

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE DE NOVA FRIBURGO**

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

VICTOR PINHEIRO GAVINA

**SAÚDE BUCAL PARA PACIENTES COM NECESSIDADES
ESPECIAIS: AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS DA REGIÃO SERRANA DO RIO DE
JANEIRO.**

NOVA FRIBURGO

2016

VICTOR PINHEIRO GAVINA

**SAÚDE BUCAL PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS: AVALIAÇÃO
DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DA REGIÃO SERRANA
DO RIO DE JANEIRO.**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal
Fluminense / Instituto de Saúde Nova
Friburgo, como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de
Mestre em Odontologia, na área de
concentração em Clínica Odontológica.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andréa Videira Assaf

NOVA FRIBURGO/2016

VICTOR PINHEIRO GAVINA

**SAÚDE BUCAL PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS: AVALIAÇÃO
DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DA REGIÃO SERRANA
DO RIO DE JANEIRO.**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal
Fluminense / Instituto de Saúde de Nova
Friburgo, como parte dos requisitos exigidos
para a obtenção do título de Mestre em
Odontologia, na área de concentração em
Clínica Odontológica.**

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Andréa Videira Assaf

Prof. Dr^a. Renata Ferraiolo Gueiros

Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

NOVA FRIBURGO/2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus por sempre me apoiar e me dar forças para alcançar meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof. Dra. Andréa Videira Assaf por todo o carinho, compreensão e apoio.

Aos gestores dos municípios de Bom Jardim, Petrópolis e Cachoeiras de Macacu e aos participantes deste estudo, obrigada pela compreensão e colaboração.

Aos meus amigos e familiares que sempre me apoiaram em minhas escolhas.

RESUMO

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) foram criados a partir do Programa Brasil Sorridente e tem como principal função servir como unidades de referência de atendimento especializado para atenção primária em saúde bucal do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes estabelecimentos em atenção secundária devem oferecer no mínimo os serviços de estomatologia, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais (PNE). O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade dos CEOs da região serrana do Estado do Rio de Janeiro por meio da satisfação dos usuários com necessidades especiais ou seus acompanhantes e pela percepção dos profissionais (gestores e cirurgiões-dentistas) que atuam nestes estabelecimentos de saúde. Para tanto, realizou-se entrevista pessoal padronizada com 159 indivíduos e 8 profissionais utilizando um questionário com perguntas abertas e fechadas. Os dados quantitativos foram analisados de forma descritiva e inferencial. Os dados qualitativos foram analisados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os resultados revelaram uma avaliação positiva pelos PNEs para a maioria das dimensões no grupo total. A acessibilidade foi um aspecto negativo destacado pelos usuários. Houve diferença significativa na satisfação dos usuários, entre as unidades de serviço. Em relação à percepção dos profissionais, observou-se uma avaliação negativa por parte dos cirurgiões-dentistas e gestores em todos os CEOs. No entanto, os CEOs A e B apresentaram mais avaliações positivas que os CEOs C e D nas dimensões da qualidade/varáveis estudadas, de acordo com os profissionais. A análise e interpretação dos dados qualitativos revelou a existência de 5 ideias-centrais para expressar a satisfação ou insatisfação dos usuários com os serviços prestados pelos CEOs (Cuidado Humanizado em Saúde, Resolutividade do serviço, Competência dos profissionais, Infraestrutura e organização do serviço e Acesso ao serviço). Diferenças em relação às dimensões da qualidade organização e processo de trabalho, atenção integral à saúde bucal, gestão do trabalho e percepção do cirurgião-dentista e gestores foram observadas entre os CEOs no estudo qualitativo. Concluiu-se que a maioria dos usuários com necessidades especiais ou seus acompanhantes/responsáveis estavam satisfeitos com os serviços prestados nos centros e que a satisfação difere em cada centro. Em relação à avaliação da qualidade pelos profissionais, a avaliação foi negativa em todos os CEOs, porém os CEOs A e B foram os que apresentaram melhores resultados. Desta forma, observa-se uma avaliação da qualidade positiva pelos usuários ou seus acompanhantes e negativa pelos profissionais que atuam nestes estabelecimentos de saúde.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Pessoa com Deficiência.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. OBJETIVOS	12
3. ARTIGO 1	
3.1 RESUMO	13
3.2 TÍTULO E AUTORES	14
3.3 INTRODUÇÃO	14
3.4 METODOLOGIA	16
3.5 RESULTADOS	19
3.6 DISCUSSÃO	23
3.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
3.8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
3.9 TABELAS E QUADROS	30
4. ARTIGO 2	
4.1 RESUMO	36
4.2 TÍTULO E AUTORES	37
4.3 INTRODUÇÃO	38
4.4 METODOLOGIA	39
4.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
4.8 TABELAS E QUADROS	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
7. ANEXOS	57

INTRODUÇÃO

Existem múltiplas definições para a palavra avaliação, no entanto este amplo espectro em relação aos objetos e métodos deste processo podem ser resumidos em uma conceituação abrangente na qual a avaliação compreende um dos possíveis tipos de julgamento que podem ser realizados em relação às práticas sociais. Essas práticas envolvem desde ações do cotidiano e trabalho até aquelas que compreendem intervenções, sejam elas presentes ou não em planos e programas, com o objetivo de mudar determinadas realidades. Já o julgamento envolve a apreciação do valor de uma prática social (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

O objetivo da avaliação depende do agente que formula a pergunta em relação ao que será avaliado. Se este agente for o gestor, a avaliação poderá ter como objetivo julgar se um determinado programa está tendo êxitos e conseqüentemente apresentando resultados esperados ou para aperfeiçoar uma determinada intervenção que está em curso. Se esta mesma pergunta for realizada por um pesquisador, o principal objetivo da avaliação será a produção de conhecimento que poderá ser utilizado a médio ou a longo prazo. No entanto, quando a pergunta vem do usuário, a avaliação tem como objetivo a prestação de contas dos serviços oferecidos a estes indivíduos, principalmente quando o que está em discussão são as políticas de saúde inseridas no Sistema Único de Saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

O conceito de qualidade pode ser analisado tanto de forma delimitada como de forma abrangente. No conceito mais específico, Donabedian (1990) pressupõe a qualidade como resultado de dois fatores: um originado a partir da ciência, a tecnologia do cuidado médico, e o outro, a “arte do cuidado”, que corresponde à transposição desse conhecimento científico e tecnológico à prática concreta. Este último fator é altamente influenciado pelas relações humanas entre os indivíduos envolvidos neste processo. O conceito mais abrangente deste mesmo autor define a qualidade como a interação de três dimensões da intervenção sanitária: benefícios, riscos e custos (DONABEDIAN, 1990).

Desta forma, uma intervenção de qualidade seria aquela que une o saber científico à experiência prática, que inclui as relações humanas, promovendo, ao mesmo tempo, benefícios; há um custo socialmente aceitável e com o mínimo de riscos aos indivíduos (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

A necessidade da procura da qualidade, seja no aperfeiçoamento do processo de trabalhado ou na melhoria dos bens e serviços, sempre foi uma das preocupações do homem desde os primórdios da humanidade (PEREIRA, 2009).

Desde o início do século XX, a avaliação da qualidade esteve em grande parte relacionada ao processo de produção industrial, ocorrendo especialmente em países como Estados Unidos e Japão (ALBERTON, 1999; GARCIA, 2001).

A partir do final dos anos 70 do século XX, na Europa e nos EUA, ocorreram movimentos com o intuito de provocar profundas transformações políticas, econômicas e culturais na sociedade. Estes movimentos possibilitaram uma maior participação social e política e conseqüentemente uma maior participação dos usuários na avaliação dos serviços públicos de saúde. Estas profundas reformas políticas e econômicas que ocorreram na época favoreceram um maior orçamento para os custos com serviços de saúde, assim como a criação de novos modelos de gestão, mais transparentes, eficientes e com maior qualidade (VAISTMAN & ANDRADE, 2005; ESPERIDIÃO & TRAD, 2006).

As primeiras pesquisas sobre avaliação de serviços de saúde ocorreram ainda na década de 70 e tinham como principal foco a satisfação do usuário. O principal objetivo destas pesquisas era conseguir melhores resultados clínicos, através da adesão dos pacientes ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas, aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos medicamentos (WILLIAMS, 1994).

No Brasil, movimentos sociais reivindicando melhor qualidade dos serviços públicos só tomaram força a partir de meados dos anos 80 com a redemocratização do país. Pesquisas sobre a satisfação do usuário começaram a se tornar mais frequentes a partir da segunda metade da década de 90, num momento de descentralização e transparência de todo o aparato governamental, substituição dos valores tradicionais pelos valores sociais emergentes e uma maior participação da sociedade nas decisões políticas do país; todos estes fatores conseqüentemente contribuíram para o fortalecimento do controle social no âmbito do SUS através da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (TRAD et al., 2002; ESPERIDIÃO & TRAD, 2005; ESPERIDIÃO & TRAD, 2006).

No panorama atual dos serviços públicos de saúde bucal é um desafio constante para os gestores e administradores utilizar as avaliações da qualidade desses serviços para sua melhoria, visto que os mesmos têm participação ainda muito reduzida nos processos de decisão (NARVAI, 1996; NOVAES, 2000).

A avaliação é uma etapa fundamental quando o objetivo a ser alcançado é a qualidade dos serviços de saúde, sendo um instrumento essencial para o planejamento, gestão e reorientação das políticas públicas de saúde e alocação de recursos, podendo gerar transformações necessárias para a melhoria e aprimoramento desses serviços (FRANCO & CAMPOS, 1998a; FRANCO & CAMPOS, 1998b; NARVAI, 1994).

De acordo com as perspectivas atuais, a avaliação da qualidade deve pautar-se também na satisfação do usuário (KLOETZEL *et al.*, 1998), constituindo assim um indicador de qualidade fundamental (FRANCO & CAMPOS, 1998a; ZACAINER, 2001), pois permite analisar a relação profissional-paciente, a humanização no atendimento e avaliar fatores como acesso, tempo de espera, infraestrutura, organização, satisfação do paciente com o tratamento realizado e o atendimento prestado (ASSUNÇÃO *et al.*, 2001; KOTAKA *et al.*, 1997; FRANCO & CAMPOS, 1998A; RAMOS & LIMA, 2003), além de poder colaborar com propostas para o aperfeiçoamento da qualidade do serviço (KOTAKA *et al.*, 1997). No entanto, a satisfação do profissional também permite identificar as particularidades do serviço, de acordo com a concepção dos próprios funcionários (ROCHA, 1999).

Dentro da avaliação de serviços existem alguns modelos específicos para avaliação dos serviços de saúde. Um destes modelos é o de Donabedian. De acordo com este modelo, a abordagem da avaliação pode classificar as informações, no que se refere a qualidade do cuidado em três categorias: “estrutura”, “processo” e “resultado” (DONABEDIAN, 1990).

A estrutura se refere aos atributos dos quadros onde o cuidado ocorre, incluindo recursos materiais, humanos e da estrutura organizacional. O processo está relacionado ao que realmente é feito no procedimento de dar ou receber os cuidados, engloba atividades tanto do paciente, na procura do cuidado e da sua execução, como do profissional de saúde em dar um diagnóstico, recomendar ou implementar um tratamento. O resultado indica os efeitos do cuidado no estado de saúde dos pacientes e da população (DONABEDIAN,1990).

Além das categorias estrutura, processo e resultado da avaliação em saúde, Donabedian (1990) enumera sete atributos do cuidado com a saúde que determinam a sua qualidade. São eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Outros modelos de avaliação de serviços de saúde foram propostos. De acordo com Oliveira (1992), avaliação de serviços de saúde deve se basear em benefícios, riscos e custos, e a atenção ou tratamento pode ser dividida em dois aspectos: o técnico e o interpessoal.

O aspecto técnico está relacionado ao equilíbrio entre os benefícios de saúde e os riscos. Este aspecto é considerado absolutista, pois é o profissional que o definirá. O aspecto interpessoal é formado pelos demais fatores, como custos, expectativas, desejos, demandas, necessidades, valores dos pacientes e outros. Este aspecto é considerado individualizado, pois é definido pelo paciente (OLIVEIRA,1992).

Dentro desta perspectiva de avaliação dos serviços públicos de saúde, surge no Brasil o PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade), que tem como principal objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL, 2015).

No Brasil, ainda há poucos estudos que revelam a qualidade dos serviços de saúde bucal voltados para o atendimento de pacientes com necessidades especiais, sendo, portanto, necessário um aprofundamento maior desta temática.

OBJETIVOS

1. Avaliar a qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, a partir da percepção dos usuários ou seus acompanhantes.
2. Avaliar a qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, por meio da percepção dos trabalhadores e gestores.

Título: Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas da região serrana do Rio de Janeiro.

Título resumido: Satisfação de usuários nos Centros de Especialidades Odontológicas.

RESUMO

O estudo objetivou avaliar a qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, por meio da satisfação dos usuários com necessidades especiais ou seus acompanhantes. Para tanto, realizou-se entrevista pessoal padronizada com 159 indivíduos utilizando um questionário com perguntas abertas e fechadas. Os resultados revelaram uma avaliação positiva para a maioria das dimensões no grupo total. A acessibilidade foi um aspecto negativo destacado. Houve diferença significativa na satisfação dos usuários, entre as unidades de serviço, para: acessibilidade/obtenção de vaga ($p < 0,001$), acessibilidade/infraestrutura para deficientes ($p = 0,03$), resolutividade/aparência dos dentes ($p = 0,001$), resolutividade/mastigação ($p = 0,02$), resolutividade/resolutividade do problema ($p < 0,001$), qualidade técnico-científica dos equipamentos/equipamento ($p = 0,002$), eficiência/custo-benefício ($p < 0,001$), eficácia/desconforto durante as consultas ($p = 0,04$) e aceitabilidade/explicação do tratamento e opinião para dia da marcação ($p < 0,001$). A análise e interpretação dos dados qualitativos revelou a existência de 5 ideias-centrais para expressar a satisfação ou insatisfação com os serviços prestados pelos CEOs (Cuidado Humanizado em Saúde, Resolutividade do serviço, Competência dos profissionais, Infraestrutura e organização do serviço e Acesso ao serviço). Concluiu-se que a maioria dos usuários com necessidades especiais ou seus acompanhantes/responsáveis estavam satisfeitos com os serviços prestados nos centros e que a satisfação difere em cada centro.

Palavras-Chave: Satisfação do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Pessoa com Deficiência.

