UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Gabriel Elias do Nascimento

Avaliação da Qualidade dos Serviços Odontológicos Prestados em
Unidades de Saúde da Família

Ribeirão Preto

2016

Gabriel Elias do Nascimento

**Avaliação da Qualidade dos Serviços Odontológicos Prestados em
Unidades de Saúde da Família**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra.
Maria Eulália Lessa do Vale Dallora

Ribeirão Preto

2016

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Nascimento, Gabriel Elias do.

Avaliação da qualidade dos serviços odontológicos prestados em unidades de saúde da família/ Gabriel Elias do Nascimento; orientadora Profa. Dra. Maria Eulália Lessa do Valle Dallora - Ribeirão Preto, 2016.

77 f.: il., 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

1. Gestão em Saúde. 2. Saúde da Família.
3. Atenção Primária. 4. Saúde Bucal. 5. Odontologia.

Nome: Gabriel Elias do Nascimento

Título: Avaliação da qualidade dos serviços odontológicos prestados em unidades
de saúde da família

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo, para obtenção do título de Mestre
em Ciências.

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, o Senhor, porque Ele é bom e o seu amor dura para sempre.

À minha esposa querida, por todo o amor, companheirismo, dedicação e compreensão nesta inicial etapa de nossas vidas.

Aos meus pais pelo amor incondicional, pelo carinho, pelos ensinamentos e pelo exemplo de bom caráter me passado ao longo da vida.

Ao meu irmão Tiago, bem como meu querido pai, pelo incentivo de sempre seguir em frente com uma odontologia de excelência.

Ao meu irmão mais novo, Daniel, pelo cuidado, carinho, amor e zelo para com a minha vida, para com meus passos e para comigo. Muito obrigado!

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Eulália Lessa do Valle Dallora, meu sincero agradecimento pela oportunidade da realização deste projeto, pelas orientações recebidas, dedicação, ensinamentos e por várias vezes que precisou exercitar sua paciência nestes dois anos.

Ao Prof. Dr. Erasmo José Gomes e à Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira pelas sugestões no exame de qualificação desta dissertação.

À Família Garcia, César, Cristina e Ana Beatriz, por transformarem uma terra vermelha e de fuligem no céu em carinho, amor e acolhimento. Muito obrigado!

Ao Prof. Dr. Altacio Aparecido Nunes, pelo incentivo do ingresso ao programa.

À equipe de assessoria técnica que sempre estiveram dispostos a ajudar de alguma forma.

À Claudia e ao Kenedy por toda colaboração formal, técnica, acadêmica e pelos saudáveis laços de amizade.

Aos docentes do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde e aos colegas do curso. Em especial, a Gabriela Miron Barcelos, por todo o incentivo, cooperação e companheirismo durante estes anos.

Elevo os meus olhos para os montes; de onde me vem o socorro?

O meu socorro vem do Senhor, que fez os céus e a terra.

(Salmos 121: 1, 2)

RESUMO

NASCIMENTO, G. E. **“Avaliação da Qualidade dos Serviços Odontológicos Prestados em Unidades de Saúde da Família”**. 2016. 77 f. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

A Atenção Primária à Saúde exige uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, necessitando de um conjunto de competências para ser eficiente. A Atenção Primária é a principal porta de entrada do cidadão no sistema de saúde e por isso, o primeiro contato do paciente caracteriza-se pela atenção centrada na família, na orientação e na participação comunitária, além da competência dos profissionais. Objetivo: avaliar a qualidade dos serviços de saúde bucal prestados nas Unidades de Saúde da Família no Distrito de Saúde Oeste do Município de Ribeirão Preto, área de abrangência da FMRP – USP. Metodologia: mediante observação exploratória e entrevistas semiestruturadas com os profissionais que atuam nas USF e seus pacientes, foi realizada uma avaliação sob os aspectos referentes a cobertura, estrutura, processos e aos resultados das atividades. Ao final deste projeto foram identificados os serviços odontológicos prestados nas USF estudadas e avaliados de acordo com a percepção dos próprios cirurgiões-dentistas e dos usuários do sistema de saúde das localidades em questão. Obteve-se como parte dos resultados que, em relação à cobertura, as USF tem capacidade para absorver um maior número de pacientes. Sobre a estrutura, pode-se dizer que todas carecem de uma readequação física e também de reparos em equipamentos. Em relação aos processos, todas as USF estão de acordo com o preconizado nas normas vigentes e todas praticam o modelo de promoção e prevenção à saúde. E, por fim, também como parte dos resultados, o índice de satisfação de cada Unidade deu-se da seguinte forma: MC 79,68% e 87,29%; JE 81,25% e 91,66%; e VA 93,75% 95,41%, para ESB e usuários, respectivamente. Assim, pode-se dizer que há qualidade nos serviços de saúde bucal prestados nestas USF mediante os índices de satisfação aferidos.

Palavras chave: Gestão em Saúde, Saúde da Família, Atenção Primária, Saúde Bucal, Odontologia.

ABSTRACT

NASCIMENTO, G. E. **“Evaluation of Quality of Dental Services Provided in Family Health Units”**. 2016. 77 f. Master's Thesis – Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

The Primary Health Care requires extensive intervention in several aspects so that there must be a positive effect on people's quality of life, requiring a set of skills to be effective. The Primary Care is the first contact of the patient with the network care within the health system, and it is characterized by the attention focused on the family, orientation and community participation, beyond the competence of professionals. Objective: evaluate the quality of oral health services in the Family Health Centers in the West Health District of Ribeirão Preto, coverage area of FMRP – USP. Methods: through an exploratory observation and semi-structured interviews with professionals working in the Family Health Centers and their patients, it was performed an evaluation with regard to coverage, structure, processes and the results of the activities. At the end of the study there were identified the dental services at the Family Health Centers studied and they were evaluated according to the perception of their own dentists and users of the health system of the localities in question. It was obtained as part of the results with respect to the cover, the USF is able to absorb a larger number of patients. On the structure, it can be said that all of them require physical readjustment and equipment repairs. For processes, all USF are in accordance with the recommendations in the current rules and practice the model of promotion and prevention to health. Finally as part of the results, the satisfaction rate of each unit was given as follows: MC 79.68% and 87.29%; JE 81.25% and 91.66%; VA 93.75% and 95.41%, for ESB and users, respectively. Thus, it can be said that there is quality in oral health services provided by the USF these measured satisfaction ratings.

Key words: Health Management, Family Health, Primary Health Care, Oral Health, Dentistry.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACDS	Atendentes de Consultório Dentário
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
C	Concordo
C.P	Concordo Plenamente
CD	Cirurgião-Dentista
CDS	Cirurgiões Dentistas
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONAMA	Conselho Nacional do Meio Ambiente
D	Discordo
D.P	Discordo Plenamente
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JE	Jardim Eugênio Mendes Lopes
MC	Jardim Maria Casagrande Lopes
N.O	Não Opinou
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa de Saúde Familiar
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
THDS	Técnicos de Higiene Dentária
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VA	Vila Albertina

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição dos dados sobre o perfil dos Gestores entrevistados das USF	31
Tabela 2 -	Descrição dos dados sobre o perfil dos CDS entrevistados das USF	31
Tabela 3 -	Descrição dos dados sobre o perfil das ESB entrevistadas das USF	32
Tabela 4 -	Descrição dos dados sobre o perfil dos Usuários entrevistadas das USF	33
Tabela 5 -	Movimento estatístico de atendimentos de Saúde Bucal na USF MC – 2015 e Janeiro a Agosto 2016	35
Tabela 6 -	Movimento estatístico de atendimentos de Saúde Bucal na USF JE – 2015 e Janeiro a Agosto 2016	35
Tabela 7 -	Movimento estatístico de atendimentos de Saúde Bucal na USF VA – 2015 e Janeiro a Agosto 2016.....	36
Tabela 8 -	Movimento estatístico total de atendimentos de Saúde Bucal nas três USF – 2015 e Janeiro a Agosto 2016	36
Tabela 9 -	Distribuição dos dados sobre Estrutura de Saúde Bucal nas USF, respondido pelos Gestores	39
Tabela 10 -	Distribuição dos dados sobre Estrutura de Saúde Bucal nas USF, respondido pelos CDS	40
Tabela 11 -	Distribuição dos dados sobre Processos de Saúde Bucal USF, respondido pelos CDS	45
Tabela 12 -	Relação do Índice de Satisfação da Equipe de Saúde Bucal USF MC	54
Tabela 13 -	Relação do Índice de Satisfação dos Usuários USF MC	56
Tabela 14 -	Relação do Índice de Satisfação da Equipe de Saúde Bucal USF JE.....	58
Tabela 15 -	Relação do Índice de Satisfação dos Usuários USF JE.....	60

Tabela 16 -	Relação do Índice de Satisfação da Equipe de Saúde Bucal USF VA	62
Tabela 17 -	Relação do Índice de Satisfação dos Usuários USF VA	64
Tabela 18 -	Índice de Satisfação de ESB e usuários de todas as UFS.....	65

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 CENARIO ATUAL DA SAÚDE BUCAL.....	18
3.1 Atenção básica e saúde bucal.....	20
3.2 Qualidade em serviços de saúde	22
4 OBJETIVO	25
5 METODOLOGIA	26
5.1 População e Amostra	27
5.2 Coleta dos Dados	28
5.3 Análise dos Dados	29
5.4 Cálculo de Índice de Satisfação	29
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	31
6.1 Perfil do entrevistado.....	31
6.2 Cobertura	35
6.3 Estrutura.....	39
6.4 Processos.....	45
6.5 Índice de Satisfação	52
7 CONCLUSÕES	66
REFERENCIAS.....	69
APÊNDICES	75
ANEXO	0

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde exige uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, necessitando de um conjunto de competências para ser eficiente. A Atenção Primária é a principal porta de entrada do cidadão ao sistema de saúde e por isso, o primeiro contato do paciente com a rede assistencial e caracteriza-se pela atenção centrada na família, na orientação e na participação comunitária, além da competência dos profissionais. Indiferentemente das outras atividades exercidas nos Núcleos de Saúde da Família, a odontologia tem um papel fundamental em relação à saúde dos pacientes.

A proposta de inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde ocorreu em 1986, ano da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). O texto propusera (BRASIL, 1986)

[...] a inserção da saúde como parte do Programa Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com bases nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis federal, estadual e municipal [...] universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com municipalização, fortalecendo o poder decisório municipal.

Algumas alterações posteriores ao texto original ocorreram, e 14 anos após a inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde (SUS), uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi aberta sob a portaria 1.444 de 28/12/2000 do Ministério da Saúde. Uma destas modificações foi promover um incentivo financeiro para a devida reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), este que foi estabelecido em 1994, no final do governo de Itamar Franco, tendo como primeiro documento oficial intitulado: “Programa Saúde da Família: Dentro de Casa” (ROSA; LABATE, 2005).

No tocante ao PSF, o poder federal se encontrou diante da necessidade de ampliar a atenção em saúde bucal para a população brasileira, estabeleceu incentivo financeiro para a formação de equipes constituídas por cirurgiões dentistas (CDs), atendentes de consultório dentário (ACDs) e técnicos de higiene dentária (THDs). Ocorreu também uma mudança no modelo odontológico anterior, centrado

no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório, pois o PSF tem como base o domicílio, a família, deixando de lado os limites físicos, que eram a justificativa para a não efetivação do acesso. De acordo com Capistrano Filho (2000) [...] a incorporação das ações de saúde bucal no PSF foi um passo importante no sentido da observância de um dos princípios do SUS – o da integralidade das ações em saúde [...].

A partir de 2003, a orientação política da Saúde Bucal caracterizou-se por grandes esforços técnicos, com alocação de recursos financeiros sem precedentes, havendo um estímulo aos sistemas locais em buscar uma nova reorganização do trabalho, contando ainda com a disposição do poder público em organizar a Atenção Básica e ampliar a oferta de procedimentos de média e alta complexidade. No entanto, alguns desafios foram surgindo dia após dia. Um dos mais expressivos diz respeito à escassa cobertura da população, pela baixa oferta de serviços públicos odontológicos. Segundo Botazzo (2006), mesmo nas cidades onde a alocação de recursos é razoável, há uma grande incidência de processo de trabalho escasso, mão de obra auxiliar despreparada, comprometendo o trabalho clínico, impedindo até o desenvolvimento da capacidade de "diagnóstico/terapêutica" do dentista, colocando em dúvida sua capacidade produtiva.

Com a inserção da saúde bucal no PSF, tornou-se visível a necessidade de se buscar uma nova prática e um olhar diferente sobre o exercício da odontologia no âmbito da saúde coletiva. Esta reorganização da prática odontológica transformou o cirurgião-dentista (CD) em um sujeito parte de um processo de constante busca pela qualificação profissional, visando integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território, com vistas à efetivação do SUS. Assim, de acordo com Aerts (2004), o predomínio do enfoque assistencial deve ser questionado, pois diante desta nova realidade, mudanças são necessárias nas formas tradicionais de avaliação do trabalho desenvolvido pelo CD, que utilizam habitualmente indicadores relacionados a aspectos curativos, redirecionando esforços para a avaliação de atividades preventivas e promocionais. Novos padrões de trabalho começaram a ser implantados, com novas vertentes e com padrões de qualidade necessariamente diferentes dos que estavam sendo praticados.

A questão central neste novo cenário é que a Equipe de Saúde Bucal (ESB) deve ser capacitada e dotar de estrutura adequada para responder com qualidade

ao modelo proposto, contribuindo com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população.

A qualidade é, portanto uma questão central que ganha importância em todos os setores, em especial, no setor da saúde e como não poderia deixar de ser, também na saúde bucal.

Em relação à qualidade propriamente dita, segundo Reeves e Bednar (1994), não existe uma definição que seja um censo comum, e diferentes definições de qualidade surgem em diferentes circunstâncias, tornando-se um fenômeno complexo. A qualidade pode ser considerada universalmente como algo que afeta a vida das organizações e a vida de cada indivíduo de uma forma positiva (GOMES, 2004). Ainda neste contexto de variáveis, o fator qualidade pode assumir muitas formas, como por exemplo: como conformação de especificações; como conformação a requisitos prévios; como ajustamento do produto/serviço para o usuário; como valor; como redução de perdas; como atendimento e/ou superação das expectativas dos consumidores (REEVES; BEDNAR, 1994). Segundo a Norma ISO 9000: 2000 (*International Organization for Standardization*),

[...] qualidade seria a totalidade das características de uma entidade que lhe confere a capacidade de satisfazer necessidades explícitas e implícitas dos clientes. Entenda-se explícitas como àquelas especificadas em contrato, e implícitas àquelas que as empresas têm que satisfazer mesmo não estando no contrato.

