços de saúde bucal sob a perspectiva do usuário. **Revista brasileira de odontologia**, v. 71, n. 2, p. 203-207, 2014.
- COSTA, R.M.; MEDEIROS JÚNIOR, A.; PINHEIRO, I.V.A. Processo de Trabalho do Dentista na Estratégia de Saúde da Família do Município de Parnamirim-RN: Enfrentando os Desafios de um Novo Modelo de Atenção. **Revista Odontológica Brasileira Central**, v.19, n.51, p.327- 332, 2010.

COSTA, G. G. Formalização do Modelo de Discriminação de Personalidade para Recursos Humanos-MODISPER-Uma Proposta de Ferramenta Organizacional para Alocação de Pessoal. **Revista Eletrônica Produção em Foco**, v. 3, n. 1, p. 1-10, 2013.

COTTA, R. M. et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, v. 15, n. 4, p. 227–234, 2005.

DIAS, M.S.A. et al. Intersectorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p. 4371-4382, 2014.

ESCOREL, S. et al. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2-3, p. 164–176, 2007.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267–1276, 2006.

ELY, H.C. et al. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p. 1607-1616, 2016.

FAUSTO, M. C. R. et al. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**, v.1, n.3, p. 43-67, 2007.

FÁVERO, L. P. L et al. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 646p.

FERREIRA, D.C. et al. Atenção Primária, planejamento e modelos de atenção à Saúde:um enfoque sobre o plano diretor da Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.16, n.2, p. 180-186, 2013.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n.6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 783-794, 2009.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.3, p.565-574, 2007.

HARTZ, Z. M. DE A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HOSMER, D. W.; TABER, S.; LEMESHOW, S. The importance of assessing the fit of logistic regression models: a case study. **American journal of public health**, v. 81, n.

12, p. 1630–1635, 1991.

ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 556 – 562, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades - Paraíba*. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=25>. Acesso em: 06 de Janeiro de 2017.

KITAMURA, E.S. et al. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n.1, p. 37-148, 2016.

LAFAIETE, R. DOS S.; MOTTA, M. C. SALVADOR DA; VILLA, T. C. S. User satisfaction in the tuberculosis control program in a city in Rio de Janeiro, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 508–514, 2011.

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 de Saúde Pública**, v. 26, n.5, p. 991-1002, 2010.

MACHADO, N.P.; NOGUEIRA, L.T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 5, p. 401-408, 2008

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

MARTINS, G. DE A.; DOMINGUES, O. **Estatística geral e aplicada**. 5ª ed. São Paulo: Atlas SA, 2014.416p.

MATTOS, G.C.M.et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p. 373-382, 2014.

MIALHE, F.L.; GONÇALO, C.; CARVALHO, L.M.S. Avaliação dos usuários sobre a qualidade do serviço odontológico prestado por graduandos do curso de Odontologia da FOP/Unicamp. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 13, n. 1, p. 19-24, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da 8a Conferência Nacional de Saúde**. Anais da 8a Conferência Nacional de Saúde. **Anais**.1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As cartas da promoção da saúde**. Brasil. Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. 5a. ed. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB). Documento síntese para avaliação externa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2012a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica. 2012b.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.12, p. 3879-3887, 2016.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Satisfação dos usuários segundo variáveis de organização dos serviços públicos odontológicos. **Arch Health Invest**, v.6, n. 1, p.14-19, 2017.

MOOI, E.; SARSTEDT, M. **A Concise Guide to Market Research: The Process, Data, and Methods Using IBM SPSS Statistics.** Berlin: Springer Science & Business Media, 2011. 308p.

OLIVEIRA, R.S. et al. Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. **Saúde Social**, v.24, n.3, p.792-802, 2015.

PARANHOS, L.R. et al. Orientações legais aos cirurgiões-dentistas. **Odonto**, v.15, n.30, p.55-62, 2007.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde-RECIIS**, v. 6, n. 2, p.1-19, 2012.

PROTASIO, A.P.L.; GOMES, L.B.; MACHADO, L.S, VALENÇA, A.M.G. Satisfação do usuário da Atenção Básica em saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet], julho 2016. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/ingles/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15638>

PROTASIO, A. P. L. et al. Fatores associados à satisfação de usuários com a atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v..33, n.2, p. 1- 15, 2017.

REIS, C. et al. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p. 287-1295, 2009.

ROBLES, A.C.C.; GROSSEMAN, L.; BOSCO, V. L. Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 1, p. 43-49, 2008.

RODRIGUES, C. A. Q. et al. Factors associated with satisfaction with dental services among the elderly. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1039–1050, 2012.