Autores:

Victor Pinheiro Gavina

Mestre em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Rua Doutor Silvio Henrique Braune, 22 – Centro. Nova Friburgo, RJ – 28625-650. e-mail: victorgavinauff@hotmail.com. Telefone: 55 22 98191174.

Nayara Silva Alves

Mestre em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense.

Francielle Ribeiro Alves

Mestranda em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense

Karine Laura Cortellazzi

Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade de Campinas (FOP-UNICAMP).

Flávia Maia Silveira

Professora da Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo Universidade Federal Fluminense (UFF).

Andréa Videira Assaf

Professora da Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo Universidade Federal Fluminense (UFF).

Introdução

Na odontologia é classificado como paciente com necessidade especial todo o indivíduo que apresenta limitações físicas, sensoriais, mentais, de crescimento ou médica, sejam elas transitórias ou permanentes, e que, portanto, necessita de um atendimento odontológico diferenciado. Esse conceito é abrangente, visto a amplitude de casos que podem ser enquadrados nesta definição [1].

De acordo com dados publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), há cerca de 600 milhões de deficientes no mundo, ou seja, uma em cada dez pessoas [2]. No Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2010, essa população é de aproximadamente 45,6 milhões de pessoas, o que corresponde a cerca de 23,9% da população brasileira. No Estado do Rio de Janeiro a população de deficientes (3,9 milhões de pessoas) representa cerca de 24,4% da população total do estado [3]. Apesar deste alto contingente populacional, estima-se que apenas 2% da população de deficientes tenham as suas necessidades em saúde atendidas [4].

A atenção à saúde de pessoas com necessidade especial consiste num elemento-chave para a sua inclusão na sociedade e conseqüentemente esta inclusão tem reflexos na equidade ao acesso e utilização de serviços públicos de saúde. A equidade no desenvolvimento e execução de políticas públicas para deficientes constitui-se em não tratar de maneira igual os desiguais. Desta forma, este princípio na implementação de programas de saúde consiste em favorecer os grupos mais carentes em relação ao acesso e utilização de serviços de saúde, devendo este ser o objetivo norteador das políticas públicas de saúde [5,6,7].

A política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e o Plano Viver Sem Limites propõe a inserção transversal dos pacientes com necessidades especiais nos diferentes programas do Ministério da Saúde e a criação de uma Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disto, esta política prevê uma articulação com a coordenação nacional de saúde bucal para que o atendimento odontológico ao paciente com necessidade especial seja realizado no Programa Brasil Sorridente em regime ambulatorial especial ou em casos de maior necessidade, em regime hospitalar [8]. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (Organização das Nações Unidas) também garante o direito ao acesso e utilização de bens e serviços em saúde aos deficientes, sem que haja qualquer tipo de discriminação[9].

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) foram criados dentro do contexto da Política Nacional de Saúde Bucal e os critérios, normas e requisitos para a sua implantação e credenciamento foram instituídos por meio da Portaria nº 599/GM. Estes estabelecimentos têm como principal função servir como unidades de referência em atenção secundária em saúde bucal no Sistema Único de Saúde e devem oferecer no mínimo os serviços de estomatologia, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais[10]. Dentro desta perspectiva de uma maior oferta de serviços de saúde a pacientes com necessidades especiais foram criados incentivos financeiros de custeio para os CEOs que se aderissem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência através da Portaria nº 835/GM. Para tanto, o CEO aderido a esta rede deveria obrigatoriamente oferecer atendimento a deficientes com no mínimo 40 horas semanais em uma cadeira odontológica exclusiva para este tipo de atendimento[11].

A avaliação é uma etapa fundamental quando o objetivo a ser alcançado é a qualidade dos serviços de saúde, sendo um instrumento essencial para o planejamento, gestão e reorientação das políticas públicas de saúde e alocação de recursos, podendo gerar transformações necessárias para a melhoria e aprimoramento desses serviços [12,13,14].

De acordo com as perspectivas atuais, a avaliação da qualidade deve pautar-se também na satisfação do usuário [15], constituindo assim um indicador de qualidade fundamental [12,16], pois permite analisar a relação dentista-paciente, a humanização no atendimento odontológico e avaliar fatores como acesso, tempo de espera, infraestrutura, organização, satisfação do paciente com o tratamento realizado e o atendimento prestado [12,17,18,19], além de poder colaborar com propostas para o aperfeiçoamento da qualidade do serviço [18].

Na busca de um instrumento validado para avaliação dos serviços de saúde bucal foi criado o Questionário de Avaliação dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB) baseado

no modelo de avaliação da qualidade de Donabedian[20]. Este modelo inicialmente compreendia três dimensões da qualidade: conhecimento técnico-científico, relações humanas entre o profissional e o paciente e amenidade, ou seja, condições físicas dos equipamentos e dos estabelecimentos onde ocorre a prestação do serviço. Posteriormente, com o seu aprimoramento, surgiram sete novas dimensões da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade[21]. No entanto, a satisfação do usuário é um fenômeno complexo e o uso de apenas instrumentos quantitativos para mensurá-la é inadequado. A utilização de instrumentos qualitativos baseados em questões abertas sobre as experiências e opiniões pessoais dos entrevistados pode ser uma alternativa eficiente para este tipo de avaliação [22,23,24].

Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar os CEOs da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, por meio da satisfação dos usuários com necessidades especiais ou seus acompanhantes, com os serviços prestados nestes estabelecimentos.

Metodologia

Caracterização dos municípios e seus respectivos serviços

O presente estudo é do tipo descritivo transversal e possui caráter exploratório e avaliativo e natureza quali-quantitativa, desenvolvido nos CEOs pertencentes aos municípios aderidos ao consórcio intermunicipal de saúde da região serrana do Estado do Rio de Janeiro (CIS-Serra).

Os municípios do Estado do Rio de Janeiro aderidos ao CIS-Serra até fevereiro de 2016 são Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro e Trajano de Moraes.

Dentre os municípios pertencentes a este consórcio apenas Petrópolis, Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu e São José do Vale do Rio Preto possuem em sua rede de atenção à saúde bucal a instalação de um serviço de atenção secundária representado pelos CEOs. No entanto, o município de São José do Vale do Rio Preto não oferecia, no período de realização deste estudo, a especialidade de atendimento a pacientes com necessidades especiais e, desta forma, optou-se em não incluir o CEO deste município no estudo. Os serviços de atenção secundária em saúde bucal dos municípios de Petrópolis, Cachoeiras de Macacu e Bom Jardim estão localizados, respectivamente, nas seguintes instituições: CEO Dr. Domingos Padula Primo (CEO A), CEO Pastor Edeldo Barreto Antunes (CEO B), Ambulatório Padre Batalha (CEO C) e Centro de Saúde José Alberto Erthal (CEO D). O município de Petrópolis apresenta dois CEOs instalados em sua rede de atenção à saúde bucal (CEO A e B).

Em relação às características sociodemográficas, o município de Petrópolis apresenta uma população de 295.917 habitantes distribuídos em uma área de 795,794 Km² e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,745. O município de Cachoeiras de Macacu possui uma população de 54.273 habitantes distribuídos em uma área de 953,801 Km² e um IDH de 0,700. Já o município de Bom Jardim compreende uma população de 25.333 habitantes distribuídos em uma área de 384,639 Km² e um IDH de 0,660 [3].

Os CEOs avaliados são serviços de referência no atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais dentro da rede de atenção à saúde bucal dos seus respectivos municípios. Os CEOs dos municípios de Petrópolis e Cachoeiras de Macacu são do tipo II, apresentando 4 a 6 consultórios completos e o de Bom Jardim é do tipo I, apresentando 3 consultórios completos. No entanto, apenas os CEOs de Petrópolis e Cachoeiras de Macacu estão aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)[25]. Todos os CEOs contam com apenas um profissional para atendimento a paciente com necessidade especial, com exceção do CEO A que possui dois profissionais para este tipo de atendimento.

Seleção da amostra

O universo total de usuários com necessidades especiais ou seus acompanhantes foi de 159 indivíduos, sendo que a distribuição desta população foi a seguinte: CEO A (n= 63), CEO B (n= 41), CEO C (n=32) e CEO D (n= 23). Esta população foi selecionada a partir dos indivíduos com necessidades especiais que se consultaram nos CEOs no período de 2 meses, sendo o período total de realização do estudo de 8 meses (julho/2015 a fevereiro/2016), 2 meses para cada estabelecimento de saúde.

Os critérios de inclusão deste estudo consistiram em todos os usuários com necessidades especiais que foram submetidos a procedimento odontológico (tratamento dentário) pelo menos uma vez e que aceitaram participar da pesquisa. Foram entrevistados os indivíduos com qualquer tipo de necessidade especial, exceto aqueles com deficiência intelectual/cognitiva ou com idade inferior a 18 anos. Neste caso, tais indivíduos foram incluídos no estudo, a partir da participação de seus respectivos acompanhantes/responsáveis no dia da consulta. Os critérios de exclusão consistiram em todos os indivíduos que se recusaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, aqueles que se recusaram em participar da pesquisa e os que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

Estudo piloto e treinamento dos entrevistadores

O estudo piloto foi realizado para avaliar a compreensão das perguntas pelos entrevistados (n=10) e realizar possíveis modificações no questionário semiestruturado.

O treinamento consistiu na preparação do entrevistador para aplicar o questionário. Esta preparação foi feita por um pesquisador com experiência prévia neste tipo de pesquisa, através da realização de algumas entrevistas (n=10) com duração de 8 horas.

Instrumento de medida quantiquantitativa

A coleta de dados foi realizada por um pesquisador previamente treinado, em salas reservadas dos próprios CEOs, preservando a privacidade dos entrevistados. O instrumento utilizado para esta coleta foram questionários semiestruturados, constituídos por duas partes. A primeira parte consistiu de questões fechadas com informações sobre características socioeconômicas e demográficas dos entrevistados e de integralidade dos serviços de saúde bucal. A segunda parte do questionário abrangeu perguntas abertas e fechadas, baseadas no Questionário de Avaliação dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB), um instrumento de avaliação de serviços validado e amplamente utilizado na avaliação de serviços de saúde bucal [20].

Neste estudo, o QASSaB abrangeu as seguintes dimensões da qualidade:

1. Acessibilidade
2. Resolutividade
3. Ambiente físico – limpeza
4. Relações humanas
5. Qualidade técnico-científica
6. Eficiência
7. Eficácia
8. Equidade
9. Aceitabilidade

A parte qualitativa deste estudo consistiu na avaliação, por meio de uma pergunta aberta, a fim de se verificar os principais motivos de satisfação e insatisfação com os serviços prestados pelos CEOs (“Qual o motivo de você estar insatisfeito ou satisfeito com os serviços prestados pelo CEO?”). Todas as entrevistas foram gravadas mediante autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas, porém quando os entrevistados não autorizaram a gravação, o pesquisador transcreveu as falas no decorrer da entrevista.

O estudo qualitativo seguiu os parâmetros preconizados pelo Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR, 2014) [26].

Forma de análise dos resultados

Os dados quantitativos foram digitados primeiramente na planilha Excel e posteriormente exportados para o programa R, versão 3.2.5. A análise estatística foi realizada em duas etapas: descritiva e inferencial. Na fase descritiva os dados foram analisados por meio de frequência da distribuição da população nas variáveis do estudo. Na fase inferencial utilizou-se os testes estatísticos qui-quadrado e exato de Fisher com nível de significância de 5% para avaliar se houveram diferenças nas variáveis do estudo entre os diferentes CEOs.

Os dados qualitativos passaram por uma análise de conteúdo por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) [27] para interpretação das respostas dos entrevistados. Dois pesquisadores leram, transcreveram e identificaram os temas que surgiram da análise de dados de cada entrevista. As frases, palavras ou expressões que se referiam à satisfação ou insatisfação com os serviços prestados pelos CEOs foram sublinhadas na transcrição. O nível de concordância durante a categorização foi bom (85,7%). A mesma foi calculada com base na seleção das expressões-chave contidas nas respostas dos entrevistados e suas respectivas classificações de acordo com as ideias centrais. Quando discordâncias ocorreram, um terceiro pesquisador foi consultado para que fosse encontrado um consenso. Todas as ideias-centrais identificadas foram codificadas em positiva e negativa. As ideias-centrais e seus respectivos exemplos se encontram no quadro 1.

Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense – Pólo de Nova Friburgo, tendo obtido parecer favorável para realização do estudo através do registro CAEE nº 51509015.2.0000.5626, estando de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Classificação dos pacientes com necessidades especiais

No presente estudo utilizamos a classificação de Haddad e Santos modificada para categorizar os diferentes tipos de pacientes com necessidades especiais que utilizaram os serviços dos CEOs [28]. Optou-se pela utilização desta classificação por ser a preconizada na Assembleia Nacional de Especialidades Odontológicas (ANEOD), além de ser a mais didática dentre outras classificações utilizadas para este fim na odontologia.

Esta análise mostrou que as condições e doenças sistêmicas e a deficiência mental foram as mais prevalentes com 26,4% e 25,8% do total de indivíduos entrevistados nos CEOs, respectivamente (Tabela 1).

Características sociodemográficas e integralidade da rede de atenção à saúde bucal.

Os resultados das características sociodemográficas dos participantes deste estudo (tabela 2) mostraram que a idade dos usuários com necessidades especiais variou de 11 a 74 anos, sendo que 52,2 % dos usuários apresentaram idade inferior a 37 anos. A maioria dos pacientes pertenciam ao gênero masculino (57,3%), possuíam cor de pele branca (53,5%) e renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (52,1%). Os respondentes em sua maioria eram casados (42,9%) e apresentavam ensino fundamental incompleto (50,2%). As variáveis socioeconômicas que demonstraram diferenças significativas entre os CEOs foram escolaridade ($p=0,03$) e renda familiar ($p=0,004$).

No que concerne à integralidade da rede de atenção à saúde bucal nos municípios, observou-se um frágil sistema de referência e contra referência, visto que no grupo total cerca de 82,5% dos pacientes chegaram ao CEO sem ser encaminhados ou referenciados pela atenção primária em saúde bucal. Houve diferenças significativas entre os CEOs nesta variável ($p<0,01$), com o CEO D apresentando melhores resultados em relação à integralidade da rede de atenção a saúde bucal (tabela 3).

Avaliação quantitativa das dimensões da qualidade pelo grupo total.