Alguns estudos vão ainda mais fundo sobre a questão da qualidade e sua avaliação. De acordo com Quinto & Gastal (1997) e Donabedian (1990) a qualidade é avaliada pela conformidade ou adequação a um grupo de expectativas ou padrões que derivam de três aspectos básicos: a eficácia, determinada pela ciência médica; a conformidade, determinada por valores e expectativas individuais; a legitimidade, determinada por valores e expectativas sociais. Assim, a qualidade não é avaliada exclusivamente em termos técnicos ou da prática específica, mas, por um conjunto de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos no estabelecimento deste juízo de valor.

Este modelo de qualidade e de avaliação da mesma deve ser pensado também no setor da saúde. No entanto, alguns entraves estão presentes nas organizações de saúde (alguns hospitais, por exemplo), variando desde os tipos de leis que são aplicadas ao setor da saúde até o tipo de trabalho e por quem este

trabalho foi executado. Não se esquecendo de que, a categoria médica apresenta forte resistência aos programas, pois se sente fiscalizada no tocante à conduta clínica executada (NOGUEIRA, 1999).

A avaliação dos parâmetros de qualidade pode se refletir e ser executada em todas as áreas da saúde. O trabalho desempenhado pela ESB no PSF seja em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou mesmo em domicílios, pode ser mensurada e avaliada.

Assim, este projeto buscou elaborar uma avaliação da qualidade dos serviços de saúde bucal prestados em UBS, considerando: as condições de funcionamento dos serviços de saúde; se os usuários estão sendo assistidos segundo o padrão de qualidade técnico científico; como se dá a acessibilidade dos usuários aos serviços; qual a percepção dos usuários e dos colaboradores sobre os cuidados oferecidos pelo serviço; e se o modelo de gestão adotado está adequado para o enfrentamento dos problemas existentes naquela região.

2 JUSTIFICATIVA

Em se tratando da saúde bucal e sua recente inserção nos programas de atenção básica do sistema público de saúde, a situação epidemiológica do país demonstra um déficit devido às condições socioeconômicas dos autóctones, à pequena parcela de investimentos destinados a esta área em relação ao que é feito pelo SUS e à falta de subsídios para a instrução de higiene oral. Ainda sobre as condições sociais, Porto (2002) observa que a condição da saúde bucal de um indivíduo está intimamente relacionada com a moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, alimentação, e ao acesso aos serviços de saúde bucal e informações sobre os mesmos.

Apesar das grandes inovações em recursos que vem sendo feitos dia após dia na odontologia, a atividade desempenhada nestas localidades em questão deve se preocupar em seguir os objetivos preconizados pelo SUS. Neste contexto, o perfil da atividade deve ter o foco em práticas alternativas voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde bucal. A importância da execução destes valores se justifica por esta pesquisa, a qual buscou apontar quais atividades estão sendo realizadas em cada localidade e como estas estão sendo desempenhadas pelos profissionais e como estão sendo interpretadas pelos usuários do Distrito de Saúde Oeste do Município de Ribeirão Preto.

A escolha deste Distrito foi realizada devido à estratégia de Saúde da Família para com o mesmo, sendo, sobretudo, área de abrangência da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) – Universidade de São Paulo (USP).

3 CENÁRIO ATUAL DA SAÚDE BUCAL

A implantação da Política Nacional de Saúde Bucal / Brasil Sorridente é oriunda da quebra de alguns paradigmas da odontologia brasileira. Durante muitos anos o Brasil era conhecido como o país dos “banguelas”. De acordo com Miranda (2000) um país se conhece pelos dentes. A Reforma Sanitária Brasileira contou com a participação ativa de profissionais da odontologia na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 e na realização da I Conferência de Saúde Bucal no mesmo ano (TORRES, 2014). O evento trouxe à tona importantes parâmetros das condições da atenção odontológica da população, colocando a mesma como parte integrante da saúde geral do indivíduo (Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2005). Foi também através da reforma sanitária que o Ministério da Saúde normatizou a produção brasileira de creme dental fluoretado, estando presente em 95% dos dentifrícios comercializados no país (BRASIL, 1989). O resultado desta medida observado segundo o Inquérito de 1996 mostrou que o índice de cárie havia diminuído cerca de 50% nas crianças de 12 anos, comparado aos dados de 1986 (TORRES, 2014).

Essa informação contribuiu para que os profissionais de saúde bucal fossem incorporados às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em dezembro de 2000. De acordo com Torres (2014) neste mesmo ano a área técnica de saúde bucal começou um planejamento de um novo inquérito de base populacional, o SB Brasil - Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira conhecido como SB 2000, finalizado em 2003. Neste momento, os resultados obtidos conseguiram atingir a meta da redução de cárie em crianças de 12 anos estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano 2000, a qual era de ter no máximo 3 dentes atacados pela doença, por criança nesta faixa etária. No entanto, a perda dentária ainda estava alta para as faixas etárias de jovens, adultos e idosos.

Em 2010, o projeto SB Brasil 2010 observou mais de 37 mil pessoas da zona urbana, distribuída nas 27 capitais do país. De 2003 para 2010 houve redução de 25% do índice de cárie na faixa etária dos 12 anos. Esta redução, segundo a OMS, mudou a classificação do Brasil de um país de média para baixa prevalência de cárie. Na faixa de 15 a 19 anos em 1986, 12,7 dentes eram atacados pela cárie, em 2003 6,2 dentes e em 2010 o número era de 4,2 dentes. Já na faixa etária dos

idosos houve poucas mudanças. Ainda há uma alta média de 27,53 dentes cariados, sendo que destes, 25,29 dentes estão condenados.

A diminuição de dentes atacados pela cárie, bem como a redução da velocidade de progressão e severidade das lesões, está associada a uma correlação de fatores: adição de flúor no creme dental; valorização do setor de saúde bucal; maior oferta de programas coletivos de educação em saúde; amplo acesso aos serviços básicos odontológicos com uma prática preventiva e conservadora, isso tudo aliado às melhorias das condições sócio econômicas da população brasileira nas últimas décadas (TORRES, 2014). Mesmo com tal avanço no controle da cárie, em algumas idades a redução não se dá na mesma forma em todo país. Regiões Norte, Nordeste e interior do Centro Oeste concentram os maiores índices de carie.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 divulgado em 2015 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 55,6% dos brasileiros não se consultam anualmente, mesmo o Brasil sendo o país que mais tem dentistas no mundo - 260 mil profissionais. A pesquisa revelou que 8,4% de pessoas na faixa etária de 18 anos perderam todos os dentes; os que estão acima de 60 anos o índice é de 41,5%. Em relação aos hábitos de higiene o uso de escova de dente, creme dental e fio dental é feito por 53% dos brasileiros. Conforme a pesquisa, ainda há diferença no uso destes artigos de higiene conforme o nível de escolaridade. Enquanto 83,2% de pessoas com nível superior usam os três, o percentual cai para 29,2% entre a população sem instrução e com ensino fundamental incompleto. Outro dado é que 89% dos brasileiros escovam os dentes menos de 2 vezes ao dia e mais da metade da população não trocam escovas com menos de 3 meses de uso. No entanto, quase 70% da população considera a sua saúde bucal ótima ou muito boa. De todas as pessoas que procuraram dentistas, 74,3% recorreram a consultórios particulares ou clínicas privadas. As unidades básicas de saúde foram procuradas por 19,6% das pessoas que foram ao dentista, e 6,1% buscaram outros estabelecimentos, como centros especializados e emergências de hospitais públicos e privados (IBGE, 2015).

Para elucidar a pesquisa acima, de acordo com Honkala (2014) a promoção da saúde bucal está pautada em seis diferentes áreas: nutrição (redução na frequência de ingestão de açúcar); hábitos de higiene bucal (remoção regular da placa dental); tabagismo (fumar explica 50% da prevalência da doença periodontal); prevenção de trauma dental (prevalência em torno de 25%); mudança de ambiente

(propício para a saúde oral), e capacitação de indivíduos (orientar as pessoas para cuidar de seu comportamento de saúde). Os hábitos são basicamente determinados pelo ambiente e estilo de vida do indivíduo (HONKALA, 1984). Quando o comportamento é frequentemente repetido, torna-se um hábito automático, que não requer pensar sobre tal atitude.

Assim, em uma perspectiva de um modelo de promoção da saúde, o que também envolve a prevenção como uma de suas atribuições, de acordo com os dados apresentados acima, os pacientes que não procuram atendimento odontológico correspondem a mais da metade da população brasileira (55,6%). Evidencia-se que, de acordo com Honkala (2014), a preocupação com a saúde bucal entre os autóctones não se constitui um hábito em um olhar mais amplo.

3.1 Atenção básica e saúde bucal

Ao contrário do que possa parecer, levando-se em consideração o nome “básico” ou “primário”, a Atenção Básica não é tão básica e simples. Faz-se necessário compreender os fundamentos envolvidos nesta temática. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos e sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2008). A Atenção Primária ordena as etapas do cuidado, dá suporte aos níveis posteriores de complexidade, sendo então definidos os níveis de necessidades dos pacientes, os quais serão acompanhados ao longo do tempo. A Atenção Primária é o ponto de partida, a principal porta de entrada para o SUS, sendo a corresponsável por toda a Rede de Atenção que se forma a partir da mesma (TORRES, 2014).

Os atributos da Atenção Primária estão alinhados aos princípios e diretrizes do SUS e da ESF. Neste momento, não se faz necessária a exploração a fundo destes princípios, uma vez que o foco do presente estudo é a saúde bucal. No entanto, os mesmos se fazem lembrar como: integralidade; intersetorialidade; territorialização e inscrição de clientela; responsabilização e vínculo da equipe com a

população registrada; equipe multiprofissional com planejamento integrado; participação e controle social (BRASIL, 1990).

Em se tratando especificamente das ESB, deve se salientar que não se trata de outra equipe ou uma equipe dentro de outra equipe maior, mas sim da incorporação da ESB à Equipe de Saúde da Família, integrando assim uma Equipe Multiprofissional. Dentre suas atribuições, espera-se que a ESB cumpra seu papel, realizando: ações de promoção e proteção de saúde; ações de recuperação; prevenção e controle de câncer bucal; incremento da resolução da urgência; inclusão de procedimentos mais complexos na Atenção Básica e inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica.

Há três modalidades de ESB. A Modalidade I é formada por um CD e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). A Modalidade II é formada por um CD, um ASB e um Técnico de Saúde Bucal (TSB). A Modalidade II visa ampliar o acesso da comunidade ao tratamento Odontológico, há duas cadeiras para atendimento clínico, de modo que o TSB possa trabalhar na segunda cadeira, complementando as ações do CD, desenvolvendo ações de prevenção e inserção de materiais restauradores em sítios previamente preparados pelo CD (TORRES, 2014). A Modalidade III corresponde à Unidade Odontológica Móvel (BRASIL, 2004).

Assim, cada membro desenvolve um papel específico da atividade, seja ele coletivamente ou individualmente nos procedimentos clínicos ou nas atividades de Saúde Bucal. O que compete ao coletivo envolve desde a educação em saúde com rodas de conversas e oficinas; integração de grupos de práticas educativas da UBS e da comunidade; feiras de saúde, jogos e brincadeiras com o intuito de informar as Boas Práticas melhorando a qualidade de vida da população. No âmbito individual, o diagnóstico e a higiene bucal supervisionadas são fundamentais (profilaxia e remoção de tártaro). Estas ações individuais são complementadas pelo Plano Terapêutico: extrações, restaurações, selantes, aplicação de flúor e procedimentos relacionados à fase clínica de instalação de próteses básicas. Segundo Boareto (2011), mais importante do que desenvolver estas ações, sejam elas coletivas ou individuais, é realizá-las efetivamente. Contando com avaliações periódicas dentro da própria UBS, isto para acompanhar e saber se realmente o trabalho está sendo feito como deve.

3.2 Qualidade em serviços de saúde

Em relação à qualidade dos serviços prestados, pode se dizer que este tema tem sido objeto recente de pesquisas e trabalhos. Esta crescente preocupação tem sido observada a partir da inclusão da ESB na Estratégia Saúde da Família. Isto é oriundo de questionamentos de gestores, profissionais da saúde e usuários quanto aos impactos promovidos pela incorporação destes serviços e às medidas a serem efetivadas (COLUSSI; CALVO, 2012).

Em sua pesquisa, Sobrinho et al. (2015), relatam a realidade das Equipes de Saúde Bucal em Pernambuco participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) naquele estado no ano de 2012. Na oportunidade, o autor realizou o trabalho em quatro frentes nas UBS: infraestrutura, equipamentos e insumos odontológicos, processo de trabalho e percepção dos usuários. Como importante resultado, grande parte das unidades de saúde com consultórios odontológicos apresentou disponibilidade dos equipamentos necessários para a realização das ações e serviços de saúde bucal. Outro dado importante foi a percepção dos usuários. A maior dificuldade relatada foi o agendamento de consulta com o dentista. Uma das razões para a queixa, deve à deficiente operacionalização de uma rede de cuidados em saúde bucal. Sendo o principal motivo desta dificuldade a falta de clareza sobre o fluxo de referência e contra referência dos usuários para os serviços especializados.

Em seu artigo “*The Quality of Medical Care*”, Donabidean (1978), afirma que a avaliação da qualidade dos serviços em saúde comporta duas dimensões. A primeira leva em consideração o desempenho técnico, englobando a aplicação do conhecimento e da tecnologia buscando maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as necessidades e limitações de cada paciente. E, em segundo lugar, o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as reais expectativas e necessidades dos pacientes (REIS, 1990). A partir desta interação entre paciente/usuário e clínico, há um processo que abrange tanto as variáveis humanas e comportamentais até as variáveis técnicas.

De acordo com Reis (1990), o grande objetivo de precisar e avaliar a qualidade

[...] é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

O Modelo Donabediano (1978) propôs um quadro conceitual, fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, podendo ser considerado um tripé. A avaliação da estrutura trata sobre as características dos recursos que são empregados na atenção à saúde, considerando os aspectos a seguir: organização administrativa da atenção médica; descrição das características das instalações e da equipe de saúde estando em conformidade com as normas vigentes; e o perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência.

Para o estudo sobre processo, em linhas gerais, corresponde à relação e atividades existentes entre o paciente usuário e o clínico. São sobre essas relações que se obtêm os resultados da assistência. São considerados como processo, todas as vertentes diretamente relacionadas ao tratamento e no momento em que ele ocorre.

O estado do resultado descreve a situação da saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Em termos de saúde, os resultados são oriundos de uma faceta multifatorial, sendo a sua medida e a sua avaliação o que existe de mais próximo em termos de avaliação do cuidado total (REIS, 1990).

Em relação à satisfação como produto de um resultado final, indicando ou não qualidade no atendimento ou no serviço de saúde prestado, Lebow (1974) alerta que esta rotulação é uma simplificação. Ou seja, vários fatores afetam a percepção do paciente, dentre eles se destacam: as experiências anteriores de cuidado em saúde recebido, em quais condições elas se deram e o seu estado atual de saúde. Esses fatores não são considerados quando se utiliza o estudo de processo e resultado como metodologia de avaliação da qualidade nos serviços de saúde.