SANTIAGO, R.F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p. 35-44, 2013.

SANTOS, A.M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2687-2702, 2012

SANTOS, M.L.M.F. et al. Satisfação dos usuários adultos com a atenção em saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p.163-171, 2015.

SENA, A.L.C. et al. Acolhimento e satisfação do usuário na Estratégia de Saúde da Família: uma experiência de êxito. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 18, n.2, p. 134 – 140, 2015.

SILVA, P.A.S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery**, v.16, n.3, p. 561- 568, 2012.

SZPILMAN, A.R.M.; OLIVEIRA, A.E. A percepção de usuários sobre os serviços de Odontologia em Unidades de Saúde de Vila Velha (ES), Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 2, p. 28-37, 2011.




SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n.11, p.2727-2739, 2007.

TAKEMOTO, M.; TOMAZELLI, K. A inserção do ensino odontológico no sistema único de saúde. **Revista Tecnológica**, v.4, n.1, p.1-13, 2016.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821–828, 2012.

THEODORIDIS, S.; KOUTROUMBAS, K. **Pattern Recognition**. Boston: Elsevier, 2009.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

	<p>UFRGS UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL</p>	<p>PRÓ-REITORIA DE PESQUISA Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs</p>	
<p>CARTA DE APROVAÇÃO</p>			
<p>Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:</p>			
<p>Número: 21904</p>			
<p>Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários</p>			
<p>Pesquisadores:</p>			
<p>Equipe UFRGS:</p>			
<p>ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011 MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011 FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011 TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011 CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011 ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011 ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011 MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011 LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011 Ana Lucília da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 Mayna Yaçanã Borges de ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011</p>			
<p>Equipe Externa:</p>			
<p>Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011 Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011 Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011 Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011 Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011 Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011 Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011 Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011 Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011 Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011 Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011</p>			
<p>Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.</p>			
<p>Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012</p>			
 <p>JOSE ARTUR BOGO CHIES</p>			
<p>1</p>			

ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA PARA AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL (EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E EQUIPE PARAMETRIZADA DE SAÚDE BUCAL)

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário

III.25 - Acesso aos Serviços de Saúde		
III. 25.1	Quais são os turnos de atendimento da Equipe de Saúde Bucal? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	Manhã
		Tarde
		Noite
III. 25.2/1	A Equipe divulga o horário que a Unidade funciona?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III. 25.3	Nos dias em que a Equipe de Saúde Bucal trabalha	
III. 25.3.1	Há horário fixo de funcionamento?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III. 25.4 ES	O horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende às suas necessidades?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III. 25.5	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que atendimento clínico odontológico atendesse: <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	Mais cedo pela manhã
		À tarde até às 18 horas
		À noite
		Aos sábados
		No horário de almoço
		Outros
Não sabe/não respondeu/não lembra		
III.26 - Marcação de Consulta(s) com o dentista		
III. 26.1	O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o cirurgião dentista nesta unidade de saúde? <i>Se NÃO ou NUNCA PROCUROU, passar para o bloco III. 27.</i>	Sim
		Não
		Nunca procurou
III.27 - Acolhimento à demanda espontânea		
III. 27.1 ES	Quando o senhor(a) procura o atendimento odontológico sem hora marcada é escutado?	Sim, sempre
		Sim, algumas vezes.
		Não

III.28 - Atenção Integral à Saúde			
III. 28.1 ES	O consultório odontológico é um lugar reservado (tem privacidade)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III. 28.2 ES	Nas consultas, com qual frequência o(a) senhor(a) é orientado(a) pelos profissionais de saúde bucal sobre os cuidados com a sua saúde bucal?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
III. 28.3 G -	Nas consultas, o(s) profissional (is) fazem anotações no prontuário ou ficha do (a) senhor(a)?		Não sabe/não respondeu/não lembra
			Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.29 - Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado			
III. 29.1 ES	Durante o atendimento com os profissionais da equipe de saúde bucal, o senhor(a) acha que o tempo de consulta é suficiente?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes.
			Não
			Não sabe/não respondeu/ não lembra
III. 29.2 ES	Nessa unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo dentista:		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/ não lembra
III. 29.3 ET	Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta odontológica nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes.
			Não
			Nunca abandonou ou faltou
			Não sabe/não respondeu/ não lembra

III.31 - Satisfação do Usuário			
III. 31.1 ES	De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações do consultório odontológico: <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>		Está em boas condições de limpeza
			Dispõe de boa ventilação ou climatização
			Os equipamentos odontológicos estão em boas condições de uso
			A cadeira odontológica está em boas condições de uso
III. 31.3	Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de dentista ou unidade de saúde?		Sim
			Não