Os resultados das dimensões da qualidade no grupo total estão expostos na tabela 3. Observaram-se avaliações positivas em todas as variáveis das dimensões de qualidade, com exceção da dimensão acessibilidade que apresentou avaliação negativa para as variáveis “tempo gasto para chegar ao CEO”, “espera para atendimento” e “intervalo entre consultas”. Entretanto, esta mesma dimensão revelou resultados positivos para as variáveis “obtenção de vaga” e “infraestrutura para deficientes” com, respectivamente, 66,6% e 52,1% dos entrevistados com avaliação positiva do serviço. A variável “infraestrutura para deficientes” foi avaliada positivamente quando as respostas “Totalmente adequada/muito adequada” e “Adequada” foram somadas.

No entanto, na dimensão resolutividade, todas as variáveis (aparência dos dentes, mastigação e resolutividade do problema) apresentaram avaliações positivas no grupo total. As variáveis “aparência dos dentes” e “mastigação” demonstraram 70,9% e 58,4% de respostas favoráveis (“Melhorou totalmente/Melhorou muito” e “Melhorou”), respectivamente.

Com relação à dimensão ambiente físico – limpeza, todas as variáveis também mostraram avaliações positivas (Muito bom/bom) pela maioria dos entrevistados;

constatou-se que as variáveis limpeza dos consultórios, dos banheiros e da recepção/sala de espera apresentaram avaliação positiva em 90,6%, 64,5% e 88% dos participantes do estudo, respectivamente.

Dentro desta mesma tendência de avaliação positiva do serviço, pôde-se constatar que, na dimensão relações humanas, as variáveis atenção dada pelo dentista, pela auxiliar e grau de confiança no dentista foram avaliadas como “muito bom/bom” por, respectivamente, 96,2%, 95,5% e 94,4% dos indivíduos participantes deste estudo.

De uma forma geral, as dimensões qualidade técnico-científica dos equipamentos, eficiência, eficácia, equidade e aceitabilidade seguiu esta tendência de avaliação positiva com, por exemplo, percentuais de 74,2% dos pacientes que não sentiram nenhuma dor ou desconforto no decorrer das consultas, de 68,2% dos respondentes que declararam ter as necessidades igualmente atendidas no serviço público e no particular, de 80,4% que disseram que o dentista sempre ou na maioria das vezes explicava o tratamento proposto e de 53,5% dos indivíduos que relataram que a equipe do CEO sempre ou na maioria das vezes pedia a sua opinião em relação ao melhor dia para a marcação da consulta, entre outras variáveis.

Avaliação quantitativa das dimensões da qualidade por Centro de Especialidades Odontológicas

Os resultados comparativos entre os CEOs mostraram, de uma maneira geral, que diferenças significativas foram constatadas entre os mesmos, em relação às seguintes dimensões/variáveis: acessibilidade/obtenção de vaga ($p < 0,001$), acessibilidade/infraestrutura para deficientes ($p = 0,03$), resolutividade/aparência dos dentes ($p = 0,001$), resolutividade/mastigação ($p = 0,02$), resolutividade/resolutividade do problema ($p < 0,001$), qualidade técnico-científica dos equipamentos/equipamento ($p = 0,002$), eficiência/custo-benefício ($p < 0,001$), eficácia/desconforto durante as consultas ($p = 0,04$) e aceitabilidade/explicação do tratamento e opinião para dia da marcação ($p < 0,001$). De uma forma geral, os CEOs A e B apresentaram um perfil de melhor qualidade do que os CEOs C e D.

Na variável obtenção de vaga da dimensão acessibilidade, os CEOs A e B foram os que apresentaram melhores resultados com, respectivamente, 79,4% e 75,5% dos indivíduos avaliando positivamente (muito fácil/fácil) a obtenção de uma vaga para atendimento. No entanto, o CEO C foi o que apresentou pior avaliação, com 34,4% dos indivíduos considerando que foi difícil ou muito difícil conseguir uma vaga para atendimento no CEO.

Dentro desta mesma dimensão de qualidade, observaram-se também diferenças entre os CEOs na variável infraestrutura para deficientes, sendo que o CEO C foi o que apresentou a melhor avaliação, com 59,4% dos indivíduos que julgaram adequadas as

instalações do CEO para o atendimento a deficientes. Por outro lado, o CEO B foi o que apresentou piores resultados, pois 61% dos entrevistados consideraram a infraestrutura do CEO pouco adequada ou totalmente inadequada para o atendimento a deficientes.

Em relação à dimensão resolutividade, nas variáveis aparência dos dentes e mastigação, os CEOs A e B foram melhor avaliados do que os CEOs C e D. A avaliação negativa (melhorou um pouco/não melhorou nada) foi relatada por 46,9% (CEO C) e 56,5% (CEO D) dos entrevistados, a mesma tendência foi observada em relação à variável mastigação com uma avaliação negativa de 62,5% e 60,9%, respectivamente. Na variável resolutividade do problema, todos os CEOs foram avaliados positivamente (muito bem resolvido/resolvido) pela maioria dos indivíduos, com exceção do CEO D, onde 65,2% dos entrevistados disseram que os seus problemas ou de seus acompanhados foram mais ou menos resolvidos, mal resolvidos ou não resolvidos pelo CEO.

Na dimensão técnico-científica, os equipamentos do consultório dentário foram considerados supermodernos ou modernos pela maioria dos participantes da pesquisa nos CEOs A e B, porém nos CEOs C e D o percentual de indivíduos que avaliaram positivamente os mesmos foi menor, sendo de 31,2% no CEO C e 43,5% no CEO D.

No que concerne à questão do custo-benefício do tratamento recebido nestes estabelecimentos, todos os CEOs apresentaram resultados positivos para a dimensão eficiência, com exceção do CEO D, no qual 52,1% dos entrevistados avaliaram negativamente o serviço neste quesito, quando somadas as repostas não valeu a pena, pouquíssimo e mais ou menos.

Na dimensão eficácia, a frequência do uso do EPI (equipamento de proteção individual) sempre ou quase sempre pelo cirurgião-dentista e auxiliares foi relatada por todos os indivíduos em todos os CEOs. Já em relação à variável desconforto durante as consultas, apenas o CEO D apresentou resultados insatisfatórios, com 52,1% dos indivíduos apresentando algum grau de desconforto durante as consultas.

Na questão relacionada aos atendimentos das necessidades odontológicas pelo CEO quando comparadas a um serviço particular, os CEOs A e B, de acordo com a percepção da maioria dos entrevistados, atenderam às necessidades dos pacientes, assim como no serviço particular. Os CEOs C e D apresentaram uma pior avaliação nesta variável da dimensão equidade, sendo que o CEO C foi o que teve maior percentual de indivíduos que relataram não ter suas necessidades atendidas pelo CEO. No entanto, não se observou diferença significativa nesta dimensão/variável.

De acordo com os resultados, pôde-se constatar que, na dimensão aceitabilidade, também houve diferenças consideráveis entre os CEOs. Na variável explicação do tratamento, o único CEO que não apresentou uma avaliação positiva pela maioria dos

entrevistados foi o CEO D, onde 56,6% dos indivíduos relataram que o cirurgião-dentista raramente ou nunca explicava o tratamento proposto para os pacientes ou seus responsáveis. Já na variável opinião para marcação da consulta, nos CEOs A e B, a maioria dos indivíduos respondeu que os profissionais do CEO sempre ou na maioria das vezes pedem a sua opinião para saber qual o melhor dia e horário para marcação da consulta, sendo que este percentual de indivíduos se mostrou de forma mais pronunciada no CEO B (82,9%). Os CEOs C e D apresentaram avaliação negativa para esta mesma variável, com 65,6% e 73,9% de indivíduos insatisfeitos, respectivamente.

Avaliação qualitativa dos CEOS pelo grupo Total.

Após a análise e interpretação dos dados qualitativos obtidos a partir de entrevistas com 159 indivíduos, as ideias-centrais que surgiram para expressar a satisfação ou insatisfação com os serviços prestados pelos CEOs foram: Cuidado Humanizado em Saúde, Resolutividade do serviço, Competência dos profissionais, Infraestrutura e organização do serviço e Acesso ao serviço. A transcrição dessas 159 entrevistas apresentou um total de 225 expressões-chaves contendo conotações positivas (83,6%) ou negativas (16,4%) e que se enquadraram nas ideias-centrais de avaliação dos serviços.

As ideias-centrais mais frequentemente mencionadas pelos respondentes para expressar a sua satisfação com os serviços foram: Cuidado humanizado em saúde (44% das respostas), seguida de resolutividade dos serviços (16% das respostas). Já as ideias-centrais mais frequentes para expressar insatisfação com os serviços foram as seguintes: resolutividade (5,8% das respostas), seguida de infraestrutura e organização dos serviços (5% das respostas).

Avaliação qualitativa por CEO.

A análise dos resultados por estabelecimentos mostrou que em todos os CEOs as ideias-centrais mais frequentes para satisfação dos usuários foram Cuidado Humanizado em saúde e Resolutividade dos serviços, sendo que apenas no CEO C esta tendência não foi observada, pois as ideias-centrais mais frequentes neste estabelecimento foram Cuidado humanizado em saúde e competência dos profissionais.

Observou-se também que nos CEOs A e B, todas as ideias-centrais apresentaram avaliações positivas em maior percentual do que as negativas. No entanto, esta constatação não foi observada nos CEOs C e D. No CEO C as avaliações negativas superaram as positivas nas ideias-centrais infraestrutura e organização dos serviços e acesso aos serviços. No CEO D as ideias-centrais competência dos profissionais e infraestrutura e organização dos serviços também apresentaram mais avaliações negativas do que positivas. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de cada ideia-centrais está exposto no quadro 1.

Constatou-se que os resultados qualitativos corroboraram com os resultados quantitativos deste estudo.

Discussão

A partir dos resultados expostos acima, pode-se verificar que de uma maneira geral houve um alto grau de satisfação dos pacientes com necessidades especiais ou seus acompanhantes com os serviços prestados pelos CEOs pertencentes ao CIS-Serra.

Em relação à integralidade no sistema de referência e contra referência da rede de atenção em saúde bucal dos municípios estudados, observou-se uma frágil articulação entre a atenção primária e a secundária. Possíveis justificativas para esta constatação podem ser apontadas como: falta de conhecimento dos profissionais da atenção primária quanto aos protocolos do Ministério da Saúde para encaminhamento de pacientes com necessidades especiais à atenção secundária, formação profissional deficiente do clínico geral para o atendimento a este tipo de paciente e a própria falta de informação do usuário sobre o funcionamento da rede de atenção à saúde bucal, visto que o mesmo na maioria das vezes utiliza o CEO como porta de entrada no SUS. Este fato merece destaque visto que a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde deveria ser a atenção primária, onde o indivíduo recebe assistência, orientação e encaminhamento para a atenção secundária ou terciária em caso de necessidade. Essa integralidade dentro da rede de atenção à saúde permite uma distribuição racional dos usuários nos diferentes serviços, evitando assim a sobrecarga em qualquer nível de atenção do SUS [29]. No entanto o estudo de Cazotti *et al.*(2014) revelou a existência de protocolos de referência e contra referência para o encaminhamento de pacientes para os CEOs em cerca de 62,7% das equipes de saúde bucal da região sudeste que contavam com este serviço em sua rede de atenção a saúde bucal, o que pode sugerir que os mesmos podem não estar sendo devidamente utilizados pelos profissionais.

Cabe aqui ressaltar também a grande prevalência de pacientes com condições e doenças sistêmicas sendo assistidos pelos CEOs; este grupo de pacientes, apesar de apresentarem necessidade de atenção especial, devem ser atendidos preferencialmente na atenção primária e, apenas quando necessário, devem ser encaminhados para o CEO com relatório do profissional da atenção básica justificando este encaminhamento. Além disso, o rol de procedimentos básicos para atendimento a pacientes com necessidades especiais elencados na portaria 1464/GM de 2011 é destinado exclusivamente para aqueles pacientes que não colaboram para a realização do tratamento e aqueles com comprometimento severo. Estes devem obrigatoriamente ser atendidos por um especialista [1].

Nas dimensões da qualidade avaliadas, a acessibilidade foi a que apresentou os piores resultados no grupo total deste estudo. Esta dimensão da qualidade é de extrema importância visto que o fator que mais influencia a satisfação dos usuários com os

serviços é o acesso adequado aos mesmos [30]. A variável “tempo gasto para chegar ao CEO” apresentou resultados negativos, no entanto, esta constatação já era esperada e não pode ser considerada ruim, visto que os CEOs por serem centros de referência não devem necessariamente estar próximos à residência das pessoas, a sua localização geográfica tem que levar em conta apenas a questão de economia de escala. A obtenção de vaga para o atendimento consiste em um dos principais meios do usuário ter um acesso adequado e um primeiro contato com os serviços de saúde, devendo ser considerado na organização e avaliação destes [31]. O tempo de espera para atendimento também foi um dos obstáculos encontrados pelos usuários, tendo sido relatado com frequência em estudos anteriores, tanto em âmbito ambulatorial como hospitalar [13,32]. Neste sentido, este aspecto merece uma especial atenção, visto que a população deste estudo consistiu de pacientes com necessidades especiais que apresentavam, em alguns casos, necessidades diferenciadas (alimentação, higiene) em relação à população em geral [33]. Outro fator a ser apontado para uma melhor integração e acesso da população em estudo aos serviços de saúde é a existência de uma infraestrutura destes estabelecimentos apresentando condições para sua utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, pelos indivíduos com deficiência ou mobilidade reduzida. O decreto nº 5.296/2004, que regulamenta as leis nº 10.048/2000 e 10.098/2000, garante atendimento prioritário às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida nas repartições públicas e institui normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade desses indivíduos nestes estabelecimentos [34]. A infraestrutura voltada para o atendimento de deficientes nos CEOs foi considerada satisfatória pela maioria dos indivíduos deste estudo, à exceção do CEO B. Estes resultados corroboraram com os achados do estudo de Machado & Nogueira (2008) que revelou a ausência de problemas em relação à acessibilidade por usuários com deficiência em relação a infraestrutura de uma clínica de fisioterapia [35]. Desta maneira, todos os fatores enunciados acima merecem ser levados em consideração na gestão e organização dos CEOs estudados.

Os dados deste estudo apontam para um alto grau de resolutividade nos CEOs A e B, o que pode ser observado nos discursos referentes a esta ideias-centrais, sendo a segunda mais mencionada em relação à satisfação com os serviços, o que vem de encontro aos resultados dos estudos de Magalhães et al. 2015, Lima et al. 2010 e Brunhauser et al., 2013 [36,37,38].