No entanto, Donabedian (1978) sugere que o estudo da satisfação do paciente é o mais importante objetivo no estudo do cuidado em saúde, apesar de

não poder ser um indicador direto ou indireto, mas apenas aproximado, da qualidade do cuidado à saúde. O mesmo autor inclui a satisfação dos profissionais de saúde como uma importante dimensão na avaliação global da qualidade do cuidado. Sendo assim, foi nestes moldes Donabedianos que este presente estudo foi realizado, tendo o índice de satisfação como a variável mais próxima de um indicador de resultados para a saúde bucal da região pesquisada.

Diante do acima exposto e por ser a Saúde Bucal uma política ainda recente no SUS a questão que emerge é acerca da qualidade dos serviços oferecidos. Neste contexto, vale pontuar se a Saúde Bucal está devidamente estruturada, com processos adequados de acordo com a legislação sanitária vigente e se atende as expectativas da população, especificamente no município de Ribeirão Preto, no Distrito Oeste de Saúde, por ser esta a região sob a atuação da FMRP.

4 OBJETIVO

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde bucal prestados nas Unidades de Saúde da Família no Distrito de Saúde Oeste do Município de Ribeirão Preto, área de abrangência da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, no que diz respeito à:

- Cobertura;
- Estrutura;
- Processos;
- Resultados.

5 METODOLOGIA

Para este estudo foi utilizada a abordagem de pesquisa exploratória, do tipo estudo de caso. De acordo com Yin (2001), é o delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos, e no qual múltiplas fontes de evidências são adotadas. Além disso, segundo Minayo (2000) esta modalidade de abordagem pode expor questões sociais, com a compreensão dos seres humanos e do meio ambiente, bem como suas inter-relações e com a realidade social, seja de um sujeito, ou de uma coletividade.

A pesquisa foi realizada em Ribeirão Preto, município no interior do estado de São Paulo, Região Sudeste do país. A cidade pertence à Mesorregião e Microrregião de Ribeirão Preto, localizando-se a noroeste da capital do estado, distando desta cerca de 310 km, com uma população de aproximadamente 604.000 habitantes (IBGE, 2010). A região em foco do estudo foi o Distrito de Saúde Oeste do Município de Ribeirão Preto, área de abrangência da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. As Unidades de Saúde da Família (USF) que compõem o Distrito Oeste são: seis Núcleos de Saúde da Família, USF Jardim Eugenio Mendes Lopes, USF Maria Casagrande Lopes, USF Jardim Jamil Cury e USF Vila Albertina.

Um primeiro levantamento foi realizado com o objetivo de selecionar entre essas 10 Unidades quais delas teriam conexão com a proposição deste estudo. O parâmetro de seleção das USF foi a existência do serviço odontológico, em 2015, como um critério de inclusão no estudo. Assim, as USF analisadas foram: USF Jardim Eugênio Mendes Lopes (JE), USF Jardim Maria Casagrande Lopes (MC) e USF Vila Albertina (VA). Dentre as USF que compõe o Distrito Oeste, estas citadas são as que oferecem tratamento odontológico nas respectivas Unidades.

Em se tratando da coleta de dados sobre a atividade odontológica exercida nas localidades selecionadas, este estudo se valeu da técnica de observação não participante, e de um levantamento de dados com os envolvidos na atividade nas USF, os seus gestores, os CDs, demais integrantes da Equipe de Saúde Bucal (ESB) e os usuários pacientes do atendimento. A participação dos entrevistados envolvidos no presente estudo foi formalizada através de um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE - Apêndice A, pacientes, gestores e ESB).

Deve-se ressaltar que, no caso dos pacientes, as entrevistas foram realizadas após a finalização da consulta odontológica. Isto para não atrapalhar o trabalho da ESB nem o atendimento recebido pelo usuário. A coleta destes dados foi realizada em uma sala reservada, a fim de preservar a privacidade do entrevistado. Em relação aos riscos envolvidos, salienta-se que estes foram mínimos, podendo estar eles relacionados a indisposição e/ou constrangimento à alguma afirmativa do questionário. O TCLE deixa claro que, caso o (a) entrevistado (a) tenha qualquer desconforto durante a entrevista, este estaria livre para retirar seu consentimento ou interromper a participação na pesquisa a qualquer momento.

Antes das entrevistas com os todos os envolvidos, foram preenchidos roteiros que traçam o perfil dos entrevistados, um questionário sobre dados pessoais dos mesmos. Isto tanto para os gestores, as ESB e os pacientes.

Na sequência, houve uma entrevista pessoal com o gestor responsável por cada uma das 3 unidades, o qual respondeu perguntas referentes à cobertura, estrutura e processos avaliados.

Um CD de cada USF respondeu às perguntas relacionadas à estrutura e processos inerentes à sua atividade propriamente dita.

Para avaliação do índice de satisfação, no que diz respeito aos resultados, foram utilizadas duas tabelas, a primeira para a ESB quando buscou-se avaliar a satisfação de toda equipe com as condições de trabalho e outra tabela para os usuários pacientes, avaliando o nível de satisfação com os serviços recebidos e as condições apresentadas pelas respectivas USB.

As perguntas foram estruturadas de forma a não interferir ou tentar induzir tanto a ESB ou os usuários a algum tipo de resposta. Estes dois roteiros foram elaborados de acordo com a Escala de Likert (Günther, 2003), solicitando ao respondente que avaliasse um fenômeno em uma escala com quatro opções: concordo plenamente (C.P), concordo (C), discordo (D) e discordo plenamente (D.P).

5.1 População e Amostra

Em cada uma das três USF constantes do estudo, entrevistou-se o gestor para questões relativas à cobertura, estrutura e processos; um CD, escolhido

aleatoriamente, para as questões relativas a estrutura e processos inerentes à atividade odontológica e toda ESB para se avaliar o nível de satisfação com o serviço desenvolvido.

Para avaliação do nível de satisfação dos serviços recebidos foi definida uma amostra de 50 (cinquenta) pacientes atendidos de cada unidade de tal forma que a amostra obtida fora representativa do total de pacientes atendidos. Deve-se deixar claro as delimitações de atuação desta presente pesquisa. De acordo com a Secretaria de Atenção à Saúde e ao Departamento de Atenção Básica, sabe-se que a saúde básica extrapola os limites físicos das paredes e instalações das USF (BRASIL, 2004). No entanto, este estudo foi limitado apenas às atividades que ocorreram dentro dos limites físicos das unidades propriamente ditas.

5.2 Coleta dos Dados

Para o cumprimento desta etapa, conforme já mencionado anteriormente, foram elaborados instrumentos de trabalho para a coleta dos dados (Tabelas de 1 a 18). Os detalhes das tabelas seguem a seguinte ordem:

Tabelas 1, 2, 3: estão relacionadas ao perfil do entrevistado, foram direcionadas aos gestores das USF e a toda ESB. Este instrumento contempla informações pessoais e profissionais do entrevistado.

Tabela 4: perfil do entrevistado, direcionado a coletar informações pessoais dos usuários das USF pesquisadas.

Tabelas 5, 6, 7 e 8: Estas tabelas contém informações sobre o movimento estatístico das atividades de saúde bucal nas três USF. Estas informações foram coletadas na Divisão de Informática, da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Este instrumento abrange pontos relativos à cobertura dos serviços, desde o número da população atendida até o número de consultas realizadas.

Tabela 9: Este instrumento foi destinado aos gestores das USF. Os entrevistados responderam questões relativas à estrutura, por exemplo: qual a composição da Equipe de Saúde Bucal, até qual o horário de atendimento desta Unidade.

Tabela 10: ainda no tocante à parte de estrutura, este roteiro foi direcionado a apenas um CD, aleatoriamente, de cada USF. São indagações peculiares à

atividade odontológica realizada na Unidade, abrangendo a estrutura física do consultório odontológico, equipamentos e materiais de consumo.

Tabela 11: este roteiro, relacionado aos processos, foi direcionado a apenas um CD, aleatoriamente, de cada USF.

Tabelas 12 a 18: esta última etapa buscou obter resultados levando-se em consideração a percepção de toda ESB e dos usuários de todas as USF pesquisadas. Sendo as tabelas 12, 14 e 16 relacionadas ao índice de satisfação das ESB de cada USF. As tabelas 13, 15 e 17 relacionadas ao índice de satisfação dos usuários e a tabela 18 correlaciona o índice de satisfação de todas as ESB e de todos os usuários das três USF.

5.3 Análise dos Dados

Foi realizada uma análise descritiva dos dados. Deve se ressaltar que, as afirmativas relativas aos aspectos da estrutura e aos processos foram embasadas em normas e portarias, e as situações encontradas pelo pesquisador foram confrontadas com as exigências legais das mesmas, tais como: Resolução da diretoria colegiada (RDC) nº 50 (BRASIL, 2002); Portaria n. 1.444 (BRASIL, 2000); Lei 11.889 (BRASIL 2008); Portaria nº 453 (Brasil, 1998); Portaria nº 485 (BRASIL, 2005); RDC nº 306 (BRASIL 2004), Resolução CONAMA (Conselho Nacional do Meio Ambiente) nº 358 (BRASIL, 2005), Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2006) e Portaria 1.631/15 do Ministério da Saúde (Brasil, 2015).

5.4 Cálculo de Índice de Satisfação

Para avaliação da qualidade do resultado foi considerado o índice de satisfação dos usuários pacientes e da ESB. Este cálculo foi realizado apenas para as Tabelas 12 a 18. Para cada aspecto avaliado nas tabelas, foi calculado um índice de satisfação. Isso permitiu identificar e elencar os níveis de satisfação por cada

USF e dos pacientes. Para cada um dos itens da escala de satisfação foi atribuída uma nota: C.P (4); C (3); D (2) e D.P (1). Aos itens não respondidos atribui-se nota 0. Sendo a nota mais alta 4, referente ao maior índice de satisfação. E a menor nota 1, correspondente ao menor índice de satisfação.

Pontos Relativos

Cada nota da escala é multiplicada pelo número de respondentes que atribuíram nota para o conceito em questão, assim, encontra-se o escore de Pontos Relativos. Exemplo: sessenta pessoas atribuíram nota 4 para o quesito avaliado. 60 (nº de respostas) $\times$ 4 (nota) = 240 pontos da nota 4.

Total de Pontos Relativos

É a soma total dos pontos relativos (x pontos da nota 4 + x pontos da nota 3 + x pontos da nota 2 + x pontos da nota 1). A nota 0 não atribui pontos.

Pontuação Máxima Possível

É o resultado da multiplicação do número de respondentes pela máxima nota que poderia ser atribuída na avaliação, ou seja, 4. Exemplo: 153 (número de respondentes) $\times$ 4 (nota máxima) = 612 pontos possíveis.

Índice de Satisfação

É obtido através da divisão do total de “pontos relativos” pela “pontuação máxima possível”.

Índice de Satisfação Geral

O índice médio de satisfação geral é a média desses percentuais.

Procedimentos Éticos

Este trabalho foi desenvolvido segundo os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola FMRP-USP, conforme processo CAE: 54319816.4.0000.5414 (ANEXO A).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Perfil do entrevistado

Tabela 1 – Descrição dos dados sobre o perfil dos Gestores entrevistados das USF.

Características	USF MC	USF VA	USF JE
Número de profissionais	2	2	1
Gênero	Feminino	1 Masc. 1 Femin.	Masculino
Idade média (min; max)	53 (51; 56) anos	51 (51; 52) anos	45 anos
Especialização	Sim	Sim	Sim
Carga horária semanal	40	40	40
Dedicação exclusiva	Sim	Sim	Sim
Tempo de trabalho	Mais de 25 anos	Mais de 25 anos	Mais de 20 anos

Tabela 2 – Descrição dos dados sobre o perfil dos CDs entrevistados das USF.

Características	USF MC	USF VA	USF JE
Número de profissionais	1	1	1
Gênero	Feminino	Masculino	Feminino
Idade média	53	54	55
Formação	Odontologia	Odontologia	Enfermagem
Especialização	Sim	Sim	Sim
Carga horaria semanal	40	40	40
Dedicação exclusiva	Sim	Não	Sim
Tempo de trabalho	Mais de 30 anos	Mais de 30 anos	Mais de 30 anos

Tabela 3 – Descrição dos dados sobre o perfil das ESB entrevistadas das USF.

Características	USF MC	USF VA	USF JE
Número de profissionais	2	2	1
Gênero	Feminino	Feminino	Feminino
Idade média (min; max)	56 (48; 54) anos	39 (34; 45) anos	52 anos
Especialização	Não	Não	Não
Carga horária semanal	40	40	40
Dedicação exclusiva	Sim	Sim	Sim
Tempo de trabalho	Mais de 20 anos	Mais de 20 anos	Mais de 20 anos

De acordo com os resultados apresentados nas Tabelas 1 e 2, pode se dizer que todos os profissionais têm um tempo de trabalho com mais de 20 anos de serviço. Isto demonstra que todas as ESB e seus respectivos gestores tem ampla experiência em suas atribuições, o que é um fator de grande contribuição para o desempenho das suas funções.

Outro fator que chamou à atenção foi a questão da especialização entre os gestores e os cirurgiões-dentistas. Todos estes profissionais tem uma especialização na área da saúde. Isto é de extremo valor, pois, apesar de ser um serviço público, onde teoricamente, todos estes profissionais têm seus direitos trabalhistas assegurados, todos buscaram se qualificar além da graduação para assim oferecer um serviço de melhor qualidade.

Já na Tabela 3, o que chamou à atenção foi o fato de todas as profissionais apresentarem uma certa uniformidade em relação aos seus perfis. Isto desde o gênero até ao tempo de trabalho, ficando uma pequena diferença somente na idade média.

Assim, pode se dizer que, as USF analisadas têm um quadro de gestores e ESB qualificados tecnicamente, o que é de grande valia para o serviço a ser prestado nestas localidades.

Tabela 4 – Descrição dos dados sobre o perfil dos Usuários entrevistadas das USF.