As relações humanas entre os profissionais e os usuários dos CEOs também foram motivos de satisfação pelos participantes desta pesquisa, tanto quantitativa como qualitativamente, assim como em outros estudos utilizando os mesmos instrumentos de avaliação [36,37]. A base para a satisfação do paciente consiste no modo como o usuário é tratado nos serviços de saúde. Relações frias e desumanizadas afastam os pacientes do profissional e dificultam a adesão destes ao tratamento. O estabelecimento

de vínculos entre o profissional, o paciente e seus familiares pressupõe o desenvolvimento de relações harmoniosas e humanizadas entre ambas as partes, assim como a valorização do ser subjetivo, levando em consideração aspectos psicossociais no seu tratamento e não apenas os tradicionais conhecimentos científicos baseados apenas na dimensão biológica do processo saúde-doença. Sendo assim, a dimensão humana do tratamento deve ser tão valorizada quanto a dimensão técnica [39,40,41].

Em relação à dimensão eficiência, observou-se um grande percentual de indivíduos julgando valer muito a pena ou até demais procurar o CEO para realizar o seu tratamento dentário ou de seu acompanhante. Segundo Magalhães et al. (2015), esses dados podem ser explicados pelo fato dos serviços de atenção secundária oferecerem tratamentos mais complexos, onerosos e de difícil acesso a grande parte da população [36].

Outra dimensão que mereceu destaque neste estudo foi a da equidade. Esta dimensão mostrou que a maioria dos indivíduos considerou que as suas necessidades foram atendidas igualmente quando se comparou ao serviço público (CEO) com o particular, o que é extremamente positivo visto que a mídia brasileira muitas vezes tenta propagar a ideia de que os serviços públicos de saúde apresentam piores níveis de qualidade que os serviços particulares [42].

O presente estudo demonstra a importância da interação do profissional com o usuário, levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a sua autonomia no cuidado em saúde e a troca de saberes entre os atores sociais envolvidos nesse processo [43]. Esta constatação pode ser comprovada nos achados da dimensão aceitabilidade, na qual a maioria dos indivíduos entrevistados relatou que o dentista sempre ou na maioria das vezes explica o tratamento proposto e pergunta qual o melhor dia e horário para marcação de consultas. Esta dimensão da qualidade possui um conceito bem abrangente, necessitando de um maior aprofundamento dos instrumentos para a sua avaliação.

De uma maneira geral, sugere-se que os CEOs do município que possui melhor IDH e maior contingente populacional (Petrópolis) apresentaram maior satisfação dos usuários em comparação aos CEOs pertencentes aos municípios com menor IDH e contingente populacional (Cachoeiras de Macacu e Bom Jardim). Este fato pode ser justificado pelo menor nível de empoderamento social das populações vulneráveis que apresentam menor IDH e conseqüentemente menores níveis de escolaridade e saúde [44]. Além disso, os municípios com menor contingente populacional muitas vezes possuem dificuldades em manter serviços de saúde de média e alta complexidade, seja pela falta de recursos financeiros ou humanos [45,46]. No Brasil, nas últimas décadas, observou-se um aumento do acesso da população aos serviços odontológicos, embora o

padrão de desigualdade no acesso a esses serviços entre os municípios e estados da federação tenha se mantido [47].

Constatou-se também uma maior satisfação dos usuários com necessidades especiais nos CEOs aderidos à Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência (RCPD), o que pode estar relacionado a uma gestão mais amadurecida e organizada destes municípios e, por este motivo, buscam recursos financeiros estaduais e federais para promover melhorias na oferta de seus serviços. Esses achados reforçam a necessidade de um maior estímulo por partes do Governo Estadual e das Comissões Intergestoras Bipartite Estadual e Regional na concretização da regionalização da atenção secundária em saúde bucal e adesão a políticas públicas de saúde para deficientes nos municípios pertencentes ao CIS-Serra [48,49].

O presente estudo apresentou algumas possíveis limitações inerentes à avaliação da qualidade de serviços públicos de saúde através da percepção do usuário. Os níveis de satisfação na maior parte dos CEOs foi alto e alguns fatores podem ter influenciado estes resultados, dentre eles estão o receio do usuário em sofrer represálias devido a uma avaliação negativa do serviço [50] e a gratidão (gratidade bias) [51,52] pelo atendimento recebido e o acesso aos serviços, visto que a população de pacientes com necessidades especiais tem um acesso dificultado, seja por motivos socioeconômicos, geográficos ou organizacionais dos serviços [53]. Este acesso dificultado impossibilita esses indivíduos de terem suas necessidades odontológicas devidamente atendidas.

Entretanto, pontos positivos também podem ser considerados, visto que este estudo foi provavelmente o primeiro de avaliação de serviços de atenção secundária em relação ao atendimento a pacientes com necessidades especiais do Brasil e o primeiro estudo de avaliação da qualidade através da percepção de usuários nos Centros de Especialidades Odontológicas da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Além disso, a perda de participantes no estudo foi muito pequena e, desta forma, a amostra foi representativa.

Por fim, destaca-se a relevância deste estudo para a compreensão das dimensões da qualidade dos serviços odontológicos brasileiros de atenção secundária, a partir da percepção de usuários com necessidades especiais, e o incentivo que esta avaliação proporciona aos gestores e equipes de saúde para a melhoria e aprimoramento dos seus serviços, tendência esta seguida por um dos principais programas nacionais de avaliação da qualidade de serviços públicos de saúde (PMAQ-CEO) [54].

Considerações Finais

Os Centros de Especialidades Odontológicas da região serrana do Estado do Rio de Janeiro são serviços que apresentam particularidades e diferenças quando avaliados individualmente.

Os resultados desta pesquisa enfatizaram a importância das relações humanas entre o profissional e o paciente na qualidade da assistência à saúde de indivíduos com necessidades especiais, visto este ser um dos principais motivos de satisfação destes usuários.

Diante disso é possível concluir que há uma constante necessidade de gestores e equipes de saúde realizarem a avaliação da qualidade de seus serviços a partir da percepção do usuário, possibilitando assim a participação social no SUS, princípio este preconizado pela reforma sanitária brasileira.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Oral Health Report, 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Genebra: WHO/NMH/NPH/ORH; 2003.
3. IBGE. Características Gerais da População. In: Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.178p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial. Brasília: Ministério da Saúde, SNAS, 1992. 23p.
5. Rawls, J. Justiça como Equidade: Uma Concepção Política, não Metafísica. Lua Nova 25:25-291992.
6. Vita, A. Justiça distributiva: a Crítica de Sen a Rawls. Dados – Revista de Ciências Sociais 42(3):471-496, 1999b.
7. Carneiro Junior, N.; Silveira, C. Organização das Práticas de Atenção Primária em Saúde no Contexto dos Processos de Exclusão/Inclusão Social. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19. n.6, p.1829-1835, 2003.
8. Chagas, A.M.R. Avanços e Impedimentos para a Construção de uma Política Social para Pessoas com Deficiência [dissertação de mestrado] Universidade de Brasília 2006 114p.
9. Brasil. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., rev. e atual. Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, 2010. 100p.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599. Define a implantação de especialidades odontológicas (CEO) e de laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.

11. Ministério da Saúde. Portaria nº. 835. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.. Diário Oficial da União 2012; 25 abril.
12. Franco SC, Campos GW. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. Rev. Saúde Pública. 1998a; 32(4): 352-360.
13. Franco SC, Campos GW. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. Cad. Saúde Pública. 1998b; 14(1): 61-70.
14. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.
15. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. Cad. Saúde Pública. 1998; 14(3): 623-628.
16. Zaicaner R. Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde [dissertação]. São Paulo (SP): FSP/USP; 2001.
17. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultados. Rev. Saúde Pública. 2001; 35(1): 88-95.
18. Kotaka F, Pacheco MLR, Higaki Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no estado de São Paulo, Brasil. Ver. Saúde Pública. 1997; 31(2): 171-177.
19. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(1): 27-34.
20. Fernandes LMAG. Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco; 2002.
21. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114:1115-8.
22. Fitzpatrick R, Hopkins A: Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. Soc Health Illness. 1983, 5: 297-311.
23. Williams B: Patient satisfaction: a valid concept?. Soc Sci Med. 1994, 38: 509-516.
24. Edwards C, Staniszewska S: Accessing the user's perspective. Health Soc Care Community. 2000, 8 (6): 417-424.
25. Ministério da Saúde. Portaria nº. 793. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2012; 24 abril.
26. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014.Sep;89(9):1245-51.
27. LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

28. Santos MTBR, Haddad AS. Quem são os pacientes com necessidades especiais? In: Cardoso RJA, Machado MEL. *Odontologia Arte e Conhecimento*. São Paulo: Artes Médicas-Divisão Odontológica;2003. p.263- 8.
29. Pucca JR.G. Por um Brasil Sorridente. *Rev. ABO Nac* 2004;12(2):73-9.
30. Bamise CT, Bada TA, Bamise FO, Ogunbodede EO. Dental care utilization and satisfaction of residential university students. *Libyan J Med* 2008; 3(3):140-3.
31. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública Méx.* 1985;27(5):438-53.
32. Oliveira DF, Arieta CEL, Temporini ER, Kara-José N. Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital. *Arq Bras Oftalmol.* 2006;69(5): 731-6.
33. Castro Shamyr Sulyvan, Lefèvre Fernando, Lefèvre Ana Maria Cavalcanti, Cesar Chester Luiz Galvão. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Feb [cited 2016 July 23] ; 45(1): 99-105.
34. BRASIL. Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 - DOU de 03/122004.. Acesso em: 20 out. 2005.
35. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev Bras Fisioter.* 2008;12(5):401-8.
36. Magalhães Bruno Gama, Oliveira Raquel Santos de, Góes Paulo Sávio Angeiras de, Figueiredo Nilcema. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 July 23] ; 23(1): 76-85.
37. Lima Ana Carolina Silva de, Cabral Etenildo Dantas, Vasconcelos Marcia Maria Vendiciano Barbosa. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 May [cited 2016 July 23] ; 26(5): 991-1002.
38. BRUNHAUSER, AL, MAGRO, ML, NEVES, M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. *RFO.* 2013; 8 (1): 24-31.
39. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(1):27-34.
40. Backes DS, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC, Klock P, Erdmann AL. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(3):903-10.
41. Lavor A, Dominguez B, Machado K. O SUS que não se vê. *Radis Comunicação em Saúde.* 2011;104(8):9-18.
42. Souza EM. A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, Distrito Federal [dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 1997.
43. PINTO, B. de M.; MACHADO, C. J.; SÁ, E. O. Características Necessárias de um Profissional de Saúde que Trabalha com Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: um Contraste de Visões de Profissionais e Alunos de

- Odontologia, Pais e Cuidadores. 2004. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
44. Minkler RM. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. *Health Education Quarterly* 1989;16(1):17-30.
 45. CECÍLIO, L.C.O. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: característica e desafios. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde*, v.1, n.2, p.200-207, 2007. Disponível em: <http://www.revista.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/84/79>. Acesso em: 15 nov. 2008.
 46. GOTTEMS, L.B.D et al. *Análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica do DF e entorno* : buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades (Relatório Final da Pesquisa). Universidade de Brasília, Universidade Católica de Brasília, Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília, 2008.
 47. Barros AJD, Bertoldi AD. Inequalities in utilization and access to dental services: a nationwide assessment. *Cienc Saude Coletiva*. 2002; 7(4):709–17.
 48. Nicoletto SCS, Cordoni Jr. L, Costa NR. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:29-38.
 49. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2207-17.
 50. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompéu/MG: a satisfação do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:123-30.
 51. Traverso-Yépez M, Moraes NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:80-8.
 52. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:599-612.
 53. Castro Shamy Sulyvan, Lefèvre Fernando, Lefèvre Ana Maria Cavalcanti, Cesar Chester Luiz Galvão. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Feb [cited 2016 July 24] ; 45(1): 99-105.
 54. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.599. Dispõe sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). *Diário Oficial da União* 2015; 30 set.

Tabelas e Figuras Artigo 1

Tabela 1 – Classificação dos pacientes com necessidades especiais assistidos nos CEOs (Classificação de Santos & Haddad Modificada).

Deficiência	CEO	Total
-------------	-----	-------

Deficiência	CEO				Total
	CEO 1	CEO 2	CEO 3	CEO 4	
Deficiência física	8 12.7 %	5 12.2 %	5 15.6 %	2 8.7 %	20 12.5 %
Comportamentais	6 9.5 %	4 9.8 %	0 0 %	0 0 %	10 6.3 %
Condições e doenças sistêmicas	9 14.3 %	15 36.6 %	13 40.6 %	5 21.7 %	42 26.4 %
Deficiência mental	17 27 %	7 17.1 %	8 25 %	9 39.1 %	41 25.8 %
Distúrbios sensoriais	1 1.6 %	0 0 %	1 3.1 %	0 0 %	2 1.2 %
Transtornos psiquiátricos	4 6.3 %	1 2.4 %	2 6.2 %	3 13 %	10 6.3 %
Doenças infectocontagiosas	12 19 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	12 7.5 %
Síndromes e deformidades craniofaciais	4 6.3 %	8 19.5 %	3 9.4 %	4 17.4 %	19 11.9 %
Diagnóstico não concluído	2 3.2 %	1 2.4 %	0 0 %	0 0 %	3 1.9 %
Total	63 100.0 %	41 100.0 %	32 100.0 %	23 100.0 %	159 100.0 %

Tabela 2 - Caracterização da amostra de 159 usuários atendidos nos centros de especialidades odontológicas da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2016.

Variável independente	CEO A		CEO B		CEO C		CEO D		Valor de p*	Grupo Total	
	N	%	n	%	N	%	n	%		n	%
Faixa etária											
Menor ou igual a 37	35	55,6	19	46,3	16	50,0	13	56,5	0,78***	83	52,2
Maior que 37	28	44,4	22	53,7	16	50,0	10	43,5		76	47,8
Sexo											
Masculino	41	65,1	25	61,0	16	50,0	9	39,1	0,13***	91	57,3
Feminino	22	34,9	16	39,0	16	50,0	14	60,9		68	42,8
Estado Civil											
Casado	23	36,5	16	39,0	16	50,0	13	56,5	0,59**	68	42,9
Solteiro	21	33,3	14	34,1	9	28,1	4	17,4		48	30,2
Viúvo	8	12,7	5	12,2	3	9,4	5	21,7		21	13,1
Divorciado	11	17,5	6	14,6	4	12,5	1	4,3		22	13,8
Raça											

Branca	33	52,4	23	56,1	15	46,9	14	60,9	0,34**	85	53,5
Preta	12	19,0	2	4,9	4	12,5	1	4,3		19	11,9
Parda	18	28,6	16	39,0	13	40,6	8	34,8		55	34,6
Amarela	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-
Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-
Escolaridade											
Analfabeto	1	1,6	3	7,3	3	17,4	4	17,4	0,03**	11	6,9
EF incompleto	29	46,0	21	51,2	18	52,2	12	52,2		80	50,2
EF completo	14	22,2	2	4,9	0	13,0	3	13,0		19	12,0
EM incompleto	2	3,2	4	9,8	4	4,3	1	4,3		11	6,9
EM completo	11	17,5	6	14,6	6	8,7	2	8,7		25	15,8
ES incompleto	4	6,3	1	2,4	0	4,3	1	4,3		6	3,7
ES completo	2	3,2	4	9,8	1	0,0	0	0,0		7	4,4
Não informaram	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-
Renda Familiar (salário mínimo)											
Não informada	2	3,2	5	12,2	1	3,1	2	8,7	0,004**	10	6,3
< 1	3	4,8	1	2,4	2	6,2	3	13,0		9	5,7
1-2	35	55,6	12	29,3	19	59,4	17	73,9		83	52,1
2-3	7	11,1	15	36,6	5	15,6	1	4,3		28	17,5
3-4	9	14,3	7	17,1	3	9,4	0	0,0		19	12,0
4-5	3	4,8	0	0,0	1	3,1	0	0,0		4	2,5
>5	4	6,3	1	2,4	1	3,1	0	0,0		6	3,7
Total	63	100,0	41	100,0	32	100,0	23	100,0		159	100,0

* Comparação da distribuição das variáveis entre os centros de especialidades odontológicas;

** Através do Teste Exato de Fisher;

*** Através do Teste de Qui-Quadrado de Pearson.

Tabela 3 - Avaliação individualizada da satisfação dos usuários, por Centros de Especialidades Odontológicas da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2016.

Variável independente	CEO A		CEO B		CEO C		CEO D		Valor de p*	Grupo Total	
	N	%	n	%	n	%	N	%		n	%
Integralidade											
Vim encaminhado do dentista da UBS/ESF	4	6,3	8	19,5	6	18,8	10	43,5	<0,001**	28	17,5
Vim sem encaminhamento	59	93,7	33	80,5	26	81,2	13	56,5		131	82,5
Dimensão 1 - Acessibilidade											
Tempo gasto para chegar											
Muito curto/curto	14	22,2	14	34,1	7	21,9	8	34,8	0,196***	43	27,0
Nem curto/nem longo	38	60,3	14	34,1	18	56,2	9	39,1		79	49,7
Longo/muito longo	11	17,5	13	31,7	7	21,9	6	26,1		37	23,3
Obtenção de vaga											
Muito fácil/fácil	50	79,4	31	75,6	15	46,8	10	43,5	<0,001**	106	66,6
Nem fácil/nem difícil	10	15,8	7	17,1	6	18,8	9	39,1		32	20,2
Difícil/muito difícil	3	4,8	3	7,3	11	34,4	4	17,4		21	13,2
Espera para atendimento											
Muito curto/curto	29	46,0	13	31,7	10	31,2	7	30,4	0,09***	59	37,1
Nem curto/nem longo	26	41,3	15	36,6	10	31,2	7	30,4		58	36,5
Muito longo/longo	8	12,7	13	31,7	12	37,5	9	39,1		42	26,4
Intervalo entre consultas											
Muito curto/curto	33	52,4	14	34,1	12	37,5	9	39,1	0,49***	68	42,8
Nem curto/nem longo	17	27,0	12	29,3	11	34,4	6	26,1		46	28,9
Muito longo/longo	13	20,6	15	36,6	9	28,1	8	34,8		45	28,3
Infraestrutura para deficientes											
Totalmente adequada/muito adequada	11	17,5	2	4,9	-	-	1	4,3	0,03**	14	8,8
Adequada	24	38,1	14	34,1	19	59,4	12	52,2		69	43,3
Pouco adequada/totalmente inadequada	28	44,4	25	61,0	13	40,6	10	43,5		76	47,8
Dimensão 2 - Resolutividade											
Aparência dos dentes											
Melhorou totalmente/ Melhorou muito	27	42,9	22	53,7	10	31,2	5	21,7	0,001***	64	40,2
Melhorou	25	39,6	12	29,2	7	21,9	5	21,7		49	30,7
Melhorou um pouco/Não melhorou nada	11	17,5	7	17,1	15	46,9	13	56,5		46	28,9
Mastigação											
Melhorou totalmente/ Melhorou muito	26	41,3	14	34,1	7	21,9	4	17,4	0,02***	51	32,1

Variável independente	CEO A		CEO B		CEO C		CEO D		Valor de p*	Grupo Total	
	N	%	n	%	n	%	N	%		n	%
Integralidade											
Vim encaminhado do dentista da UBS/ESF	4	6,3	8	19,5	6	18,8	10	43,5	<0,001**	28	17,5
Vim sem encaminhamento	59	93,7	33	80,5	26	81,2	13	56,5		131	82,5
Melhorou	20	31,7	12	29,3	5	15,6	5	21,7		42	26,3
Melhorou um pouco/Não melhorou nada	17	27,0	15	36,6	20	62,5	14	60,9		66	41,5
Resolutividade do problema											
Muito bem resolvido/resolvido	46	73,0	36	87,8	18	56,2	8	34,8	<0,001**	108	67,8
Mais ou menos resolvido	11	17,5	3	7,3	10	31,2	9	39,1		33	20,8
Mal resolvido/não resolvido	6	9,5	2	4,9	4	12,5	6	26,1		18	11,4
Dimensão 3 – Ambiente físico											
Limpeza dos consultórios											
Muito bom/bom	60	95,2	38	92,7	26	81,2	20	87,0	0,19**	144	90,6
Regular	2	3,2	3	7,3	5	15,6	3	13,0		13	8,2
Muito ruim/ruim	1	1,6	-	-	1	3,1	-	-		2	1,2
Limpeza dos banheiros											
Muito bom/bom	35	76,1	21	72,4	14	45,2	8	53,3	0,08**	78	64,5
Regular	9	19,6	5	17,2	11	35,5	6	40,0		31	25,6
Muito ruim/ruim	2	4,3	3	10,3	6	19,4	1	6,7		12	10,0
Limpeza da recepção/sala de espera											
Muito bom/bom	56	88,9	37	90,2	25	78,1	22	95,7	0,31**	140	88,0
Regular	7	11,1	3	7,3	5	15,6	1	4,3		16	10,0
Muito ruim/ruim	-	-	1	2,4	2	6,2	-	-		3	1,9
Dimensão 4 – Relações humanas											
Atenção dada pelo dentista											
Muito bom/bom	60	95,2	40	97,6	31	96,9	22	95,7	1,00**	153	96,2
Regular	3	4,8	1	2,4	1	3,1	1	4,3		6	3,7
Muito ruim/ruim	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-
Atenção dada pelos auxiliares											
Muito bom/bom	62	98,4	39	95,1	29	90,6	22	95,7	0,30**	152	95,5

Variável independente	CEO A		CEO B		CEO C		CEO D		Valor de p*	Grupo Total	
	N	%	n	%	n	%	N	%		n	%
Integralidade											
Vim encaminhado do dentista da UBS/ESF	4	6,3	8	19,5	6	18,8	10	43,5	<0,001**	28	17,5
Vim sem encaminhamento	59	93,7	33	80,5	26	81,2	13	56,5		131	82,5
Regular	1	1,6	2	4,9	3	9,4	1	4,3		7	4,4
Muito ruim/ruim	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-
Grau de confiança no dentista											
Muito bom/bom	61	96,8	40	97,6	29	90,6	20	87,0	0,19**	150	94,4
Regular	2	3,2	1	2,4	3	9,4	2	8,7		8	5,1
Muito ruim/ruim	-	-	-	-	-	-	1	4,3		1	0,6
Dimensão 5 – Qualidade técnico-científica Avaliação dos equipamentos											
Super modernos/modernos	42	66,7	25	61,0	10	31,2	10	43,5	0,002**	87	54,7
Mais ou menos	16	25,4	13	31,7	10	31,2	9	39,1		48	30,3
Desatualizados/ ultrapassados	5	7,9	3	7,3	12	37,5	4	17,4		24	15,0
Dimensão 6 - Eficiência Custo-Benefício											
Não valeu a pena/ pouquíssimo	1	1,6	1	2,4	3	9,4	5	21,7	<0,001**	10	6,2
Mais ou menos	6	9,5	1	2,4	6	18,8	7	30,4		20	12,6
Muito/até demais	56	88,9	39	95,1	23	71,9	11	47,8		129	81,1
Dimensão 7 - Eficácia Frequência de uso de EPI											
Quase sempre/sempre	63	100,0	41	100,0	32	100,0	23	100,0	1,00***	159	100,0
Não me lembro	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-
Nunca/às vezes	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-
Desconforto durante consultas											
Não sentiu nada	49	77,8	31	75,6	27	84,4	11	47,8	0,04**	118	74,2
Pouco desconforto/ desconforto	12	19,0	8	19,5	4	12,5	7	30,4		31	19,4
Muito desconforto/ desconforto total	2	3,2	2	4,9	1	3,1	5	21,7		10	6,3

Variável independente	CEO A		CEO B		CEO C		CEO D		Valor de p*	Grupo Total	
	N	%	n	%	n	%	N	%		n	%
Integralidade											
Vim encaminhado do dentista da UBS/ESF	4	6,3	8	19,5	6	18,8	10	43,5	<0,001**	28	17,5
Vim sem encaminhamento	59	93,7	33	80,5	26	81,2	13	56,5		13 1	82,5
Dimensão 8 - Equidade Público vs. Privado											
Não são atendidas	1	1,7	1	2,6	2	6,2	2	9,5	0,14**	6	4,0
Parcialmente atendidas/ diferentemente atendidas	14	23,3	8	21,1	11	34,4	9	42,9		42	27,9
Igualmente atendidas	45	75	29	76,3	19	59,4	10	47,6		10 3	68,2
Dimensão 9 - Aceitabilidade Explicação do tratamento											
Sempre/na maioria das vezes	60	95,2	36	87,8	22	68,8	10	43,5	<0,001**	12 8	80,4
Não me lembro	-	-	-	-	1	3,1	-	-		1	0,6
Raras vezes/nunca	3	4,8	5	12,2	9	28,1	13	56,5		30	18,9
Opinião para dia da marcação											
Nunca pede/raras vezes pede	29	46,0	7	17,1	21	65,6	17	73,9	<0,001***	74	46,5
Não me lembro	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-
Na maioria das vezes pede/ sempre pede	34	54,0	34	82,9	11	34,4	6	26,1		85	53,5
Total	63	100,0	41	100,0	32	100,0	23	100,0		15 9	100,0

* Comparação da distribuição das variáveis entre os centros de especialidades odontológicas;

** Através do Teste Exato de Fisher;

*** Através do Teste de Qui-Quadrado de Pearson.

Quadro 1 – Ideias-centrais e seus respectivos discursos do sujeito coletivo

Cuidado humanizado em saúde (positivo)
<p>“A dentista me dá muito apoio, muita atenção, muito carinho, tem muita calma para falar, sempre conversa comigo e me pergunta como eu estou, sem falar que me passa muita segurança e me tranquiliza, sempre se interessa com o meu caso e se põe disponível, se preocupa com o meu retorno e com a continuidade do meu tratamento. Os profissionais são educados, gentis, tem boa vontade em nos atender e muita paciência para cuidar da gente, eles interagem muito com as crianças também. Aqui eu me sinto a vontade com as pessoas, não tenho vergonha ou medo de sofrer preconceito.”</p>
Cuidado humanizado em saúde (negativo)
<p>“Eu acho que às vezes pode faltar um pouco mais de interesse e atenção. Uma vez eu fui atendida por um dentista que foi muito insensível comigo e também não tinha muita paciência.”</p>
Resolutividade do serviço (positivo)
<p>“Meus dentes estavam todos cariados, cheio de placa, com aquele desconforto, mau hálito, gengiva inflamada, aí ela tratou, tapou aqueles buracos; aquele dente que incomodava, tirou. Eles aqui conseguem resolver o nosso problema, extraí os dentes, faz o canal, quando precisa de RX vai lá e faz na mesma hora, também consegui concluir as coisas dentárias, obturações, próteses. Resolveram tudo o que eu precisava. Não senti mais nada, parou as dores e tudo, eu to mastigando melhor, melhorou a estética e os meus dentes estão sem problemas. Aqui eles sempre atenderam as minhas necessidades, o que eles puderam fazer, eles fizeram.”</p>
Resolutividade do serviço (negativo)
<p>“Eu acho muito demorado e não consegue resolver o que tem que resolver. Às vezes eu voltava para casa sem ter feito nada, quem mexia não acabava o tratamento. Eu só extraí dente, a parte para fazer dentadura e obturação e que poderia melhorar a minha mastigação lá não fez nada disso. Eu acho também que pode melhorar e oferecer outros tipos de tratamento para eu conseguir terminar o meu.”</p>
Competência do profissional (positivo)
<p>“A doutora é muito boa, uma excelente dentista, os procedimentos ficaram bem feitos, ela fez tudo direitinho e ensina e explica tudo também. Eles são muito competentes, se dedicam ao que faz e sabem o que faz. Não sofro nada para arrancar dente com ela. Os dentistas aqui são especializados e são muito capacitados. Eles também trabalham com prevenção, trata antes de piorar. “</p>
Competência do profissional (negativo)

“A dentista não parecia ser uma pessoa preparada para cuidar de especial. Até agora não definiram o que seria melhor para o meu tratamento, já passei por três dentistas e os três profissionais propõem tratamentos diferentes e não entraram em um consenso. A única coisa que eu não gostei é ele não explicar o que vai ser feito e também as obturações que estão caindo depois de 3 meses. Outra coisa que não gostei foi a dentista querer extrair um dente que dava para fazer canal.”

Infraestrutura e organização dos serviços (positivo)

“O tratamento é com higiene, aqui tem coisas que em outros serviços não tem, aqui tem todos os materiais, as marcas das coisas são boas. Eles avisam quando vão faltar a consulta e na maioria das vezes atende na hora certa. Aqui sempre me encaminhavam para dentista próprio para especial. Meu filho nunca teve um tratamento como aqui, onde tem todo os aparelhos para ele ser sedado e tem um profissional próprio para o caso dele.”