Dados	MC	JE	VA
Número de respondentes	50	50	50
	11	10	09
Gênero	39	40	41
Masculino			
Feminino			
Idade			
Não informou	02	05	01
18 a 30 anos	24	19	23
31 a 40 anos	14	13	18
41 a 50 anos	05	09	04
51 a 60 anos	02	03	01
61 anos ou mais	03	01	03
Escolaridade			
Ensino Fundamental	22	08	09
Ensino Médio	19	20	25
Ensino Técnico	02	05	04
Superior Completo	03	04	07
Superior Incompleto	02	03	01
Nenhuma instrução	02	10	04
Cor ou raça			
Branca	38	36	44
Negra	06	09	03
Parda	06	05	03
Amarela	0	0	0
Naturalidade			
Ribeirão Preto	25	35	32
Estado de São Paulo	08	08	05
Outros Estados	17	07	13
Estado civil			
Casado (a)	31	34	29
Solteiro (a)	12	10	14
Divorciado (a)	04	06	06
Viúvo (a)	03	0	01
Número de filhos			
1	18	20	16
2	13	15	17
3	10	09	07
4	02	01	01
5 ou mais	01	0)	03
Nenhum (a)	06	05	06

Dentre os participantes entrevistados durante esta pesquisa, constatou-se que nas três USF, a maioria dos pacientes são mulheres e com uma faixa etária entre 18 e 30 anos de idade. O nível de escolaridade predominante na USF MC foi o ensino fundamental, sendo as outras duas USF o ensino médio. Mais de 2/3 dos entrevistados se declararam de cor ou raça branca, sendo a maioria dos pacientes, nas três USF, naturais de Ribeirão Preto e casados. Em relação ao número de filhos, os usuários as USF MC e JE declararam ter apenas um filho. Já na USF VA a maioria declarou ter dois filhos.

6.2 Cobertura

Tabela 5 – Movimento estatístico de atendimentos de Saúde Bucal na USF MC – 2015 e Janeiro a Agosto 2016

Dados	Total 2015	Janeiro	Fevereiro	Março	Arbil	Maio	Junho	Julho	Agosto	Total
Vagas Ofertadas	3.582	332	280	327	300	172	324	329	292	2.356
Agendados	2.958	313	254	306	272	153	260	286	279	2.123
Agendados %	82,6%	94,3%	90,7%	93,6%	90,7%	89,0%	80,2%	86,9%	95,5%	90,1%
Faltosos	1.075	90	82	90	84	87	67	94	77	671
Faltosos %	36,3%	28,8%	32,3%	29,4%	30,9%	56,9%	25,8%	32,9%	27,6%	31,6%
Presentes	1.883	223	172	216	188	66	193	192	202	1.452
Demanda Espontânea	1.133	113	89	137	121	38	71	106	139	814
Total de Atendimento	3.016	336	261	353	309	104	264	298	341	2.266
Atendido/Agendado %	101,96%	107,35%	102,76%	115,36%	113,60%	67,97%	101,54%	104,20%	122,22%	106,74%
Atendido/Vagas %	84,20%	101,20%	93,21%	107,95%	103,00%	60,47%	81,48%	90,58%	116,78%	96,18%

Tabela 6 – Movimento estatístico de atendimentos de Saúde Bucal na USF JE – 2015 e Janeiro a Agosto 2016

Dados	Total 2015	Janeiro	Fevereiro	Março	Arbil	Maio	Junho	Julho	Agosto	Total
Vagas Ofertadas	1.308	55	132	169	122	128	154	67	179	1.006
Agendados	1.214	47	131	167	122	126	151	60	149	953
Agendados %	92,8%	85,5%	99,2%	98,8%	100,0%	98,4%	98,1%	89,6%	83,2%	94,7%
Faltosos	330	11	32	43	33	33	38	19	50	259
Faltosos %	27,2%	23,4%	24,4%	25,7%	27,0%	26,2%	25,2%	31,7%	33,6%	27,2%
Presentes	884	36	99	124	89	93	113	41	99	694
Demanda Espontânea	245	6	16	24	40	56	32	6	28	208
Total Atendido	1.129	42	115	148	129	149	145	47	127	902
Atendido/Agendado %	93,00%	89,36%	87,79%	88,62%	105,74%	118,25%	96,03%	78,33%	85,23%	94,65%
Atendido/Vagas %	86,31%	76,36%	87,12%	87,57%	105,74%	116,41%	94,16%	70,15%	70,95%	89,66%

Tabela 7 – Movimento estatístico de atendimentos de Saúde Bucal na USF VA – 2015 e Janeiro a Agosto 2016

Dados	Total 2015	Janeiro	Fevereiro	Março	Arbil	Maio	Junho	Julho	Agosto	Total
Vagas Ofertadas	4.642	207	207	484	400	259	471	335	504	2.867
Agendados	3.800	143	151	427	349	227	428	308	461	2.494
Agendados %	81,9%	69,1%	72,9%	88,2%	87,3%	87,6%	90,9%	91,9%	91,5%	87,0%
Faltosos	1.596	66	70	188	156	99	193	133	211	1.116
Faltosos %	42,0%	46,2%	46,4%	44,0%	44,7%	43,6%	45,1%	43,2%	45,8%	44,7%
Presentes	2.204	77	81	239	193	128	235	175	250	1.378
Demanda Espontânea	906	49	47	70	68	85	82	95	71	567
Total Atendido	3.110	126	128	309	261	213	317	270	321	1.945
Atendido/Agendado %	81,84%	88,11%	84,77%	72,37%	74,79%	93,83%	74,07%	87,66%	69,63%	77,99%
Atendido/Vagas %	67,00%	60,87%	61,84%	63,84%	65,25%	82,24%	67,30%	80,60%	63,69%	67,84%

Tabela 8 – Movimento estatístico total de atendimentos de Saúde Bucal nas três USF – 2015 e Janeiro a Agosto 2016

Dados totais USF	Total 2015	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Total
Total Vagas	9.532	594	619	980	822	559	949	731	975	6.229
Total Agendados	7.972	503	536	900	743	506	839	654	889	5.570
Total Agendados %	83,6%	84,7%	86,6%	91,8%	90,4%	90,5%	88,4%	89,5%	91,2%	89,4%
Total Faltosos	3.001	167	184	321	273	219	298	246	338	2.046
Total Faltosos %	37,6%	33,2%	34,3%	35,7%	36,7%	43,3%	35,5%	37,6%	38,0%	36,7%
Total Presentes	4.971	336	352	579	470	287	541	408	551	3.524
Demanda Espontânea	2.284	168	152	231	229	179	185	207	238	1.589
Total Total Atendido	7.255	504	504	810	699	466	726	615	789	5.113
Total Atendido/Agendado %	91,01%	100,20%	94,03%	90,00%	94,08%	92,09%	86,53%	94,04%	88,75%	91,80%
Total Atendido/Vagas %	76,11%	84,85%	81,42%	82,65%	85,04%	83,36%	76,50%	84,13%	80,92%	82,08%

Para o cumprimento de um dos objetivos deste presente estudo, o qual está relacionado à questão da cobertura nas USF, as Tabelas 5, 6, 7 e 8 tratam do movimento estatístico das atividades de saúde bucal, o que possibilita uma discussão sobre o tema nas Unidades pesquisadas. De acordo com os gestores das USF, o agendamento dos pacientes é realizado através do Sistema Hygiaweb. Segundo o site da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, este é um sistema de gestão em saúde utilizado nas unidades de saúde e possui algumas funções tais como: configuração de agendas, agendamento de pacientes, requisição e disponibilização de resultado de exames online, dispensação de medicamentos, controle e aplicação de vacinas, regulação de encaminhamentos, solicitação de internações de urgência, atendimento ambulatorial online, faturamento ambulatorial, geração de atestados e declaração de comparecimento. Na primeira consulta do usuário na rede municipal de saúde, é gerado um número de identidade deste paciente, o qual é intransferível e o paciente irá utiliza-lo todas as vezes que precisar passar por alguma consulta ou procedimento nas USF.

Em relação à população adscrito, a USF Maria Casagrande abrange em média 8.793 mil pessoas, USF Vila Albertina 13.869 mil pessoas e USF Jardim Eugenio com 3.688 mil pessoas. O horário de atendimento odontológico é estabelecido, de segunda a sexta feira, da seguinte maneira: USF MC das 07:00 as 16:30; USF VA das 07:00 as 17:00 e a USF JE das 07:30 as 16:30 (<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>, acesso em: 15 de setembro de 2016).

De acordo com a Portaria 1.631/15 do Ministério da Saúde (Brasil, 2015) as orientações para avaliar a cobertura de procedimentos odontológicos na atenção básica são de 1,5 a 2 atendimentos / habitante / ano. No caso deste presente estudo, os dados abrangem o período compreendido entre 2015 e os meses de janeiro e agosto de 2016. Em um cálculo estimado acerca de cada USF, em uma tentativa de verificar se está de acordo com o parâmetro da referida portaria, e considerando o total de pacientes atendidos de cada USF ao final do período em questão, chegou se aos seguintes coeficientes de atendimentos / habitante / ano: MC 0,38; VA 0,21 e JE 0,36 atendimentos odontológicos por habitante por ano. Quando comparados aos dados de 2015 de atendimentos / habitante / ano, tem-se os seguintes coeficientes: MC 0,34; VA 0,22 e JE 0,30.

Pode-se dizer que nenhuma das USF atingiu o parâmetro estabelecido pela portaria, nem em 2015, tão pouco em 2016, se estes dados estimados realmente se

confirmarem. No entanto, em uma breve análise, pode se dizer que estes coeficientes tendem a aumentar de 2015 para 2016, observou-se um pequeno incremento quando comparados os mesmos.

Um possível entendimento para estes baixos índices encontrados nas 3 UBS estudadas, quando comparado com o parâmetro estabelecido pela Portaria 1.631/15 é que a saúde bucal, como política nacional, anunciada como prioridade de governo, ainda é muito recente. (BRASIL, 2011). Conforme constatado por IBGE (2015), quando apenas 19,6% dos entrevistados procuraram a UBS, as pessoas não têm o hábito de procurar o dentista, tão pouco a saúde primária. Além disso, o que também chama à atenção é a elevada taxa de pacientes faltosos. O ano de 2015, chegou a uma taxa de 37,6%, sendo em 2016 o mês de maio o que apresentou a maior média (43,3%) de pacientes faltosos.

Assim, pode-se afirmar que, há espaço para um incremento nos coeficientes de atendimentos / habitante / ano, uma vez que, a taxa dos faltosos representou quase metade do total de pacientes agendados (maio/2016) e o total de vagas oferecidas pelas USF não foi esgotado. Uma vez que, a razão entre o total de pacientes atendidos e as vagas ofertadas ficou em 76,11% em 2015 e teve sua maior média no mês de abril com 85,04% de sua capacidade ocupada.

6.3 Estrutura

Tabela 9 – Distribuição dos dados sobre Estrutura de Saúde Bucal nas USF, respondido pelos Gestores.

Estrutura	USF MC	USF VA	USF JE
Composição da Equipe de Saúde Bucal	2 Cirurgiões-dentistas 2 Auxiliares de Saúde Bucal	2 Cirurgiões-dentistas 1 Técnico em Saúde Bucal 1 Auxiliar em Saúde Bucal	1 Cirurgião-dentista 1 Auxiliar de Saúde Bucal
Horário de funcionamento desta Unidade	07:00 as 17:00	07:00 as 17:00	07:00 as 17:00
Carga horária dedicada exclusivamente à assistência	80 horas semanais	80 horas semanais	28 horas semanais
Há sala de espera para pacientes e acompanhantes	Sim	Sim	Sim
Há área de registro de pacientes	Sim	Sim	Sim
Há sanitário para pacientes e acompanhantes	Sim	Sim	Sim
Dimensão do consultório odontológico	15 m ²	21 m ²	11,55 m ²
Número de consultórios odontológicos	01	02	01
É realizada a manutenção/limpeza do ar condicionado no consultório?	Não. Ambos estão quebrados	Sim	Sim

Tabela 10 – Distribuição dos dados sobre Estrutura de Saúde Bucal nas USF, respondido pelos CDS – Continua

Estrutura	USF MC	USF VA	USF JE
O consultório odontológico possui os seguintes equipamentos: Amalgamador, Cadeira Odontológica, Compressor de ar, Equipos, Fotopolimerizador, Mocho, Refletor, Cuspideira, Sugador e Autoclave.	Sim	Sim	Sim
Faz proteção das pontas do equipo?	Não	Sim	Sim
Faz proteção das alças do refletor?	Não	Não	Sim
O consultório possui ventilação natural?	Não	Sim	Sim
O consultório possui ar condicionado?	Não	Sim	Sim
Há sala de lavagem e descontaminação?	Sim	Sim	Sim
Possui sala de esterilização separada da sala de atendimento?	Não	Sim	Sim
A sala de esterilização possui ventilação natural ou forçada?	Natural	Ambos	Ambos
Qual o número de lavatórios na sala de atendimento?	03	02	02
Há um lavatório exclusivo para as mãos?	Sim	Sim	Sim
Qual o número de lavatórios na sala de esterilização?	01	01	01
O acionamento da torneira e do dispensador de sabão líquido é feito de forma	Manual	Pedal	Manual
Há depósito de material de limpeza com tanque?	Não	Não	Não
Há abrigo de RSS?	Sim	Sim	Sim
Onde é o abrigo para RSS?	Fora do consultório	Fora do consultório	Fora do consultório
O abrigo é em alvenaria?	Sim	Sim	Sim
Possui recipiente de paredes rígidas para descarte de materiais perfuro cortantes?	Sim	Sim	Sim
Possui bomba de vácuo?	Sim	Sim	Sim
Onde ficam compressor e bomba de vácuo?	Em abrigo próprio	Em abrigo próprio	Em abrigo próprio
O compressor e bomba de vácuo possuem abrigo?	Sim	Sim	Sim
Este abrigo é em alvenaria?	Sim	Sim	Sim
Quais EPI's são utilizados durante atendimento?	Luvas, máscara, gorro e avental	Luvas, máscara, gorro, avental e óculos.	Luvas, máscara, gorro, avental, óculos e protetor auricular
Quais EPI's são utilizados durante a lavagem e manuseio dos artigos para esterilização?	Avental e Luva	Luvas, máscara, gorro e avental	Luvas, máscara, gorro e avental
Há avental plumbífero?	Sim	Sim	Sim

Estrutura	USF MC	USF VA	USF JE
Faz uso de protetor de tireoide?	Sim	Sim	Sim
Há revestimento baritado?	Sim	Sim	Não
Existe biombo de proteção?	Não	Sim	Não
O CD utiliza o dosímetro?	Não	Não	Não
O levantamento radiométrico está na validade correta?	Sim	Sim	Sim
Há validade do Teste de Constância?	Sim	Sim	Sim
Há botão disparador com distância de 2m do tubo?	Sim	Sim	Sim
É fixo ou móvel?	Flexível	Flexível	Flexível
Há adesivos informativos do uso de radiação ionizante no local?	Sim	Sim	Sim
Materiais de consumo	(X) Amálgama	(X) Amálgama	(X) Amálgama
	(X) Resina Fotopol.	(X) Resina Fotopol.	(X) Resina Fotopol.
	(X)Hidróxido. Calcio	(X) Hidróxido. Calcio	(X) Hidróxido. Calcio
	(X) Ionomero Vidro	(X) Ionomero. Vidro	(X) Ionomero Vidro
	()Cimento	(X) Cimento Restaurador	(X) Cimento Restaurador
	Restaurador	() Medicamento Endodôntico	(X) Medicamento Endodôntico
	() Medicamento	(X) Selante	(X) Selante
	Endodôntico	(X) Flúor Tópico	(X) Flúor Tópico
	(X) Selante		
	(X) Flúor Tópico		

A Tabela 9 leva em consideração os dados sobre a estrutura das USF informados pelos respectivos gestores. Chamou a atenção o fato relacionado à manutenção e limpeza do ar condicionado na USF MC. Neste local os aparelhos encontravam-se quebrados e sem previsão para manutenção ou troca do mesmo. Em uma observação não participativa, notou-se o que é chamado de sala de espera para pacientes, são cadeiras nos corredores. Esta situação está prevista no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2008) quando diz que “Para UBS com uma ou duas ESF, o espaço da sala de espera e da recepção podem fazer parte do mesmo ambiente interno”. Não há uma sala de espera específica para a Odontologia em nenhuma das Unidades pesquisadas.