Infraestrutura e organização dos serviços (negativo)

“A dentista só trabalha uma vez por semana e agenda fica muito lotada. Eu acho também que eles podiam avisar o dia que faltasse, porque já fizeram eu vir aqui para atendimento e não me atendiam. Eu acho que poderia ter mais recursos e oferecer outros tipos de tratamentos mais complexos, o material também é de má qualidade.”

Acesso ao serviço (positivo)

“Eu não conseguia atendimento em lugar nenhum, seja no consultório particular ou público aqui foi o único lugar que eu consegui ser atendido. Eu ligo e sempre quando tem vaga eles me atendem, tem uma moça que remarca com facilidade.”

Acesso ao serviço (negativo)

“O tempo de espera para conseguir o tratamento é muito grande e demora muito para conseguir as coisas, é muito difícil levar ela até lá também.”

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) da região serrana do Estado do Rio de Janeiro em relação ao atendimento a pacientes com necessidades especiais, por meio da percepção dos profissionais. Para tanto, realizou-se entrevista pessoal padronizada com 5 cirurgiões-dentistas e 3 gestores utilizando um questionário com perguntas abertas e fechadas baseadas nas dimensões de avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos CEOs (PMAQ-CEO). Ao total 24 dimensões da qualidade/variáveis foram analisadas. Os resultados revelaram que os CEOs A e B apresentaram 11 avaliações positivas nas dimensões/variáveis analisadas. Os CEOs C e D apresentaram 8 e 4 avaliações positivas, respectivamente. O estudo qualitativo identificou características e particularidades em relação à organização e processo de trabalho, atenção integral à saúde bucal, gestão do trabalho e percepção dos cirurgiões-dentistas e gestores em cada CEO. Desta forma podemos concluir que, de uma maneira geral, observou-se uma avaliação negativa por parte dos cirurgiões-dentistas e gestores em todos os CEOs diante da maioria das dimensões da qualidade analisadas. No entanto, os CEOs A e B apresentaram mais avaliações positivas que os CEOs C e D.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Pessoa com Deficiência.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the quality of the Dental Specialties Centers (DSCs) of the mountain region of Rio de Janeiro state related to patients with special needs care, through the perception of the professionals. Therefore, it was held a personal standardized interview with five dentists and three managers, using a questionnaire with open and closed questions based on the dimensions of evaluation of the Access and Quality Improvement Program of the DSCs (AQIP-DSC). In total, 24 dimensions of quality/variables were analyzed. The results revealed that the DSCs A and B showed eleven positive evaluations on the dimensions/variables analyzed. The DSCs C and D showed eight and four positive evaluations, respectively. The qualitative study identified characteristics and particularities in relation to the organization and the work process, full oral health care, work management and perception of the dentist and managers in each DSC. So we can conclude that, generally, it was observed a negative evaluation by the dentist and managers at all the DSCs before most of the quality dimensions analyzed. However, the DSCs A and B showed more positive evaluations than the DSCs C and D.

Key-words: Unified Health System, Quality of health care, Disabled Person.

Título: Avaliação da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas pela percepção dos profissionais.

Autores:

Victor Pinheiro Gavina

Mestre em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Rua Doutor Silvio Henrique Braune, 22 – Centro. Nova Friburgo, RJ – 28625-650. e-mail: victorgavinauff@hotmail.com. Telefone: 55 22 98191174.

Nayara Silva Alves

Mestre em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense.

Francielle Ribeiro Alves

Mestranda em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense

Maria Isabel Valente

Professora da Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo Universidade Federal Fluminense (UFF).

Flávia Maia Silveira

Professora da Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo Universidade Federal Fluminense (UFF).

Andréa Videira Assaf

Professora da Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo Universidade Federal Fluminense (UFF).

Introdução

No contexto da redemocratização do país e promulgação da constituição de 1988 na década de 80, a saúde passa a ser um direito de cidadania e dever do Estado e as ações e serviços públicos de saúde passam a constituir um sistema único e organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, integralidade no atendimento e participação social [1].

Dentro desta proposta de descentralização da gestão dos serviços públicos de saúde, a municipalização da saúde no Brasil vem sendo efetivada gradativamente com o intuito de aproximar cada vez mais as políticas públicas de saúde e adequá-las às necessidades da população e possibilitar um maior controle da comunidade, gestores e trabalhadores de saúde na gestão dos recursos destinados à saúde[2]. O Ministério da Saúde, ao criar o Plano de ações e metas prioritárias para o período 1997/1998, propôs incentivos e estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços, assim como o

estímulo à formação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, visto este cumprir com o princípio de regionalização, por meio da articulação entre os sistemas municipais de saúde. Este mecanismo de formação de Consórcios Intermunicipais de Saúde possibilita que o município ofereça ações de proteção, promoção e recuperação da saúde com maior facilidade [3].

Diante da necessidade do controle social no processo de gestão do Sistema Único de Saúde, podemos afirmar que a avaliação dos serviços de saúde pela perspectiva do usuário tem respaldo na constituição, sendo, por isso, motivo de grande investigação por parte dos pesquisadores na área de saúde pública nos últimos anos. Entretanto, ainda existem poucos estudos publicados em relação à avaliação dos serviços de saúde pelo trabalhador e gestor em saúde, responsáveis diretos pelo desempenho, administração e organização desses serviços e atores fundamentais no processo de planejamento e organização dos mesmos [4].

Os sentidos representados pelo trabalho para aqueles que o exercem podem ser explicados e compreendidos através das ideias e valores relacionados às tarefas, modos operatórios, padrões instituídos, atribuição de responsabilidade e relações hierárquicas e interpessoais, em tempos e locais determinados. Esses sentidos elucidam as relações existentes entre os componentes internos das situações de trabalho, as transformações tecnológicas e organizacionais conquistadas e almejadas na atenção à saúde e na melhoria das condições de vida. No cotidiano dos serviços de saúde, os valores e significados formadores das práticas dos diferentes grupos profissionais atuam simultaneamente, de maneira articulada ou não, sendo necessário muitas vezes a negociação de interesses entre estes diferentes grupos [5].

Os trabalhadores em saúde apresentam em seu contexto diário de trabalho sentimentos e desejos que não podem ser considerados, exclusivamente, reflexo de interesses particulares, sendo que muitos deles são compartilhados por outros membros da equipe [6]. As experiências pessoais e as concepções interpessoais relacionadas ao cuidado em saúde possui grande influência na vida mental dos profissionais e, conseqüentemente, nas atitudes e decisões tomadas por estes trabalhadores nas situações de trabalho, favorecendo ou não os processos de organização e planejamento das práticas de saúde e a qualidade da atenção prestada à população [7].

A avaliação é uma etapa fundamental quando o objetivo a ser alcançado é a qualidade dos serviços de saúde, sendo um instrumento essencial para o planejamento, gestão e reorientação das políticas públicas de saúde e alocação de recursos, podendo gerar transformações necessárias para a melhoria e aprimoramento desses serviços [8]. A avaliação da qualidade dos serviços de saúde pela perspectiva do trabalhador e do gestor é de extrema importância, visto que esta permite identificar particularidades dos serviços pela própria concepção dos funcionários [9].

Dentro desta perspectiva de avaliação dos serviços públicos de saúde, surge no Brasil o PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade), que tem como principal objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento [10].

Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas pertencentes aos Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Serrana em relação ao atendimento a pacientes com necessidades especiais por meio da percepção dos profissionais e gestores que atuam nestes estabelecimentos.

Metodologia

Delineamento da pesquisa

O presente estudo é do tipo descritivo transversal e possui caráter exploratório e avaliativo e natureza quali-quantitativa.

Esta pesquisa foi realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas pertencentes ao CIS-Serra, tendo como referência a regionalização da saúde. Os locais selecionados para este estudo obedeceram aos seguintes critérios: estar cadastrado no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), pertencer ao CIS-Serra (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Serrana do Rio de Janeiro) e realizar atendimento a pacientes com necessidades especiais durante o período de realização do estudo.

Os municípios do Estado do Rio de Janeiro aderidos ao CIS-Serra até fevereiro de 2016 são Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro e Trajano de Moraes.

Dentre os municípios pertencentes a este consórcio apenas Petrópolis, Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu e São José do Vale do Rio Preto possuem em sua rede de atenção à saúde bucal a instalação de um serviço de atenção secundária representado pelos CEOs. No entanto, o município de São José do Vale do Rio Preto não oferecia, no período de realização deste estudo, a especialidade de atendimento a pacientes com necessidades especiais e, desta forma, optou-se em não incluir o CEO deste município no estudo. Os serviços de atenção secundária em saúde bucal dos municípios de Petrópolis, Cachoeiras de Macacu e Bom Jardim estão localizados, respectivamente, nas seguintes instituições: CEO Dr. Domingos Padula Primo (CEO A), CEO Pastor Edeldo Barreto Antunes (CEO B), Ambulatório Padre Batalha (CEO C) e Centro de Saúde José

Alberto Erthal (CEO D). O município de Petrópolis apresenta dois CEOs instalados em sua rede de atenção à saúde bucal (CEO A e B).

Os CEOs avaliados são serviços de referência no atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais dentro da rede de atenção à saúde bucal dos seus respectivos municípios. Os CEOs dos municípios de Petrópolis e Cachoeiras de Macacu são do tipo II, apresentando 4 a 6 consultórios completos e o de Bom Jardim é do tipo I, apresentando 3 consultórios completos. No entanto, apenas os CEOs de Petrópolis e Cachoeiras de Macacu estão aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) [11].

Definição da população

Duas categorias de profissionais foram incluídas neste estudo: a dos cirurgiões-dentistas e a dos gestores. Os critérios de inclusão para a categoria de cirurgião-dentista foram: participação voluntária e consentida dos profissionais cirurgiões-dentistas, estar cadastrado no CNPS (Cadastro Nacional dos Profissionais de Saúde), realizar atendimento a pacientes com necessidades especiais no CEO e disponibilidade e interesse em participar do estudo. Já os critérios de exclusão para esta mesma categoria foram: os indivíduos que não apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado e preenchido ou aqueles que se recusaram a participar da mesma e os indivíduos que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

Para a categoria de gestor, os critérios de inclusão para esta pesquisa foram: participação voluntária e consentida dos diretores dos CEOs, estar cadastrado no CNPS (Cadastro Nacional de Profissionais de Saúde) e disponibilidade e interesse em participar do estudo. Os critérios de exclusão foram os mesmos para a categoria cirurgião-dentista.

Desta forma, o tamanho total da população deste estudo foi de 5 cirurgiões-dentistas e 3 gestores, sendo que o CEO A era o único que possuía 2 cirurgiões-dentistas para o atendimento a pacientes com necessidades especiais, os demais contavam com apenas uma profissional para este tipo de atendimento, e os CEOs A e B possuíam o mesmo gestor por pertencerem a um mesmo município (Petrópolis).

Instrumento de medida quantitativa

A coleta de dados foi realizada por um pesquisador previamente treinado, em salas reservadas dos próprios CEOs, preservando a privacidade dos entrevistados. O instrumento utilizado para esta coleta foram questionários semiestruturados, constituídos por duas partes. A primeira parte consistiu de questões fechadas com informações relacionadas ao perfil do diretor e equipe do CEO, organização do processo de trabalho, atendimento integral à saúde bucal, perfil do paciente com necessidades

especiais atendidos nos CEOs, gestão do trabalho, educação permanente, participação social, controle social e satisfação do usuário, infraestrutura, equipamentos e insumos, gestão do monitoramento e avaliação e percepção do diretor e cirurgião-dentista do CEO. Este questionário foi baseado nas dimensões de avaliação da qualidade do material de apoio a autoavaliação para as equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), utilizado no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos CEOs (PMAQ-CEO), com adaptações e modificações necessárias para a realidade do estudo [12]. Ao total 24 dimensões/variáveis da qualidade foram analisadas neste estudo.

A segunda parte deste estudo, de natureza qualitativa, consistiu na avaliação destes sujeitos, por meio de perguntas abertas, a fim de se verificar a qualidade dos CEOs a partir das dimensões organização do processo de trabalho, atenção integral à saúde bucal, gestão do trabalho e percepção do cirurgião-dentista e diretor do CEO. Todas as entrevistas foram gravadas mediante autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas, porém quando os entrevistados não autorizaram a gravação, o pesquisador transcreveu as falas no decorrer da entrevista. A duração das mesmas foi de cerca de 1 hora.

Forma de análise dos resultados

Os dados quantitativos foram digitados na planilha Excel. A análise estatística foi do tipo descritiva. Todas as variáveis foram dicotomizadas em sim e não.

Os dados qualitativos passaram por uma análise de conteúdo por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para interpretação das respostas dos entrevistados [13]. Dois pesquisadores leram, transcreveram e identificaram os temas que surgiram da análise de dados de cada entrevista. As frases, palavras ou expressões que se referiam a qualidade dos serviços prestados pelos CEOs foram sublinhadas na transcrição.

Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense – Pólo de Nova Friburgo, tendo obtido parecer favorável para realização do estudo através do registro CAEE nº 51509015.2.0000.5626, estando de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Perfil do profissional

Esta dimensão da qualidade mostrou que os profissionais que atendiam a pacientes especiais não eram especialistas na área, à exceção do cirurgião-dentista do

CEO B. Este fato pode ser explicado pelo pequeno número de profissionais que atuam nesta especialidade odontológica, visto também esta ser uma especialidade recentemente criada pelo Conselho Federal de Odontologia e, devido a isto, muitos municípios possuem dificuldade em contratar este tipo de profissional para atuar no Sistema Único de Saúde [14].

No que se diz respeito à situação trabalhista destes profissionais, observou-se que todos os CEOs, à exceção do CEO C, contam com profissionais selecionados por meio de concurso público integrando a sua equipe, fato este contrário a outros estudos brasileiros anteriores, como o de Oliveira et al. (2010), em que revela, na região metropolitana de Recife, uma precarização do trabalho na atenção secundária em saúde bucal. Este estudo mostrou que grande parte dos profissionais que atuavam nos CEOs foram admitidos de forma irregular pela administração pública, por meio de somente análise de currículo ou entrevistas e com vínculos temporários com os municípios que os contrataram [15].

Organização e processo de trabalho

Os profissionais são apontados como elementos fundamentais na operacionalização dos processos de trabalho e organização nos serviços de saúde. Neste contexto, verificaram-se algumas importantes constatações em relação à organização e processo de trabalho, desenvolvidos nos CEOs avaliados. A partir da análise dos resultados nesta dimensão da qualidade, constatou-se que os CEOs B e D não possuíam nenhum protocolo de referência, contra referência ou treinamento para que os cirurgiões-dentistas da rede de atenção primária em saúde bucal pudessem se orientar na decisão de encaminhar ou não o paciente com necessidade especial para a atenção secundária. Estudos prévios mostraram que a instituição de normas pela gestão visando restringir o livre referenciamento tem relação direta com baixas taxas de encaminhamento da atenção primária para os demais níveis de complexidade, ou seja, quando existem protocolos com critérios de inclusão claros e objetivos em relação ao referenciamento dos pacientes da atenção primária para a secundária, os encaminhamentos passam a ser em menor número e com isso a atenção primária se torna mais resolutiva [16].

Considerações também podem ser feitas em relação à falta de troca de informações entre os profissionais da rede de atenção à saúde bucal. Em todos os CEOs, os profissionais relataram não manter contato ou trocar informações com os cirurgiões-dentistas da atenção primária. Este fato merece destaque visto que, mesmo em municípios onde há a existência de protocolos gerenciais para referência e contra referência, se não há troca de informações entre os profissionais da rede e a comunicação é dificultada, as taxas de referência para a atenção secundária se tornam altas [17].

Em relação ao tempo de espera para atendimento, os resultados mostraram-se positivos para esta variável, visto que em todos os CEOs os profissionais relataram não ter fila de espera para o atendimento a pacientes com necessidades especiais. Estes resultados corroboram com os achados de Gavina et al. (2016), que mostraram uma avaliação positiva da variável espera para atendimento nestes mesmos estabelecimentos de saúde de acordo com a percepção dos usuários com necessidades especiais ou seus acompanhantes [18]. Além disso, este aspecto merece uma especial atenção, visto que a população que recebe atendimento destes profissionais consiste de pacientes com necessidades especiais que apresentam, em alguns casos, necessidades diferenciadas (alimentação, higiene) em relação à população em geral e, portanto, necessitam de prioridades no atendimento nos serviços de saúde [19]. O decreto nº 5.296/2004, que regulamenta as leis nº 10.048/2000 e 10.098/2000, garante este atendimento prioritário às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida nas repartições públicas [20].

O atendimento obrigatório a pacientes com necessidades especiais nos CEOs foi instituído por meio da Portaria nº 599/GM e, a partir de 2012, com a criação da Portaria nº 835/GM, foram instituídos incentivos financeiros de investimento e de custeio para os estabelecimentos de saúde que se aderissem à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência [21,22]. Entretanto, os CEOs que recebessem este benefício deveriam, obrigatoriamente, oferecer atendimento a deficientes com no mínimo 40 horas semanais em uma cadeira odontológica exclusiva para este tipo de atendimento. Entre os CEOs pertencentes ao CIS-Serra, apenas o CEO D não está aderido a esta rede, o que demonstra uma necessidade de maior incentivo das gestões municipais e estadual na adesão de políticas públicas de saúde voltadas para a população de deficientes.

Possíveis justificativas para o não cumprimento da realização de atendimento a pacientes com necessidades especiais no CEO durante 40 horas semanais podem ser propostas através da análise do discurso dos profissionais. Nos CEO A, B e C as ideias-centrais dos discursos estavam ligadas a falta de recursos humanos e de interesse da gestão. No CEO D a ideia-central que predominou foi a de falta demanda de pacientes especiais para que o serviço fosse mantido durante 40 horas semanais. Os DSCs que surgiram foram os seguintes:

“Falta de profissionais na área. No momento há somente um dentista 20 horas para realizar o atendimento a esses pacientes. É difícil para a gente contratar também esse tipo de profissional. Falta de interesse na gestão também. Nunca foi colocada essa questão ou apresentada essa possibilidade para os profissionais do CEO.” (CEOs A, B e C)

“Eu acho que é em relação à demanda, mas eu preciso fazer um levantamento, porque eu posso estar errada em relação a isso, mas eu acho que não tem demanda para

isso não, porque existem diferentes tipos de deficiência e algumas passam até despercebidas, muitas vezes são considerados até pacientes normais.” (CEO D)

A avaliação qualitativa procurou investigar também quais seriam os critérios que os profissionais utilizavam para organização da prioridade no atendimento aos pacientes com necessidades especiais. Os discursos revelaram que o principal critério envolvido nesta organização de prioridade foi a avaliação de risco de acordo com o tipo de necessidade especial do paciente e grau de severidade de sua enfermidade. Esta ideia-central foi a mesma compartilhada em todos os CEOs pelos cirurgiões-dentistas. No CEO D não havia nenhum protocolo ou critério para organização de prioridade. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que surgiu foi o seguinte:

“Eu procuro dar prioridade aos pacientes mais graves como os com comprometimento neurológico ou que precisem de intervenções rápidas por causa de necessidade de tratamentos urgentes devido a risco eminente de vida, como no caso de quimio e radioterapia em pacientes oncológicos ou intervenções cirúrgicas em pacientes cardiopatas, por exemplo. Normalmente atendemos os pacientes que necessitam de contenção primeiro. Esses pacientes normalmente, costumam não esperar muito na recepção e ficam muito agitados então sempre dou preferência para atender esse tipo de paciente especial primeiro. Primeiro eu realizo a anamnese do paciente, priorizando os pacientes mais graves, como os que estão com dor, inflamação.”

Estes critérios de organização de prioridade estão de acordo com os fundamentos preconizados pelo Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e no Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Caderno de Acolhimento à demanda espontânea que dizem que os profissionais devem realizar o acolhimento baseado em classificação de risco, avaliação de necessidades de saúde e vulnerabilidades, sendo dada prioridade aos atendimentos de urgências e emergências [23,24].

Outros achados importantes foram revelados nesta dimensão da qualidade, como a falta de reuniões periódicas entre os membros da equipe do CEO, o que demonstra uma frágil comunicação entre a equipe, podendo apresentar repercussões diretas na organização e processos de trabalho desenvolvidos nestes estabelecimentos.

Dimensão Integralidade

Esta dimensão da qualidade revelou, segundo a percepção dos trabalhadores do CEO, uma frágil articulação entre a atenção primária e a secundária, pois relataram que nem todos os pacientes com necessidades especiais vêm encaminhados da atenção primária, além de acreditarem que esta não cumpre o seu papel no atendimento a tais pacientes. No que tange a este quesito, observou-se também que os profissionais realizam a contra referência para a atenção primária quando o paciente vem encaminhado dela, apenas no CEO A. Possíveis justificativas para esta constatação

podem ser apontadas a partir das ideias centrais contidas nos discursos dos profissionais como: falta de resolutividade da atenção primária em relação ao atendimento a estes tipos de pacientes (CEO A e B), utilização do CEO pelo usuário com necessidade especial como porta de entrada para o SUS (CEO B), formação profissional deficiente no atendimento a paciente com necessidade especial entre os profissionais da atenção primária (CEO C) e inexistência de uma estratégia de saúde da família consolidada para que uma rede de atenção à saúde bucal integral seja formada. Abaixo observa-se os DSCs formados na análise desta dimensão da qualidade.

“Eu não mando de volta para a atenção básica porque sei que lá eles não vão atender mesmo este tipo de paciente, aí nem perco o meu tempo mandando de volta, já resolvo tudo aqui.” (DSC CEO A)

“Porque a maioria dos pacientes não querem retornar para a atenção básica. Querem fazer o tratamento todo no CEO, vem direto para o CEO e querem resolver tudo aqui. Na verdade, eu acho que na atenção primária eles não são atendidos pelos profissionais, então como já sabem que é assim, já vem logo pra cá porque sabem que aqui eles vão receber tratamento.” (DSC CEO B).

“Lá na atenção primária eu sei que eles não tem experiência para atender este tipo de paciente e os pacientes especiais já vem pra cá e querem resolver todo o problema deles logo, até porque muitos não tem condições de ficar se deslocando uma hora para cada lugar.” (DSC CEO C)

“Nós nunca tivemos essa organização aqui, no início até tinha, quando existia uma Estratégia de saúde da família formada aqui. Desde que a prefeitura acabou com essa estratégia, nós não tínhamos para quem contra referenciar esses pacientes.” (DSC CEO D)

Os fatos abordados acima merecem destaque, visto que a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde deveria ser a atenção primária, onde o indivíduo recebe assistência, orientação e encaminhamento para a atenção secundária ou terciária, em caso de necessidade. A integralidade dentro da rede de atenção à saúde permite uma distribuição racional dos usuários nos diferentes serviços, evitando assim a sobrecarga em qualquer nível de atenção do SUS [25].

Em relação à existência de um serviço para atendimento a pacientes com necessidades especiais em âmbito hospitalar, constatou-se que apenas um município (Bom Jardim) não possui tal serviço instalado em sua rede de atenção à saúde bucal. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e o Plano Viver Sem Limites garantem que o atendimento odontológico ao paciente com necessidade especial seja realizado no Programa Brasil Sorridente, em regime ambulatorial especial ou, em casos de maior necessidade, em regime hospitalar [26,27]. Apesar desta garantia,

demandas reprimidas de pacientes com necessidades especiais na atenção terciária em saúde bucal, ainda ocorrem nos CEOs A e D.

Dimensão Gestão do Trabalho

De acordo com a Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011, os CEOS devem realizar uma produção mínima mensal de 80 e 110 procedimentos individuais, preventivos e de dentística básica, respectivamente, nos CEOs tipo I e II. A partir dos resultados revelados neste estudo, pôde-se observar que em todos os CEOs, à exceção do CEO D, os profissionais têm conhecimento aprofundado das metas preconizadas para o atendimento a pacientes com necessidades especiais pelo Ministério da Saúde [28]. No entanto, nos CEOs B e D, os profissionais relataram ter dificuldades para o cumprimento destas metas. Achados semelhantes foram observados no estudo de Deitos (2009) que revelou dificuldades no cumprimento das metas do Ministério da Saúde, em cerca de 50,91% dos 56 CEOs analisados, em 6 estados brasileiros, entre os anos de 2007 e 2008 [29].

Esta dificuldade no cumprimento das metas de produção para o grupo de pacientes com necessidades especiais pode ser explicada pelo discurso dos profissionais que relacionaram esta dificuldade à falta de recursos humanos para atendimento nesta área (CEO B) e falta de apoio da gestão para alcançar as metas (CEO D), como vemos a seguir.

“Pois como só existe um profissional no CEO, a meta é do profissional, e não do CEO, então fica difícil para só uma pessoa conseguir alcançar as metas de produção do ministério da saúde.” (DSC CEO B).

“Eu acho que o principal problema envolvido aí é a questão da organização do serviço e do apoio da gestão para a concretização de uma política pública de saúde voltada para esta população e também da divulgação do serviço para este público.” (DSC CEO D).

No que concerne a incentivos financeiros para a realização de atendimento a pacientes com necessidades especiais, em todos os CEOs, os profissionais disseram não receber nenhuma gratificação por estar atuando nesta especialidade ou ter algum plano de carreira específico. Deitos (2009) também relatou que mais da metade dos profissionais que atuavam nos CEOs analisados não recebiam gratificação por atuar em atendimento especializado [30].

Nota-se também que apesar dos CEOs A, B e C estarem aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), estes mesmos estabelecimentos não ofertam atendimento a estes pacientes durante 40 horas semanais, como acordado na Portaria nº 835/2012 [22].

Dimensão Educação Permanente

A qualificação de recursos humanos em saúde consiste em propor estratégias e ações com a finalidade de melhorar o desempenho dos profissionais, no sentido de preparar estes indivíduos para saber lidar com as constantes mudanças e desafios presentes na prática cotidiana de trabalho nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde [23].

Todo investimento em qualificação e treinamento de profissionais, desde que a estrutura institucional e os objetivos desta proposta de qualificação estejam alinhados, é capaz de produzir melhoras significativas no desempenho dos trabalhadores em saúde [24].

Dentro desta perspectiva de qualificação de profissionais de Saúde no Brasil, surge, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, uma estratégia para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o setor e um importante movimento para a educação na área de saúde. O Ministério da Saúde colocou a Educação Permanente em Saúde como eixo principal da Política de Gestão da Educação no trabalho em Saúde, passando a promover mudanças significativas no interior do SUS, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde [25].

A proposta de Educação Permanente em Saúde que vem sendo implantada no Brasil e visa à valorização de princípios, como a qualificação do cuidado em saúde, a capacidade de comunicação, o compromisso social dos profissionais de saúde, gestores, instituições e a sociedade em geral e o controle social [26].

No presente estudo, a dimensão da qualidade educação permanente apresentou resultados negativos em todos os CEOs, sendo que nenhum deles proporcionou aos seus profissionais oportunidades de formação profissional, seja através de cursos de especialização, atualização, organização de encontros, simpósios ou congressos. Desta maneira, este quesito na avaliação da qualidade merece uma especial atenção dos gestores dos municípios pertencentes ao CIS- Serra.

Corroborando tais resultados, Alves et al. (2007) investigaram a implementação da Política Nacional de Educação Permanente da Saúde (PNEPS) no Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2006, especificamente no Polo de Educação Permanente em Saúde da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro no município de Teresópolis. Este estudo mostrou uma relação paradoxal entre a implementação da PNEPS no município de Teresópolis e sua própria estratégia de saúde da família, pois esta instância do SUS que deveria ser um ambiente favorável à concretização da PNEPS não cumpre nem o seu papel fundamental de dar assistência à comunidade, quanto menos suporta possíveis tentativas de estimular o ensino e aprendizado constantes entre os seus profissionais.

Sendo assim, qualquer tentativa de qualificação desses profissionais não produz os efeitos esperados e almejados pelos gestores municipais [27].

Dimensão participação e controle social.

A participação social é um direito de cidadania garantido por meio da constituição cidadã que em seu parágrafo único do Artigo 1º diz: “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos Termos desta Constituição” [1].

A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, constitui-se como um processo de grande relevância social e política, pois garante que a sociedade participe da elaboração e controle das políticas públicas de saúde. Há um crescente estímulo para a institucionalização de espaços de participação da sociedade no cotidiano dos serviços de saúde por meio de estratégias, como a participação no planejamento, execução e avaliação de ações que envolvem estes serviços [28].

Neste estudo, avaliou-se esta dimensão da qualidade por meio de duas variáveis: presença de meios de comunicação para reclamações ou sugestões no CEO e presença de ouvidoria municipal do SUS no município. Na primeira variável, o único CEO que apresentou algum meio de comunicação para possíveis sugestões ou críticas dos serviços foi o CEO B. Na segunda variável, os CEOs A e B foram os estabelecimentos que contavam em seu município (Petrópolis) com a presença de uma ouvidoria municipal do SUS. Estudos anteriores revelaram a importância do empoderamento social, por meio da participação social, para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde [29].