Ainda em relação ao Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2008) as dimensões das salas onde os consultórios odontológicos estão localizados, estão em desacordo com o que é previsto no mesmo. Uma vez que, a dimensão mínima para instalar uma cadeira odontológica é de 16m². E em consultórios com mais de uma cadeira odontológica, as dimensões do espaço físico deverão ser proporcionais 16m² por cadeira. Além disso, a distância mínima entre as duas cadeiras deve ser de 2 metros. Nas unidades pesquisadas as dimensões variam de 11,55m² (USF JE com um consultório), 15m² (USF MC com dois consultórios) e 21 m² (USF VA com dois consultórios).

Neste caso, as USF VA e MC devem ser encaradas como fora dos padrões de exigência, mesmo embora, de acordo com o site da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/principal.php>), as mesmas foram instituídas anteriormente ao ano de 2008. A primeira, na gestão do então prefeito Joao Gilberto Sampaio (entre os anos de 1983 e 1988), e a segunda no ano de 1998, regulamentada pela lei municipal nº 8177, o que não as exime, em uma possível reforma da estrutura física, se adequarem às normas. Assim, pode-se dizer que também está fora dos padrões exigidos pelo Ministério da Saúde a USF JE, pois a mesma foi instituída somente em 2008, pela lei municipal nº 2321, data posterior à criação do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde.

Para também atender a um dos objetivos deste presente estudo, a Tabela 10, respondida por um dos CD de cada UBS, está relacionada à estrutura oferecida pela atividade odontológica propriamente dita. Na ocasião, notou-se que a USF MC está

um tanto quanto defasada em relação aos seguintes itens: não faz proteção das pontas do equipo; não faz proteção das alças do refletor; o consultório não possui ventilação natural; o consultório possui ar condicionado, o qual está inativo por falta de manutenção. Contrariando a RDC 50/02 a Unidade mencionada não possui sala de esterilização separada da sala de atendimento, o acionamento da torneira e do dispensador de sabão líquido é feito de forma manual, sendo que o recomendado pela resolução acima é que o acionamento deva ser feito por um pedal, sem contato com as mãos. E também não há depósito de material de limpeza com tanque, isto foi observado nas três USF do presente estudo.

Em desacordo com a Portaria SVS/MS nº 453 de 1998, todas as UBS têm problemas. Em nenhuma delas o CD utiliza o dosímetro em relação à quantidade de raios gama provenientes do aparelho de raio x. O biombo de proteção contra os efeitos do raio x não se faz presente nas USF MC nem USF JE. Sobre o revestimento baritado das paredes, notou-se a inexistência do mesmo na USF JE.

O Ministério da Saúde (1994, p.35) conceitua as medidas de precauções universais como

[...] um conjunto de medidas de controle de infecção, para serem adotadas universalmente, como forma eficaz de redução do risco ocupacional e de transmissão de micro-organismos nos serviços de saúde.

As precauções universais incluem o uso de barreiras ou equipamentos de proteção individual, tais como: luvas, máscara, óculos, avental e gorro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994). Assim, pode-se dizer que, todas as USF estudadas nesta pesquisa apresentam falhas em relação à estrutura. Estas lacunas variam desde problemas com o ar condicionado até questões que influenciam na integridade física e salutar dos profissionais envolvidos na atividade.

A Biossegurança em odontologia é definida como sendo um conjunto de medidas preventivas que envolvem a desinfecção do ambiente, a esterilização do instrumental e o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), pelo profissional e equipe (GUANDALINI, 1997). De acordo com uma pesquisa realizada por Paraguay (1999), em aproximadamente 5 (cinco) anos de vida profissional, o CD já manifesta sinais e sintomas de queixas audiológicas, tais como: irritabilidade, cefaleia, zumbidos e diminuição auditiva devido aos ruídos nocivos presentes no consultório (compressor, sugador, canetas de alta e baixa rotação). Os

Equipamentos de Proteção Individual (EPI), preconizados na NR nº 32 compreendem: gorro, máscara, óculos de proteção, avental, luvas, e protetor auditivo, neste caso, todas as USF do presente estudo apresentaram falhas. Sendo a USF MC a que mais se abstém da utilização destes. Durante o atendimento ao paciente foram utilizados somente: luvas, máscara, gorro e avental. Não foi observado sequer óculos de proteção. E durante a lavagem e manuseio dos artigos para esterilização, foram utilizados somente avental e luva, estando ausentes, máscara, óculos de proteção e protetor auditivo.

Em relação aos materiais de consumo, a USF JE foi a que se apresentou de maneira mais completa e abrangente. A USF em questão possui: amálgama, resina fotopolimerizável, hidróxido de cálcio, ionômero de vidro, cimento restaurador, medicamento endodôntico, selante e flúor tópico. As outras duas USF não apresentaram cimento restaurador nem medicamento endodôntico. A ausência do primeiro pode prejudicar os procedimentos restauradores provisórios, visto que é um material de alta qualidade e resistência. Já o segundo, não faz falta devido ao tipo de serviço oferecido nas USF. O medicamento endodôntico somente é utilizado em centros especializados. Mas sem dúvida, a existência deste medicamento intracanal radicular em uma USF pode agregar valor ao serviço de urgência e emergência, nos casos de pulpites e dores agudas.

6.4 Processos

Tabela 11 – Distribuição dos dados sobre Processos de Saúde Bucal USF, respondido pelos CDS.

Processos	USF MC	USF VA	USF JE
Como é feita a agenda?	Através do número Hygia	Através do número Hygia	Através do número Hygia
De quanto em quanto tempo é a consulta?	A cada 30 minutos	A cada 30 minutos	A cada 30 minutos
Há fila de espera?	Sim	Não	Sim
Quais são os meses de maior movimento?	Todos os meses	Dezembro e férias escolares	De março a novembro
Há atendimento de urgência?	Sim	Sim	Sim
Há pronto atendimento?	Sim	Sim	Sim
São realizados, rotineiramente, exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal?	Sim	Sim	Sim
Quanto tempo (em dias) demora entre agendar a consulta e ser atendido?	15 dias	Não há esta espera	15 dias
Como é tratado o resíduo dentro da sala de atendimento?	De acordo com o exigido pelas normas	De acordo com o exigido pelas normas	De acordo com o exigido pelas normas
Como é tratado o resíduo na sala de esterilização?	Em embalagens brancas e destino para incineração.	Em embalagens brancas e destino para incineração.	Em embalagens brancas e destino para incineração.
O estabelecimento é servido pelo serviço de coleta especial para resíduo infectante?	Sim	Sim	Sim
O avental é guardado de forma adequada?	Não	Sim	Não
O sistema de disparo por retardo está ativado?	Sim	Sim	Não
Como é feito o controle de duração de exposição é mecânico ou manual?	Mecânico	Mecânico	Mecânico
Como é feito o descarte das películas, do chumbo, do revelador e do fixador?	Separados para coleta especial	Separados para coleta especial	Separados para coleta especial
Quais atividades de prevenção e promoção à saúde bucal são ofertadas?	(X) Aplicação de selante (X) Aplicação de flúor (X) Selamento cavitário (X) Instrução de Higiene	(X) Aplicação de selante (X) Aplicação de flúor (X) Selamento cavitário (X) Instrução de Higiene	(X) Aplicação de selante (X) Aplicação de flúor (X) Selamento cavitário (X) Instrução de Higiene
Quais especialidades são atendidas?	() Endodontia (X) Dentística () Reabilitação Oral () Ortodontia (X) Cirurgia (X) Periodontia	() Endodontia (X) Dentística () Reabilitação Oral () Ortodontia (X) Cirurgia (X) Periodontia	(X) Endodontia (X) Dentística () Reabilitação Oral () Ortodontia (X) Cirurgia (X) Periodontia

De acordo com Goulart (1998), nos processos de trabalho, estão envolvidos os meios de produção (condições de trabalho, formas de exploração, sistemas de distribuição de riqueza produzida, processos técnicos e produtos) e a capacidade humana de criar e transformar (projeto, criatividade, sociabilidade, significados e resistências).

Para o cumprimento de mais uma etapa dos objetivos propostos por este presente estudo, a Tabela 11, apresenta um conteúdo, o qual foi respondido por um CD de cada USF, que buscou elucidar a questão vinculada aos processos realizados nas Unidades. Em todas as USF as consultas têm tempo de duração de 30 minutos, não havendo fila de espera somente na USF VA. Notou-se que os meses de maior movimento são diferentes para as três Unidades. Para a USF MC o ano todo é de intenso movimento, para USF VA o maior movimento é durante as férias escolares e para a USF JE o período de maior movimento é de março a novembro. Há atendimento de urgência e pronto atendimento em todas as USF.

De acordo com a RDC ANVISA nº 306/04 e a Resolução CONAMA nº 358/05, os resíduos de Serviços de Saúde são classificados em cinco grupos, A,B,C,D e E, em função dos riscos que podem acarretar ao meio ambiente e à saúde. No caso deste presente estudo, os resíduos encontrados nas USF se enquadraram nos grupos A (Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.) e B (Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.).

Sobre o tratamento dos resíduos do grupo A, dentro da sala de atendimento e na sala de esterilização, todos os CDS entrevistados responderam que há embalagens diferentes para resíduo comum e hospitalar, e que as embalagens brancas têm como destino a incineração, o que está de acordo com as normas apresentadas pela resolução citada acima no item 5.1.3.1 da mesma: “Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados [...] em saco branco leitoso [...].”

Nas USF evidenciou-se resíduos pertencentes ao grupo B, materiais envolvidos no processo radiográfico, no qual estão contidas as substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente. Segundo, Bohner et al. (2011), os descartes adequados destes resíduos gerados no processo

radiográfico seguem as seguintes etapas: a solução fixadora e a água devem passar por um processo de tratamento e recuperação da prata, enquanto que o revelador deve ser submetido a um processo de neutralização de pH, para alcançar um nível entre 7 e 9, e então poder ser lançado à rede de esgoto. A legislação prevê que o responsável pelo descarte adequado do resíduo é o gerador. Foi isso o constatado nas USF. De acordo com os entrevistados de todas as USF, estes resíduos químicos, quando necessitam ser trocados, são devidamente separados para coleta especial.

Já para os resíduos comuns, pertencentes ao Grupo D, estes devem ser acondicionados de acordo com as orientações dos serviços locais de limpeza urbana, utilizando-se sacos impermeáveis, contidos em recipientes e receber identificação conforme o item Identificação. Em todas as USF foram observados recipientes com destino à reciclagem ou reutilização, obedecendo a identificação feita nos próprios recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA nº. 275/2001, e símbolos de tipo de material reciclável: azul (papéis); amarelo (metais); verde (vidros); vermelho (plásticos) e marrom (resíduos orgânicos).

Assim, de acordo com o observado pelo pesquisador, todas as USF estão adequadas as normativas no que diz respeito ao gerenciamento de resíduos.

Sobre as atividades de prevenção e promoção à saúde bucal, um ponto chave da questão relacionada aos processos, em algum momento estes conceitos chegam a se sobrepor. Até a década dos 70, a assim chamada "promoção da saúde bucal" era restrita às ações com caráter de campanha, portanto esporádicas e descontínuas, sendo executadas em semanas específicas do ano. Além disso, procurava-se selecionar e adotar um método de prevenção, por exemplo: ou a fluoretação das águas de abastecimento público ou a realização de programas de bochechos fluorados realizados em escolas públicas (FRAZÃO E NARVAI, 1996).

Com a 1ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986), foi publicada a Carta de Ottawa, a qual ampliou o conceito de promoção em saúde como: “conjunto de ações voltadas para a prevenção das doenças e riscos individuais para uma visão que considera a influência dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais sobre as condições de vida e saúde”. Deste modo, entende-se que as ações de cunho preventivo são integrantes do conceito de promoção à saúde. De acordo com o referido documento

acima, a saúde é compreendida enquanto qualidade de vida e não apenas como ausência de doença, determinando que os problemas de saúde fossem enfrentados valendo-se de ações multidisciplinares, extrapolando a responsabilidade exclusiva do setor da saúde (AERTS, 2004).

A Carta de Ottawa para Promoção de Saúde propõe cinco campos de ação para a promoção de saúde da coletividade, estando um deles relacionado com este presente estudo: a reorientação dos serviços de saúde, de um enfoque curativo para um enfoque preventivo de promoção de saúde, com a formação de profissionais capazes de acompanhar esta mudança. Assim, a promoção da saúde passou a ser vista como uma estratégia mediadora entre pessoas e ambiente, visando aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo saúde doença, como emprego, renda, educação, cultura, lazer e hábitos de vida.

Neste sentido, o Brasil tem realizado algumas ações relevantes na saúde bucal nestas últimas duas décadas. Tem-se como exemplo destas ações: a regulamentação da portaria 1.444 (28/12/2000) a qual incluiu a saúde bucal na estratégia de saúde da família; os projetos SB 2000 e SB 2010, os quais relatam as condições da saúde bucal brasileira; a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, com foco no acesso e qualidade em saúde bucal; e também a regulamentação de profissões de ASB e TSB.

Além de incluir a saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, a portaria N.º 1444/GM EM 28 DE DEZEMBRO DE 2000, estabelece a “[...] criação de um Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família”. Além de definir o trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, estando voltado para a “[...] reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial”.

No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto a população urbana como rural. Este projeto, hoje identificado como “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”. Este relatório apresenta dados relativos ao perfil de saúde bucal no Brasil. Trata-se de um relatório descritivo em que se apresentam os

principais resultados obtidos no estudo e definidos de acordo com os objetivos do projeto. Produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento/ avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, por meio da coordenação de um amplo esforço nacional para o estudo dessas condições e para a criação e manutenção de uma base de dados eletrônica relativa aos principais problemas nesse campo, articulando diferentes agências e unidades de saúde, contribuindo na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal. Este relatório foi concluído no ano de 2003 (Projeto SB Brasil 2003 – Condições da Saúde Bucal da População Brasileira.)