Dimensão Infraestrutura, insumos, equipamentos e materiais.

No tocante ao fato da infraestrutura do CEO estar adaptada para receber pacientes com deficiência, em todos os CEOs, com exceção do B, os profissionais consideraram a infraestrutura dos serviços de saúde insatisfatória para o atendimento a este público. Esta constatação é de extrema importância e deve obrigatoriamente ser garantida, visto a existência do decreto nº 5.296/2004 que institui normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade desses indivíduos nestes estabelecimentos [20].

Em relação à oferta regular de equipamentos e insumos para atendimento, em todos os CEOs, esta responsabilidade da gestão está sendo cumprida de acordo com os cirurgiões-dentistas. No entanto, o mesmo em relação à manutenção dos equipamentos e instalações não pode ser dito, visto que apenas no CEO A isto está ocorrendo devidamente. O Ministério da saúde, por meio da Portaria 1341/2012, repassa

incentivos financeiros para implantação e custeio mensal dos CEOs, sendo que os CEOs com adesão a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência recebe um valor adicional extra para custeio mensal [30]. Desta forma, recursos financeiros para que a disponibilidade de insumos e equipamentos adequados para o atendimento a esta população ocorra devidamente é garantido, basta que haja uma administração correta destes recursos para que os serviços mantenham o padrão de qualidade desejado nesta dimensão da avaliação.

Percepção dos gestores e cirurgiões-dentistas

Por fim, nesta dimensão pretendeu-se avaliar qualitativamente os pontos positivos e negativos do programa de atendimento a paciente especial e a construção de possíveis sugestões para a melhoria dos serviços a partir da percepção dos profissionais que atuam nestes CEOs.

As ideias centrais que surgiram a partir da análise desta dimensão foram: capacitação de recursos humanos (CEOs A, C e D), melhoria da infraestrutura dos CEOs (CEOs C e D), Integralidade da atenção à saúde bucal (CEOs C e D), organização adequada do serviço (CEO C) e incentivos aos profissionais para atendimento a paciente com necessidade especial (CEOs A e D). O DSC dos profissionais em cada CEO foi:

“A gestão poderia proporcionar uma maior capacitação dos profissionais, porque a gente que atende especial tem sempre que ta aprendendo, nunca pode parar, tem sempre que ta se atualizando. Também poderiam incentivar o atendimento tanto do ponto de vista financeiro como de condições de trabalho adequadas.” (CEO A)

“O CEO deveria estar inserido numa unidade de saúde com médicos e enfermeiros, na qual pudéssemos trocar informações sobre o quadro de saúde do paciente. Se necessitamos de alguma emergência, não temos suporte para ajuda. Isso deveria ser regulamentado para garantir o acesso no caso de necessidade.” (CEO B)

“Eu acho que poderia ter maior contratação de profissionais para este atendimento e capacitar os profissionais também para saber cuidar melhor desse paciente. Outra coisa boa seria disponibilizar um consultório individualizado com ACD capacitado para este tipo de atendimento e um equipamento adequado para este tipo de atendimento.” (CEO C)

“Bom, eu começaria melhorando a instalação física, porque você não tem banheiro para cadeirante, não tem pessoal qualificado, não digo só dentista mas o pessoal de apoio. Organização do horário também, ter um horário a parte para atendimento e estes pacientes. Disponibilização de equipamentos e material próprio para este tipo de paciente também. Deveriam dar um maior estímulo a estes

profissionais para fazer esse tipo de atendimento e também apoio da secretaria municipal de saúde para a formação de um serviço em âmbito hospitalar para atendimento a esses pacientes no que se relaciona a saúde bucal.” (CEO D)

Considerações Finais

De uma maneira geral, observou-se uma avaliação negativa por parte dos cirurgiões-dentistas e gestores em todos os CEOs. No entanto, os CEOs A e B apresentaram mais avaliações positivas que os CEOs C e D nas dimensões da qualidade/variáveis estudadas. Observaram-se também particularidades em relação às dimensões da qualidade organização e processo de trabalho, atenção integral à saúde bucal, gestão do trabalho e percepção do cirurgião-dentista e diretor entre os CEOs no estudo qualitativo. Percebe-se que há uma necessidade do aprimoramento e reconhecimento sobre a importância do reflexo de uma boa gestão na melhoria do atendimento ao PNE e também sobre o conhecimento das políticas públicas vigentes voltadas a este grupo.

Quadros

Quadro 1 - Avaliação individualizada da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas da região serrana do Estado do Rio de Janeiro a partir da percepção dos profissionais, Brasil, 2016.

Dimensão	CEO A		CEO B		CEO C		CEO D	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
I- Perfil do profissional								
Especialização em PNE		X	X			X		X
Servidor público concursado	X		X			X	X	
II - Organização e processo de trabalho								
Protocolo de referência e contra referência	X			X	X			X
Troca de informações com os profissionais da AP*		X		X		X		X
Respeito ao protocolo pela AP*		X		X		X		X
Fila de espera para atendimento a PNE		X		X		X		X

Atendimento a PNE 40 h semanais		X		X		X		X
Reuniões periódicas da equipe		X		X		X		X
III - Integralidade								
Todos os PNE vêm encaminhados da AP		X		X		X		X
Profissionais realizam contra referência	X			X		X		X
Atenção primária cumpre o seu papel no atendimento a PNE		X		X		X		X
Presença de atenção terciária pra atendimento a PNE	X		X		X			X
Há demanda reprimida para a atenção terciária	X			X		X	X	
IV- Gestão do trabalho								
Conhecimento sobre as metas de produção do MS** para os CEOs	X		X		X			X
Dificuldade no cumprimento dessas metas pelo CEO		X	X			X	X	
CEO aderido à RCPD	X		X		X			X
Presença de incentivo financeiro para atendimento a PNE		X		X		X		X
V - Educação permanente								
Estímulo para educação permanente (cursos, simpósios)		X		X		X		X

VI - Participação e controle social.						
Presença de algum meio de comunicação para sugestões ou reclamações no CEO		X	X		X	X
Presença de ouvidoria municipal	X		X		X	X
VII - Infraestrutura, insumos, equipamentos e materiais						
Infraestrutura adequada para PNE		X	X		X	X
Oferta adequada de equipamentos e insumos para atendimento	X		X	X		X
Manutenção regular de equipamentos e instalações	X			X	X	X

*atenção primária;**ministério da saúde

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, tem-se observado a existência de poucos trabalhos na área de avaliação de qualidade, e os poucos se restringem à avaliação quantitativa na área médica, restando informações escassas sobre resolutividade e satisfação dos pacientes. Neste contexto, torna-se cada vez mais necessária a busca por discussões que possam contribuir no processo da avaliação de qualidade em Odontologia, principalmente na área de saúde pública. A partir deste estudo, concluiu-se que a maioria dos usuários com necessidades especiais ou seus acompanhantes/responsáveis estavam satisfeitos com os serviços prestados nos centros e que a satisfação difere em cada centro. Em relação à avaliação da qualidade pelos profissionais, a avaliação foi negativa em todos os CEOs, porém os CEOs A e B foram os que apresentaram melhores resultados. Desta forma, observa-se uma avaliação da qualidade positiva pelos usuários ou seus acompanhantes e negativa pelos profissionais que atuam nestes estabelecimentos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alberton L. Análise da implantação da qualidade total em uma instituição pública de educação [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
2. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompéu/MG: a satisfação do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:123-30.
3. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultados. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35(1): 88-95.
4. Backes DS, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC, Klock P, Erdmann AL. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):903-10.
5. Bamise CT, Bada TA, Bamise FO, Ogunbodede EO. Dental care utilization and satisfaction of residential university students. *Libyan J Med* 2008; 3(3): 140-3.
6. Barros AJD, Bertoldi AD. Inequalities in utilization and access to dental services: a nationwide assessment. *Cienc Saude Coletiva*. 2002; 7(4):709–17.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação Geral de Saúde. Portaria GM nº1.599/2015. Brasília. 2015.
8. Brasil. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., rev. e atual. Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, 2010. 100p.
9. BRASIL. Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 - DOU de 03/122004.. Acesso em: 20 out. 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial. Brasília: Ministério da Saúde, SNAS, 1992. 23p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).

12. BRUNHAUSER, AL, MAGRO, ML, NEVES, M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. RFO. 2013; 8 (1): 24-31.
13. Carneiro Junior, N.; Silveira, C. Organização das Práticas de Atenção Primária em Saúde no Contexto dos Processos de Exclusão/Inclusão Social. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19. n.6, p.1829-1835, 2003.
14. Castro Shamyry Sulyvan, Lefèvre Fernando, Lefèvre Ana Maria Cavalcanti, Cesar Chester Luiz Galvão. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2011 Feb [cited 2016 July 23] ; 45(1): 99-105.
15. CECÍLIO, L.C.O. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: característica e desafios. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde*, v.1, n.2, p.200-207, 2007. Disponível em: <http://www.revista.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/84/79>. Acesso em: 15 nov. 2008.
16. Chagas, A.M.R. Avanços e Impedimentos para a Construção de uma Política Social para Pessoas com Deficiência [dissertação de mestrado] Universidade de Brasília 2006 114p.
17. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114:1115-8.
18. Edwards C, Staniszewska S: Accessing the user's perspective. Health Soc Care Community. 2000, 8 (6): 417-424.
19. Espiridião, Monique Azevedo; Trad, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 22 (6):1267-1276. Jun, 2006.
20. Espiridião, Monique Azevedo; Trad, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários. Ciência & Saúde Coletiva, 10 (Sup):303-312, 2005.
21. Fernandes LMAG. Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco; 2002.
22. Fitzpatrick R, Hopkins A: Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. Soc Health Illness. 1983, 5: 297-311.
23. Franco SC, Campos GW. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. Rev. Saúde Pública. 1998a; 32(4): 352-360.
24. Franco SC, Campos GW. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. Cad. Saúde Pública. 1998b; 14(1): 61-70.
25. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública Méx. 1985;27(5):438-53.
26. Garcia GE. A qualidade no serviço público: um estudo de caso sobre a implantação e continuidade do programa de gestão pela qualidade total. Revista do Centro Universitário Barão de Mauá. 2001; 1 (2).

27. GOTTEMS, L.B.D et al. *Análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica do DF e entorno* : buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades (Relatório Final da Pesquisa). Universidade de Brasília, Universidade Católica de Brasília, Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília, 2008.
28. IBGE. Características Gerais da População. In: Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.178p.
29. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. Cad. Saúde Pública. 1998; 14(3): 623-628.
30. Kotaka F, Pacheco MLR, Higaki Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no estado de São Paulo, Brasil. Ver. Saúde Pública. 1997; 31(2): 171-177.
31. Lavor A, Dominguez B, Machado K. O SUS que não se vê. Radis Comunicação em Saúde. 2011;104(8):9-18.
32. LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
33. Lima Ana Carolina Silva de, Cabral Etenildo Dantas, Vasconcelos Marcia Maria Vendiciano Barbosa. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 May [cited 2016 July 23] ; 26(5): 991-1002.
34. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev Bras Fisioter.* 2008;12(5):401-8.
35. Magalhães Bruno Gama, Oliveira Raquel Santos de, Góes Paulo Sávio Angeiras de, Figueiredo Nilcema. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. Cad. saúde colet. [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 July 23] ; 23(1): 76-85.
36. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.599. ***Dispõe sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)***. Diário Oficial da União 2015; 30 set.
37. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599. Define a implantação de especialidades odontológicas (CEO) e de laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.
38. Ministério da Saúde. Portaria nº. 793. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2012; 24 abril.
39. Ministério da Saúde. Portaria nº. 835. ***Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da***

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2012; 25 abril.

40. Minkler RM. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. *Health Education Quarterly* 1989;16(1):17-30.
41. Narvai PC. Avaliações de ações de saúde bucal. 1996. Disponível em: http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_sauco/avsbuc.pdf Acesso em: 20 jan. 2009.
42. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.
43. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2207-17.
44. Nicoletto SCS, Cordoni Jr. L, Costa NR. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:29-38.
45. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Ver Saúde Pública*. 2000; 34 (5): 547-559.
46. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014.Sep;89(9):1245-51.
47. Oliveira DF, Arieta CEL, Temporini ER, Kara-José N. Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69(5): 731-6.
48. Pereira, Antonio Carlos. Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia. Nova Odessa: Napoleão, 2009.704 p.
49. PINTO, B. de M.; MACHADO, C. J.; SÁ, E. O. Características Necessárias de um Profissional de Saúde que Trabalha com Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: um Contraste de Visões de Profissionais e Alunos de Odontologia, Pais e Cuidadores. 2004. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
50. Pucca JR.G. Por um Brasil Sorridente. *Rev. ABO Nac* 2004;12(2):73-9.
51. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(1): 27-34.
52. Rawls, J. Justiça como Equidade: Uma Concepção Política, não Metafísica. *Lua Nova* 25:25-29 1992.
53. Rocha HJ. Como preparar a empresa para a qualidade total. São Paulo: Sebrae; 1999.
54. Santos MTBR, Haddad AS. Quem são os pacientes com necessidades especiais? In: Cardoso RJA, Machado MEL. *Odontologia Arte e Conhecimento*. São Paulo: Artes Médicas-Divisão Odontológica;2003. p. 263- 8.
55. Souza EM. A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, Distrito Federal [dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 1997.

56. Trad, Leny Alves Bomfim; Bastos, Ana Cecília de Souza; Santana, Edyara de Moaraes; Nunes, Mônica Oliveira. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (3): 581-589,2002.
57. Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:80-8.
58. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:599-612.
59. Vatsman, Jeni; Andrade, Gabriela Rivieres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3): 599-613, 2015.
60. Vieira-da-Silva, Ligia Maria. Avaliação de políticas e programas de saúde. Editora Fiocruz. 110p. 2014.
61. Vita, A. Justiça distributiva: a Crítica de Sen a Rawls. *Dados – Revista de Ciências Sociais* 42(3):471-496, 1999b.
62. Williams, Brian. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*, 38 (4):509-516,1994.
63. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Oral Health Report, 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Genebra: WHO/NMH/NPH/ORH; 2003.
64. Zaicaner R. Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde [dissertação]. São Paulo (SP): FSP/USP; 2001.

ANEXOS

INSTRUÇÕES PARA AUTORES (CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA)

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. ([leia mais](#));

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)