Sete anos após o lançamento do Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde, conclui em 2011 o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Dentre as principais conclusões deste último relatório houve um crescimento das equipes de Saúde Bucal, de 390%, a criação de 865 Centros de Especialidades Odontológicas, a habilitação de 674 municípios com Laboratórios de Próteses Dentárias, a distribuição de 72 milhões de kits de escova e pasta dentária, a ampliação do acesso a água tratada e fluoretada para cerca de 7 milhões de brasileiros proporcionaram a redução do número de dentes extraídos. Houve ainda a ampliação do acesso aos serviços públicos odontológicos, principalmente para os mais pobres, elevando o Brasil ao grupo de países com baixa prevalência de cárie.

O Conselho Nacional de Saúde, em 2004, deliberou pela realização da III Conferência Nacional de Saúde Bucal, entendendo a necessidade de propiciar a toda população brasileira, a análise e participação na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2005). Esta iniciativa surge como uma política específica, desenvolvida pelo Governo Federal a qual visava ampliar o atendimento e, da mesma forma, proporcionar a melhoria das condições da saúde bucal de toda população brasileira (BARTOLE, 2008). O documento que sintetiza a PNSB traz em sua essência, a proposta de um novo eixo político para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capaz de propiciar um novo processo de trabalho que tenha como meta a produção do cuidado (BRASIL, 2004).

A partir desse contexto, as 298 propostas aprovadas no relatório final dessa Conferência, nasceram com o intuito de contribuir para a construção de um Plano Nacional de Saúde que refletindo os reais anseios da população brasileira sobre

suas condições de vida com saúde (BRASIL, 2005). Diante desse cenário, o principal desafio para os participantes da III CNSB foi o de identificar os problemas mais relevantes de saúde bucal no país, buscando meios e recursos, assim como, definindo estratégias para superá-los. Os participantes dessa Conferência identificaram caminhos a seguir segundo quatro grandes eixos: educação e construção da cidadania; controle social, gestão participativa e saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal; financiamento e organização da atenção em saúde bucal (NARVAI, 2006; NARVAI e FRAZÃO, 2008).

Concomitantemente à III CNSB, em março de 2004, o Ministério da Saúde lança o programa “Brasil Sorridente”, uma política de saúde bucal com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. As principais linhas de ação do programa são: a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, o que neste momento reforçava as diretrizes da portaria 1444/GM (28/12/2000); e a ampliação e qualificação da Atenção Especializada, com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, além de ações educativas, e a organização de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária de Teores de Flúor das águas.

Por fim, as determinações da Lei 11.889/2008, regulamenta os profissionais ASB e TSB, no exercício de suas profissões, a saber que compete ao ASB, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista ou do técnico em saúde bucal: a) organizar e executar atividades de higiene bucal; b) processar filme radiográfico; c) preparar o paciente para o atendimento; d) auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares; e) manipular materiais de uso odontológico; f) selecionar moldeiras; g) preparar modelos em gesso; h) registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal; i) executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho; j) realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal; k) aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos; l) desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários; m) realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal; e, n) adotar medidas de biossegurança visando ao

controle de infecção. Sendo vedado ao ASB: a) exercer a atividade de forma autônoma; b) prestar assistência, direta ou indiretamente, a paciente, sem a indispensável supervisão do cirurgião-dentista ou do técnico em saúde bucal; c) realizar, na cavidade bucal do paciente; e, d) fazer propaganda de seus serviços, mesmo em revistas, jornais ou folhetos especializados da área odontológica.

Em relação ao TSB, compete ao mesmo, sempre sob supervisão com a presença física do cirurgião-dentista, na proporção máxima de 1 (um) CD para 5 (cinco) TSB, além das funções de auxiliar em saúde bucal, as seguintes atividades: a) participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde; b) participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais; c) participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; d) ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista; e) fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista; f) supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal; g) realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas; h) inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista; i) proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; j) remover suturas; k) aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos; l) realizar isolamento do campo operatório; e, m) exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares. É vedado ao técnico em saúde bucal: a) exercer a atividade de forma autônoma; b) prestar assistência direta ou indireta ao paciente, sem a indispensável supervisão do cirurgião-dentista; c) realizar, na cavidade bucal do paciente; e, d) fazer propaganda de seus serviços, exceto em revistas, jornais e folhetos especializados da área odontológica.

Assim, o antigo modelo tradicional de se encarar a saúde bucal sofreu algumas alterações. O modelo tradicional tinha o tratamento baseado no resultado da doença, sendo que este tipo abordagem não interrompia as causas das doenças, não evitando recidivas e novos casos. Primordialmente, este modelo antigo era

baseado em restaurações e cirurgias (TORRES e TORRES, 2014). Fruto destas novas iniciativas e de estudos científicos, hoje, no Brasil é praticado um modelo de tratamento que visa a promoção da saúde. Este é centrado nas causas das doenças, o que impede sua instalação, melhorando a saúde e evitando novos casos e recidivas. A intervenção, antes baseada em restaurações, hoje em dia, é centrada na fluorterapia intensiva, selamento cavitário, consumo inteligente de açúcar, instruções de higiene bucal e restaurações conservadoras, quando este for o caso.

Desta maneira, pode se dizer que todas as três USF estão em acordo com este novo modelo de tratamento, exercendo a promoção da saúde. As três USF praticam este novo modelo de atendimento e abordagem em saúde bucal, um modelo exigido pela atenção básica. Os profissionais desempenham atividades desde a aplicação tópica de flúor, instrução de higiene bucal, cardápio seletivo, baseado na redução de ingestão de carboidratos e açúcares, dentística, procedimentos cirúrgicos realmente necessários, cirurgias e periodontia. Já a USF JE, além destas acima citadas, oferece também serviço relativo à endodontia, apesar de não ser uma exigência para o atendimento em uma unidade básica, acaba tornando se um diferencial.

6.5 Índice de Satisfação

De acordo com Vasconcellos (2002), o paciente entende o fator qualidade por diferentes informações, até mesmo inconscientemente, o que irá compor a imagem que os usuários têm em relação aos serviços prestados pelo cirurgião. Desta forma, as atitudes extra clínicas influenciam a percepção dos pacientes dentro de um consultório, seja o serviço em ambiente privado ou de atendimento público. A beleza, organização, higiene e adequação do ambiente indicam muito sobre os cuidados que o profissional é capaz de oferecer. Inicialmente os pacientes apenas percebem se houve dor, se a restauração ficou alta, se a cor da mesma está igual aos dentes vizinhos, se foi cansativo, se o cirurgião dentista foi delicado, porque o paciente não tem condições de avaliar tecnicamente o serviço tão pouco a qualidade dos materiais utilizados, ele apenas o julga pelo que lhe parece ser (CASTRO, 1999).

Tomaz (2001) relata que a qualidade do serviço odontológico, segundo o paciente, está muito mais ligada ao modo como ele é tratado do que ao perfeccionismo do procedimento. Esta afirmativa, não exclui a necessidade de se executar o procedimento técnico de maneira correta, a boa qualidade técnica do trabalho é algo obrigatório. Quanto maiores forem as habilidades e conhecimentos técnicos, melhores serão os resultados para o usuário. Ainda de acordo com o autor, a qualidade, segundo o paciente, é: ter atenção do profissional e dos funcionários do consultório; saber que o dentista está à disposição, quando e se precisar; saber que o dentista tem bom nome e boa reputação; observar equipamentos modernos; constatar a limpeza do consultório, sala de espera, roupas do dentista e de toda a ESB; não ser submetido a longas esperas; perceber a organização e ser respeitado quanto ao horário marcado.

Oliveira et al. (2009), deixam claro que o termo satisfação está relacionado “[...] ao atendimento dos desejos, necessidades e expectativas dos usuários [...], com a intenção de que as necessidades sejam realmente atendidas e traduzidas em ofertas de ações e serviços”. Os autores também exaltam que uma das possibilidades de analisar as mudanças e a qualidade na atenção à saúde é pela avaliação do índice de satisfação dos usuários. Este julgamento é desenvolvido a partir de sua visão que o paciente possui, o qual é motivo da manutenção de um serviço de saúde. Neste sentido, para o cumprimento de parte dos objetivos desta presente pesquisa, tem-se nas tabelas abaixo o índice de satisfação das USF, tanto das ESB quanto dos pacientes.

Tabela 12 – Relação do Índice de Satisfação da Equipe de Saúde Bucal USF MC.

Equipe Saúde Bucal	C.P N de respostas (Pontos)	C N de respostas (Pontos)	D N de respostas (Pontos)	D.P N de respostas (Pontos)	N.O N de respostas (Pontos)	Média
Sou dedicado com meu desempenho profissional nesta Unidade.	1 (4)	3 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,25
Estou satisfeito em trabalhar nesta Unidade.	2 (8)	2 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,5
Estou satisfeito com o desempenho da ESB.	1 (4)	3 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,25
Estou satisfeito com a minha relação profissional com os outros colaboradores desta Unidade.	2 (8)	2 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,5
As condições de trabalho nesta Unidade são adequadas.	0 (0)	1 (3)	3 (6)	0 (0)	0 (0)	2,25
O serviço público prestado nesta Unidade atende às exigências esperadas.	2 (8)	2 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,5
Este trabalho atende minhas expectativas profissionais.	2 (8)	2 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,5
Os resultados obtidos por esta ESB têm qualidade.	2 (8)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	2,75
Total de Respostas	12 (48)	16 (48)	3 (6)	0 (0)	0 (0)	25,5 (3,18)

C.P: Concordo Plenamente C: Concordo D: Discordo D.P: Discordo Plenamente N.O: Não Opinou

Cálculo do Índice de Satisfação

Número de respondentes: 4

Total de pontos relativos: 102

Total de pontos possíveis: 128

Índice de Satisfação Maria Casagrande: $102/128 = 79,68\%$

De um total de 128 pontos possíveis, esta ESB fez 102 pontos relativos. Isto aponta para um índice de satisfação desta USF relativamente positivo, 79,68%. As maiores médias correspondem às afirmações “O serviço público prestado nesta Unidade atende às exigências esperadas” e “Este trabalho atende minhas expectativas profissionais. ”, nestas duas afirmativas, metade da ESB respondeu C.P e a outra metade respondeu C. Durante as entrevistas e as visitas técnicas, notou-se que o local apresenta algumas condições inadequadas de trabalho. Estas podem ser encontradas nas Tabelas 9 e 10, tais como: ausência de proteção das pontas do equipo e das alças do refletor; ausência de ventilação natural e ar condicionado fora das condições de funcionamento; acionamento da torneira e do dispensador de sabão líquido é feito de forma manual; falta do uso de alguns equipamentos de proteção individual como óculos de proteção e protetor auricular. Assim, de acordo com a Tabela 12, pode se notar que a menor nota entre as médias foi de 2,25, justamente na afirmativa “As condições de trabalho nesta Unidade são adequadas. ”. Dentre as quatro respondentes, três responderam “discordo”.

Tabela 13 – Relação do Índice de Satisfação dos Usuários USF MC.

Usuário	C.P N de respostas (Pontos)	C N de respostas (Pontos)	D N de respostas (Pontos)	DP N de respostas (Pontos)	N.O N de respostas (Pontos)	Média
O meu problema foi completamente resolvido.	34 (136)	11 (33)	4 (2)	1 (1)	0 (0)	3,44
Estou satisfeito com o atendimento do dentista.	38 (152)	10 (30)	0 (0)	2 (2)	0 (0)	3,68
Estou satisfeito com o atendimento da equipe de saúde bucal.	39 (156)	10 (30)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	3,76
Confio na capacidade profissional desta equipe de saúde bucal.	41 (164)	7 (21)	2 (4)	0 (0)	0 (0)	3,78
Eu acredito na qualidade do material utilizado nesta unidade.	29 (116)	19 (57)	2 (4)	0 (0)	0 (0)	3,54
Fui bem recebido nesta Unidade.	37 (148)	10 (30)	2 (4)	1 (1)	0 (0)	3,66
Aqui as pessoas me tratam com respeito.	35 (140)	11 (33)	3 (6)	1 (1)	0 (0)	3,60
Meu horário de atendimento foi respeitado.	29 (116)	4 (12)	17 (34)	0 (0)	0 (0)	3,24
Estou satisfeito com a limpeza desta Unidade.	16 (64)	20 (60)	11 (22)	3 (3)	0 (0)	2,98
Estou satisfeito com a conservação desta Unidade.	15 (60)	9 (27)	23 (46)	2 (2)	1 (0)	2,70
Eu voltaria nesta Unidade.	39 (156)	8 (24)	2 (4)	1 (1)	0 (0)	3,7
Eu recomendaria esta Unidade.	38 (152)	9 (27)	3 (6)	0 (0)	0 (0)	3,7
Total das respostas	390	128	70	11	1	41,78
	(1.560)	(384)	(140)	(11)	(0)	(3,48)

C.P: Concordo Plenamente **C:** Concordo **D:** Discordo **D.P:** Discordo Plenamente **N.O:** Não Opinou

Cálculo do Índice de Satisfação

Número de respondentes: 50

Total de pontos relativos: 2.095

Total de pontos possíveis: 2.400

Índice de Satisfação Usuários Maria Casagrande: $2.095/2.400 = 87,29\%$

De acordo com a Tabela 13 a afirmativa “confio na capacidade profissional desta equipe de saúde bucal”, recebeu a maior média entre as afirmativas em questão (3,78). Sendo que 41 pacientes declararam que concordam plenamente com esta assertiva, 7 concordam e apenas 2 discordam. “Estou satisfeito com a conservação da unidade”, obteve a média mais baixa com apenas 2,7. Nesta perspectiva, 23 (vinte e três) pessoas responderam “discordo”, se mostrando um fator que chama à atenção, pois quase metade dos entrevistados (de um total de 50 pacientes) respondeu que não está satisfeito neste aspecto. Em uma observação não participante percebeu-se que, durante as visitas técnicas realizadas nesta USF, o local encontrava-se, realmente em uma situação a qual exige medidas para sanar tal problema. De acordo com o que foi aferido no momento da coleta de dados, os entrevistados se queixaram sobre a pintura do prédio, o aspecto sujo das paredes e do chão e também sobre a falta de locais para descarte de lixo comum.

Tabela 14 – Relação do Índice de Satisfação da Equipe de Saúde Bucal USF JE.

Equipe Saúde Bucal	C.P N de respostas (Pontos)	C N de respostas (Pontos)	D N de respostas (Pontos)	D.P N de respostas (Pontos)	N.O N de respostas (Pontos)	Média
Sou dedicado com meu desempenho profissional nesta Unidade.	2 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4
Estou satisfeito em trabalhar nesta Unidade.	1 (4)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,5
Estou satisfeito com o desempenho da ESB.	1 (4)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,5
Estou satisfeito com a minha relação profissional com os outros colaboradores desta Unidade.	0 (0)	2 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3
As condições de trabalho nesta Unidade são adequadas.	0 (0)	1 (3)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	2,5
O serviço público prestado nesta Unidade atende às exigências esperadas.	0 (0)	2 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3
Este trabalho atende minhas expectativas profissionais.	1 (4)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,5
Os resultados obtidos por esta ESB têm qualidade.	0 (0)	2 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3
Total das Respostas	5 (20)	10 (30)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	26 (3,25)

C.P: Concordo Plenamente **C:** Concordo **D:** Discordo **D.P:** Discordo Plenamente **N.O:** Não Opinou

Cálculo do Índice de Satisfação

Número de respondentes: 2

Total de pontos relativos: 52

Total de pontos possíveis: 64

Índice de Satisfação ESB Jardim Eugenio Mendes Lopes: 52/64 = 81,25%

Nesta USF, a ESB é formada por um CD e uma ASB, ambos reconhecem que se esforçam e estão trabalhando de maneira correta, pois a afirmação “sou dedicado com meu desempenho profissional”, obteve a maior média (4), 100% da equipe respondeu que concorda plenamente. O ponto mais baixo ficou por conta da seguinte afirmação: “As condições de trabalho nesta Unidade são adequadas”, com uma média de 2,5. Neste caso, a USF encontra-se em um prédio antigo, que apesar de algumas adaptações estruturais, este não se enquadra nos padrões exigidos em normas. Por exemplo, no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2006), a sala onde o consultório odontológico está localizado tem que ter a dimensão mínima para instalação de uma cadeira odontológica de 16m². De acordo com o aferido pelo pesquisador, este consultório conta com um espaço físico disponível de 11, 55m². Apesar de ser um prédio antigo, a USF foi instalada nesta localidade no fim do ano de 2008, estabelecido pela lei municipal nº 2321 (16 de dezembro de 2008). Isso quer dizer que, neste momento, o referido Manual acima já existia e vigorava como uma norma. Assim, esta situação leva à conclusão que o consultório está instalado em uma localidade fora dos padrões exigidos. Esta foi uma das razões para esta média se apresentar a mais baixa, com uma de duas pessoas “discordando”. Em uma observação não participativa, apesar de fisicamente o consultório apresentar-se fora dos devidos padrões, notou-se que o mesmo é bem organizado, limpo e funcional. No entanto, isto não exime a localidade de suas responsabilidades quanto à adequação às normas.

Tabela 15 – Relação do Índice de Satisfação dos Usuários USF JE.

Usuário	C.P N de respostas (Pontos)	C N de respostas (Pontos)	D N de respostas (Pontos)	DP N de respostas (Pontos)	N.O N de respostas (Pontos)	Média de Pontos
O meu problema foi completamente resolvido.	32 (128)	15 (45)	1 (2)	0 (0)	2 (0)	3,5
Estou satisfeito com o atendimento do dentista.	39 (156)	10 (30)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	3,72
Estou satisfeito com o atendimento da equipe de saúde bucal.	41 (164)	9 (27)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,82
Confio na capacidade profissional desta equipe de saúde bucal.	42 (168)	8 (24)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,84
Eu acredito na qualidade do material utilizado nesta unidade.	28 (112)	19 (57)	1 (2)	0 (0)	2 (0)	3,42
Fui bem recebido nesta Unidade.	43 (172)	5 (15)	0 (0)	0 (0)	2 (0)	3,74
Aqui as pessoas me tratam com respeito.	45 (180)	4 (12)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	3,84
Meu horário de atendimento foi respeitado.	38 (152)	12 (36)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,76
Estou satisfeito com a limpeza desta Unidade.	34 (136)	15 (45)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	3,62
Estou satisfeito com a conservação desta Unidade.	30 (120)	14 (42)	1 (2)	4 (4)	1 (0)	3,36
Eu voltaria nesta Unidade.	43 (172)	7 (21)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,86
Eu recomendaria esta Unidade.	38 (152)	8 (24)	0 (0)	0 (0)	4 (0)	3,52
Total das respostas	453	126	3	4	13	44,11
	(1.812)	(378)	(6)	(4)	(0)	(3,67)

C.P: Concordo Plenamente C: Concordo D: Discordo D.P: Discordo Plenamente N.O: Não Opinou

Cálculo do Índice de Satisfação

Número de respondentes: 50

Total de pontos relativos: 2.200

Total de pontos possíveis: 2.400

Índice de Satisfação Usuários Jardim Eugenio Mendes Lopes:

2.200/2.400 = 91,66%

De acordo com a Tabela 15, a afirmativa “eu voltaria nesta Unidade”, obteve a maior média entre as assertivas (3,86). Esta pontuação foi pautada em 43 pacientes respondendo C.P e 7 respondendo C. Esta situação é de extrema importância, pois não houve nenhum paciente que respondeu que discorda ou que discorda plenamente, todos os 50 entrevistados voltariam nesta USF. "Estou satisfeito com a conservação da unidade", obteve a média mais baixa com apenas 3,36. Nesta perspectiva, 4 (quatro) pessoas de 50 (cinquenta) responderam "discordo plenamente", se mostrando a única dentre as 12 afirmativas a qual recebeu esta avaliação negativa. Em uma observação não participante percebeu-se que, durante as visitas técnicas realizadas nesta USF, o local encontrava-se em bom estado de conservação. De acordo com o que foi aferido no momento da coleta de dados, estas pessoas se queixaram devido à USF estar instalada em um prédio antigo, o que não chega a ser um argumento plausível relacionada ao estado de conservação da USF.

Tabela 16 – Relação do Índice de Satisfação da Equipe de Saúde Bucal USF VA.

Equipe Saúde Bucal	C.P N de respostas (Pontos)	C N de respostas (Pontos)	D N de respostas (Pontos)	D.P N de respostas (Pontos)	N.O N de respostas (Pontos)	Média dos pontos
Sou dedicado com meu desempenho profissional nesta Unidade.	3 (12)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,75
Estou satisfeito em trabalhar nesta Unidade.	3 (12)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,75
Estou satisfeito com o desempenho da ESB.	4 (16)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4
Estou satisfeito com a minha relação profissional com os outros colaboradores desta Unidade.	4 (16)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4
As condições de trabalho nesta Unidade são adequadas.	3 (12)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,75
O serviço público prestado nesta Unidade atende às exigências esperadas.	3 (12)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,75
Este trabalho atende minhas expectativas profissionais.	0 (0)	4 (16)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3
Os resultados obtidos por esta ESB têm qualidade.	4 (16)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4
Total de Respostas	24	8	0	0	0	30
	(96)	(24)	(0)	(0)	(0)	(3,75)

C.P: Concordo Plenamente **C:** Concordo **D:** Discordo **D.P:** Discordo Plenamente **N.O:** Não Opinou

Cálculo do Índice de Satisfação

Número de respondentes: 4

Total de pontos relativos: 120

Total de pontos possíveis: 128

Índice de Satisfação ESB Vila Albertina: $120/128 = 93,75\%$

De um total de 128 pontos possíveis em com uma pontuação relativa de 120 pontos, a Tabela 16, traz como a média mais baixa (3) a afirmativa “este trabalho atende minhas expectativas profissionais. ”. Sendo que quatro de quatro pessoas responderam “concordo” para tal item. Sobre esta posição de resposta dos quatro entrevistados, particularmente neste item, apesar de não haver uma concordância plena, notou se que todos se empenham em suas atividades, demonstrando satisfação em cumprir os seus trabalhos nesta USF. Esta ESB única a qual respondeu de maneira positiva (C.P e C) para todos os itens, inclusive com média máxima (4) para as afirmações: “estou satisfeito com o desempenho da ESB”; “estou satisfeito com a minha relação profissional com os outros colaboradores desta Unidade”; “os resultados obtidos por esta ESB têm qualidade”. Outro ponto positivo nesta USF são as condições da estrutura: há proteção das pontas do equipo; o consultório possui ventilação natural e ar condicionado em plena condição de funcionamento; possui sala de esterilização separada da sala de atendimento, a qual conta com ventilação natural e forçada. O ponto negativo em relação à estrutura fica por conta do tamanho da sala do consultório odontológico. Segundo o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2006) a dimensão mínima para instalar uma cadeira odontológica é de 16m². E em consultórios com mais de uma cadeira odontológica, as dimensões do espaço físico deverão ser proporcionais 16m² por cadeira, com distância mínima entre as duas cadeiras deve ser de 2 metros. Esta USF também não cumpre esta premissa, pois apresenta uma estrutura física de 21m², somente.

Diante da observação não participativa do pesquisador deste presente estudo, pode se dizer que, apesar de alguns pontos falhos, elucidados acima, esta USF encontra se em ótimas condições de trabalho e de desempenho de funções profissionais.

Tabela 17 – Relação do Índice de Satisfação dos Usuários USF VA.

Usuário	C.P N de respostas (Pontos)	C N de respostas (Pontos)	D N de respostas (Pontos)	DP N de respostas (Pontos)	N.O N de respostas (Pontos)	Média de Pontos
O meu problema foi completamente resolvido.	41 (164)	9 (27)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,82
Estou satisfeito com o atendimento do dentista.	46 (184)	4 (12)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,92
Estou satisfeito com o atendimento da equipe de saúde bucal.	43 (172)	7 (21)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,86
Confio na capacidade profissional desta equipe de saúde bucal.	44 (176)	6 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,88
Eu acredito na qualidade do material utilizado nesta unidade.	36 (144)	11 (33)	2 (4)	0 (0)	1 (0)	3,62
Fui bem recebido nesta Unidade.	43 (172)	7 (21)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,86
Aqui as pessoas me tratam com respeito.	43 (172)	5 (15)	1 (2)	0 (0)	1 (0)	3,78
Meu horário de atendimento foi respeitado.	39 (156)	8 (24)	3 (6)	0 (0)	0 (0)	3,72
Estou satisfeito com a limpeza desta Unidade.	41 (164)	9 (27)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,82
Estou satisfeito com a conservação desta Unidade.	39 (156)	9 (27)	2 (4)	0 (0)	0 (0)	3,74
Eu voltaria nesta Unidade.	45 (180)	5 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,9
Eu recomendaria esta Unidade.	44 (176)	6 (18)	0 (0)	0 (0)	2 (0)	3,88
Total das respostas	504	86	8	0	13	45,80
	(2.016)	(258)	(16)	(0)	(0)	(3,81)

C.P: Concordo Plenamente C: Concordo D: Discordo D.P: Discordo Plenamente N.O: Não Opinou

Cálculo do Índice de Satisfação

Número de respondentes: 50

Total de pontos relativos: 2.290

Total de pontos possíveis: 2.400

Índice de Satisfação Usuários Vila Albertina:

2.290/2.400 = 95,41%

O que chama a atenção na Tabela 17 é o fato de que quatro assertivas obtiveram respostas “discordo”. Neste quesito, foram elencados “eu acredito na qualidade do material utilizado nesta unidade” (média 3,62), “aqui as pessoas me tratam com respeito” (média 3,78), “meu horário de atendimento foi respeitado” (média 3,72) e “estou satisfeito com a conservação desta Unidade” (média 3,74). Das quatro situações relatadas acima, “meu horário de atendimento foi respeitado”, não foi a média mais baixa (3,72), mas sim a qual teve o maior número de pessoas respondendo “discordo”, 3 de um total de 50 respondentes. Em relação à média mais relevante, a afirmativa “estou satisfeito com o atendimento do dentista”, obteve 46 pacientes concordando plenamente e 4 concordando, o que demonstra que todos os entrevistados estão satisfeitos com o atendimento dos cirurgiões.

Tabela 18 - Índice de Satisfação de ESB e usuários de todas as UFS.

Índice de Satisfação	MC	JE	VA
Equipe de Saúde Bucal	79,68 %	81,25 %	93,75 %
Usuários	87,29 %	91,66 %	95,41 %

Apesar de não ser um dos objetivos deste presente estudo comparar nenhum quesito entre as três USF pesquisadas, tem na Tabela 18 o índice de satisfação geral tanto das ESB como dos pacientes. Em uma breve análise sobre os dados da tabela acima, pode se dizer que a avaliação do índice de satisfação realizada pela ESB foi mais rigorosa em relação aos resultados obtidos no índice de satisfação dos pacientes, haja visto que os valores são mais baixos. No entanto, apesar de serem valores de menor representatividade nesta comparação, quando encarados como números absolutos, pode-se dizer que são bons resultados pois todos eles são maiores que 79%.

7 CONCLUSÕES

Diante de toda a discussão apresentada anteriormente, pode-se dizer que os objetivos deste presente estudo foram atingidos. Avaliou-se a qualidade dos serviços de saúde bucal prestados em três USF deste município, sendo considerados a cobertura, a estrutura, os processos e o resultado da prestação dos mesmos na forma de índice de satisfação, tanto dos pacientes quanto da equipe de trabalho.

Em se tratando da cobertura, foram analisados dados sobre a quantidade de vagas disponíveis, vagas agendadas, pacientes faltosos e demanda espontânea. O período da análise está compreendido entre os meses de janeiro e agosto de 2016. Em um cálculo estimado acerca de cada USF, chegou se aos seguintes coeficientes de atendimentos / habitante / ano: MC 0,38; VA 0,21 e JE 0,36 atendimentos odontológicos por habitante por ano. Isto demonstra que o número de atendimento está abaixo do que é preconizado pelo Ministério da Saúde através da portaria 1.631/15 (Brasil, 2015), de no mínimo 1,5 a 2 atendimentos / habitante / ano. Neste sentido, pode ser também aferido através destes dados que, de maneira geral, a demanda espontânea corresponde a mais de 29% dos pacientes atendidos nas três USF. E, mesmo assim, diante desta demanda, os atendimentos ficam abaixo do pré-estabelecido na referente portaria acima.

Sobre a estrutura, pode se dizer que esta não cumpre todos os quesitos estabelecidos em manuais e normas técnicas as quais regulamentam a atividade em uma unidade de atenção básica. Dentre as três USF apreciadas neste presente estudo, MC encontra se em uma situação mais alarmante. Notou se que alguns itens básicos como, ar condicionado, não estão em funcionamento, e segundo os entrevistados, esta situação já tem perdurado por alguns meses. De acordo com relato do CD entrevistado, este tipo de situação, algo que é de fundamental importância para a qualidade de vida das pessoas em um município com temperaturas elevadas, chega a prejudicar o atendimento e também a procura pelo serviço naquela unidade.

Já em relação aos processos nas unidades, pode se dizer que estes se encontram de acordo com o proposito estabelecido para USF. Dois pontos que chamaram à atenção foram: a correta gestão dos resíduos em saúde, a qual segue todos os protocolos e normas para descarte e reciclagem. E também a questão do

modelo de promoção em saúde desenvolvido por todas USF. Um dos objetivos deste modelo é a preservação do remanescente dental e a orientação aos pacientes através de ações preventivas, como a instrução de higiene oral, aplicação de selante e flúor, selamento cavitário e orientações relativas à alimentação com redução de sacarose.

No tangente ao índice de satisfação nas USF tem-se para a ESB os seguintes números: MC 79,68%; JE 81,25% e VA 93,75%. Já o índice de satisfação relativo aos pacientes nas USF, tem-se: MC 87,29%; JE 91,66% e VA 95,41%. Neste sentido, cabe uma reflexão particular de cada USF.

Quando da entrevista com os pacientes USF MC, o índice de satisfação se apresentou com baixas médias para questões de conservação e limpeza desta unidade. Outro fato que chama à atenção é que, mesmo não havendo filas de espera para o agendamento de pacientes, estes mostraram se insatisfeitos em relação ao horário de atendimento. Muitos deles relataram que seu horário de atendimento não era respeitado.

Na USF JE, há apenas um CD e uma ASB, ambos relataram que as condições de trabalho no local, assim como na USF MC, não eram adequadas. Apesar da unidade possuir o consultório em uma sala antiga e um tanto quanto apertada, o local estava em plenas condições de higiene e conservação. Em relação aos pacientes, esta unidade atende um número reduzido em relação à MC e VA, pois há um trabalho de educação em saúde, com orientações para os pacientes realizado pelo CD. Isto pode ser observado em uma das visitas técnicas à referida USF. De modo geral, os pacientes se demonstraram satisfeitos com um índice com mais de 91% de satisfação.

Já na USF VA, tanto a ESB como os pacientes, apresentaram os maiores índices de satisfação dentre as unidades pesquisadas. Sobre a satisfação dos pacientes, esta foi a única unidade em que a menor média de pontos (3,62%) ficou a cargo de um item de ordem técnica e “Eu acredito na qualidade do material utilizado nesta unidade. ”. Situação a qual não se repetiu nas outras unidades pesquisadas.

A comparação dos resultados entre as unidades pesquisadas neste estudo não é um dos objetivos do mesmo. No entanto, faz-se oportuno um breve relato de que, dentre as três USF, a USF MC foi a unidade com menores índices de satisfação, tanto por parte da ESB (79,68%), como por parte dos pacientes (87,29%). Além disso, esta mesma unidade, foi a que obteve a menor média dentre

todas as assertivas das entrevistas, 2,25% para “As condições de trabalho nesta Unidade são adequadas.”

Finalmente, pode-se dizer que, diante dos resultados apresentados neste presente estudo o paciente avaliou qualidade do serviço por motivos e razões não-técnicas. Isto quer dizer que, o paciente se mostrou mais insatisfeito com fatores relativos à manutenção, conservação e limpeza nas unidades do que com fatores relacionados à capacidade profissional, resolutividade do seu problema ou à qualidade do material utilizado. Lembrando que o paciente não tem condições técnicas de julgar o tipo de material, passando a ser apenas uma percepção daquilo que ele acredita ter ou não qualidade. Isto é um indicativo de que, mesmo objetivando a solução ou cura de uma enfermidade, o paciente, primeiramente avalia as condições do local, o modo como é recebido e tratado, e se é respeitado. Após estes parâmetros devidamente estabelecidos, o paciente, conscientemente, avalia ou mensura a qualidade técnica do serviço prestado, mesmo com suas limitações inerentes à atividade de saúde em si. Deste modo, tem-se que a coleta de dados e informações sobre o índice de satisfação dos usuários são elementos essenciais no direcionamento de qualquer iniciativa para a garantia da qualidade dos serviços prestados em uma USF.

Assim, de acordo com os resultados obtidos por esta pesquisa, há evidências que algumas melhorias devam ser realizadas nas três USF pesquisadas. Estas abrangem desde questões estruturais básicas como manutenções preventivas em aparelhos de ar condicionado, questões relativas à biossegurança dos profissionais e pacientes e readequação das estruturas físicas. Apesar de haver alguns pontos os quais necessitam ser melhorados, constatou-se através do índice de satisfação, que há qualidade nas três USF estudadas quando considerado o ponto de vista do usuário paciente e da equipe de trabalho, pois o menor índice entre as ESB foi de 79,68% e entre os pacientes foi de 87,29% ambos da USF MC.

Deve se deixar claro que o índice de satisfação não corresponde ao único quesito para a mensuração do resultado do trabalho que é desempenhado nas USF. Neste sentido, esta pesquisa não esgotou as outras possibilidades de resultados, havendo outros estudos os quais podem ser trabalhados em futuros projetos.

REFERENCIAS

AERTS, D. et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1020-1028, 2004.

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada- RDC nº 50, de 21 de Fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Disponível em: < <http://www.saude.mt.gov.br/covsan/arquivo/2396/legislacao>> Acessado em: 16 abr. 2015.

BOARETO, P. P. **A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família (ESF)**. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). 2011. 32f. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2011.

BOHNER et al., **Monografias Ambientais**. Revista Eletrônica do Curso de Especialização em Educação Ambiental da UFSM. vol. 3, n. 3, p. 476– 481, 2011.

BOTAZZO, C. et al. Sobre a bucalidade. Notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Abrasco, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 7 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf. Acesso em: 03 abr. 2015.

_____. Lei 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2008. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm>. Acesso em: 12 jun. 2015.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 22, de 20 de dezembro de 1989. Secretaria Nacional de Saúde de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. 1989, Seção 1 – Pg. 24111. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria22_20_12_89.pdf >. Acesso em 05 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 453, de 01 de junho de 1998. Secretaria Nacional de Saúde de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 jun. 1998. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_453.pdf>. Acesso em 05 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_normativa_psf.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. 2. ed., 1994.

_____. Ministério do Trabalho. Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora n. 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em:<<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/legislacao/NR-32.pdf>>. Acesso em 12 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 306, de 7 de dezembro, de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 dez. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html>. Acesso em 15 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.631, de 01 de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 out. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.htm>. Acesso em 12 abr. 2016.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Resolução 358 de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 mai. 2005. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=462>>. Acesso em 05 mar. 2016.

CAPISTRANO FILHO, D. O. O cirurgião dentista no PSF. **Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**; v. 1, n. 2, p. 8-17, 2000.

CASTRO, Marco A.S. **Manual prático de marketing para cirurgiões – dentistas: Como Conquistar e Manter Mais Pacientes no Consultório Particular**. Curitiba: Gráfica Vicentina, 1999.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Avaliação da atenção em saúde bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Revista Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 92-100, 2012.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med**, v. 114, n. 11, p. 1115-8, 1990.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Promoção da saúde bucal em escolas. In: **Disciplina de Odontologia Preventiva e Saúde Pública: Manual do Aluno**. Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública – FSP - Universidade de São Paulo - USP -, org., pp. 1 - 28, São Paulo: FSP, USP, 1996.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, P. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufaturados aos serviços de informação. **Cadernos BAD**, Vol. 2, p. 6-18, 2004.

GOULART, I. B.; SAMPAIO, J. dos R. (Orgs). **Psicologia do trabalho e gestão de recursos humanos: estudos contemporâneos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

GÜNTHER, H. (2003). **Como elaborar um questionário**. Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, Nº 01. Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental.

HONKALA, E. **Dental Health Habits of Finnish Adolescents**. 1984. 73 f. (PhD thesis), University of Kuopio, Kuopio, 1984.

HONKALA, E. Primary Oral Health Care. **Med. Princ. Pract.** Kwait, v. 23, n. 1, 2014, p. 17–23.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em 04 mar. 2015.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>. Acesso em: 01 fev. 2015.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARTIZATION. **ISO 8402**: Quality vocabulary. Genebra: ISO, 1994b.

LEBOW, J. L. Consumer Assessments of the Quality of Medical Care. **Med. Care.** v. 12, n. 4, 1974, p. 328-37.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-112.

MINAYO, M. C. S. **O Conceito de Metodologia de Pesquisa**. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 15º ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MIRANDA, J.; LEMOS, M.; TORRES, M. et al. Promoção de saúde bucal em odontologia: uma questão de conhecimento e motivação. **Revista do CROMG**, Belo Horizonte, v. 6, n.3, 2000, p. 154-157.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: EDG, 1999.

OLIVEIRA, R. S. et al. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Pernambuco, v. 11, n. 4, 2009, p. 34-38.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The Ottawa charter for health promotion**. Genebra: WHO; 1986.

PARAGUAY, A. T. T. **Perda auditiva induzida por ruído em consultório odontológico**. (Especialização em Audiologia Clínica). Curso de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC), Recife, 1999. Disponível em <<http://www.cefac.br/library/teses/c77ca764e1494a1e1f764e7cc9a35c4d.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

PORTO, V. M. C. **Saúde bucal e condições de vida: uma contribuição do estudo epidemiológico para a inserção de atenção à saúde bucal no SUS**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2002.

QUINTO, N. A.; GASTAL, F. L. **Acreditação hospitalar: proteção dos usuários dos profissionais e das instituições de saúde**. 1ª ed. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

REEVES, C.; BEDNAR, D. Defining quality: alternatives and implications. **Academy of Management Review**, v. 19, n. 3, p. 419-29, 1994.

REIS, Eduardo J. F. B. dos et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, Mar. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X1990000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2015.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, nov/dez 2005.

SOBRINHO. L. J. E. et al. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **SAÚDE DEBATE**: Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 136-146, Jan-Mar 2015.

TOMAZ, Plínio Augusto Rehse. **Marketing para dentistas: Conquistando e Mantendo Clientes**. São Paulo: Navegar, 2001.

TORRES, M. R. C.; TORRES, M. **Saúde Bucal: atuação do técnico e do auxiliar, promoção prevenção e controle, humanização do atendimento.** Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2014. 216 p.

VASCONCELLOS, P. P. **Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico.** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), de um estudo chamado **“Avaliação da Qualidade dos Serviços Odontológicos Prestados em Unidades de Saúde da Família.”**, conduzido por mim, Gabriel Elias do Nascimento, aluno matriculado no Programa de Pós-Graduação, do Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Eulália Lessa do Valle Dallora.

Essa pesquisa será realizada com o Gestor, com Cirurgiões-dentistas, com membros da Equipe de Saúde Bucal e com os usuários desta Unidade de Saúde da Família, e tem como objetivo avaliar a qualidade do serviço odontológico prestado nesta Unidade, proposto pela Política Nacional da Atenção Básica - Portaria 2.488/GM, de 21/10/2011.

Para participar da pesquisa o (a) Sr. (a) receberá um questionário sobre dados pessoais, e será entrevistado afim de fornecer sua opinião sobre a qualidade dos serviços prestados nesta Unidade pela Equipe de Saúde Bucal. A entrevista terá duração média de 15 minutos, sendo realizada na Unidade, após a consulta, não gerando prejuízo ao atendimento do usuário nem ao trabalho dos profissionais. Haverá uma sala reservada para a entrevista, respeitando a privacidade do entrevistado. Fica garantido o direito de responder apenas as questões desejadas. **Afirmo que haverá observação não participante das atividades. Neste tipo de observação, o pesquisador torna-se um observador exterior, não podendo tomar nenhuma iniciativa ou atitude sobre as situações que ele está observando naquele momento. E em caso de haver algum tipo de gasto, o participante será reembolsado.**

A participação na pesquisa nos ajudará a obter os conhecimentos que poderão ser utilizados para realizar melhorias na qualidade do serviço oferecido pela própria unidade e também de outros serviços.

Em relação aos riscos envolvidos, salientamos que estes são mínimos, podendo ser eles relacionados a indisposição e/ou constrangimento à alguma afirmativa do questionário. No entanto, caso o Sr. (a) tenha qualquer desconforto durante a entrevista, estará livre para retirar seu consentimento ou interromper a participação na pesquisa a qualquer momento. Também poderá deixar de responder às perguntas que possam lhe causar algum incômodo ou constrangimento.

Quanto aos benefícios, o Sr. (a) contribuirá para nos ajudar a conhecer a qualidade do serviço da Equipe de Saúde Bucal contribuindo para o aperfeiçoamento das atividades.

Garantimos que sua identidade não será divulgada e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para publicações científicas ou para apresentação em congressos. Pela sua autorização o Sr. (a) não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia que não terá nenhuma despesa relacionada ao estudo.

Todos os seus direitos serão assegurados de forma que sua autorização e participação **não são obrigatórias**. Sr. (a) poderá tirar dúvidas ou deixar de participar da pesquisa em qualquer momento.

O Sr. (a) receberá uma via deste documento, assinada pelo pesquisador, para que fique resguardado as condições aqui descritas.

Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para esclarecimentos.

Ribeirão Preto, de de 2016.

Gabriel Elias do Nascimento

Telefones: celular: 16- 99765-3250 gabrielnascimento@hotmail.com

Comitê de Ética Centro de Saúde Escola – Rua Teresina, 690 – Sumarezinho

Telefone: (16) 3315-0000

O Sr. (a) _____ declara após ter recebido as devidas informações e estar ciente dos seus direitos, e concorda em participar do estudo **“Avaliação da Qualidade dos Serviços Odontológicos Prestados em Unidades de Saúde da Família.”**, como sujeito.

Informa que foi devidamente esclarecido (a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação.

Assinatura do entrevistado: _____ data ____/____/____

Pesquisador responsável: _____ data ____/____/____

ANEXO

ANEXO A

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 1333/15
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 13 de abril de 2015

Prezado Orientador,
Profª. Drª. Maria Eulália Lessa do Valle Dalloraz
Prezado Pesquisador
Gabriel Elias do Nascimento

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – Ilka Barbosa Pegoraro, o Chefe da Divisão Odontológica – Pedro José Bistane, a Farmacêutica – Cláudia Siqueira Vassimon, bem como esta Comissão; manifestaram a concordância para a coleta de dados do projeto de pesquisa "AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS PRESTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO DE SAÚDE OESTE DE RIBEIRÃO PRETO – ESTUDO DE CASO", nas dependências desta Secretaria da Saúde. Conforme os despachos no processo Administrativo 02 2015 004874 9.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidades de Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista às rotinas destes estabelecimentos de saúde, e que ao término do estudo seja disponibilizada uma cópia a área Programática.

Informo que a pesquisa está autorizada, porém a coleta dos dados acontecerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Ilmo
Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina Ribeirão Preto
Avenida Bandeirantes, 3900
Monte Alegre RP/SP

Secretaria Municipal da Saúde
Rua Prudente de Moraes, 457 – Centro – Ribeirão Preto/SP
Fones: 3977.9305 / Fax: 3941.4934 / e-mail: gabinete@saude.pmrp.com.br

ANEXO B

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

OF.32/2016-CEP/CSE-FMRP-USP

Ribeirão Preto, 31 de Maio de 2016.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 3.0 de 31 de maio de 2016 foram analisados e APROVADOS "ad referendum" pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

CAAE: 54319816.4.0000.5414

Projeto de Pesquisa: Avaliação da Qualidade dos Serviços Odontológicos Prestados em Unidades de Saúde da Família.

Pesquisador: Gabriel Nascimento

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra. Maria Eulália Lessa do Valle Dallora
Dirigente da Assessoria Técnica do HC/FMRP