



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MÁRIO FILIPE VERÇOSA DE MELO SILVA

**ANÁLISE DA SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS EM CENTROS
DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, BRASIL**

Recife

2019

MÁRIO FILIPE VERÇOSA DE MELO SILVA

**ANÁLISE DA SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS EM CENTROS
DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ªDr^a Nilcema Figueiredo

Coorientador: Prof^ºDr^o Edson Hilan Gomes de Lucena

Recife

2019

Catálogo na fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

- S586a Silva, Mário Filipe Verçosa de Melo.
Análise da satisfação e percepção de usuários em centros de especialidades odontológicas, Brasil / Mário Filipe Verçosa de Melo Silva. – 2019.
83 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.
- Orientadora: Nilcema Figueiredo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCM, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Recife, 2019.
Inclui referências e anexos.
1. Avaliação em saúde. 2. Atenção secundária à saúde. 3. Saúde bucal. 4. Satisfação do paciente. I. Figueiredo, Nilcema (Orientadora). II. Título.

614

CDD (20.ed.)

UFPE (CCS2020-150)

MÁRIO FILIPE VERÇOSA DE MELO SILVA

**ANÁLISE DA SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS EM CENTROS
DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 26/12/2019.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Nilcema Figueiredo (Orientadora)

Departamento de Medicina Social – Universidade Federal de Pernambuco

Prof Drª Solange Laurentino dos Santos (Examinador Interno)

Departamento de Medicina Social – Universidade Federal de Pernambuco

Prof Dr Paulo Sávio Angeiras de Goes (Examinador Externo)

Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva – Universidade Federal de
Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A Deus por tudo que fui, sou e serei.

A minha esposa, meus pais e minha família. Pela paciência nas ausências e apoio nas dificuldades, cada passo que caminhei têm muito de cada um de vocês

Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa durante metade do período do mestrado.

À minha orientadora Nilcema, por ser referência em resistência e resiliência na luta pelo SUS e Política Nacional de Saúde Bucal, mesmo em contextos desfavoráveis. E pela oportunidade de participar do Grupo GestBucal contribuindo com este e outros estudos do grupo de pesquisa.

Ao meu coorientador Edson, pela cooperação para realização da dissertação, e sobretudo por contribuir no meu percurso profissional e acadêmico desde a residência.

Aos docentes e discentes do PPGSC, por contribuírem na elaboração do estudo durante as disciplinas. E pelos encontros, vivências e caminhadas que criaram laços de amizade entre nós.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi propor um indicador e avaliar fatores associados a satisfação de usuários em serviços odontológicos especializados no Sistema Único de Saúde. Executou-se coleta de dados do 1º ciclo de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO). Foi realizada elaboração e descrição de dados do Indicador de Satisfação dos Usuários do PMAQ/CEO e verificados os fatores associados a satisfação de usuários dos serviços por meio do teste qui-quadrado de Pearson e regressão logística binária simples ($p < 0,05$). A média dos escores de padrões de satisfação foi de 9,9 ($\pm 1,7$). Foi encontrado maior nível de satisfação entre os participantes da região Sudeste (15,9%), de serviços CEO tipo II (14,4%), numa idade de 41 a 52 anos (14,5%), cujas consultas foram agendadas por telefone (20,0%) com horário definido (17,9%) e para especialidade de ortodontia/ortopedia (20,7%). A alta satisfação esteve associada a usuários de serviços da região Sudeste do Brasil (OR = 2,8; IC95%: 1,9-4,0), para especialidade de ortodontia/ortopedia (OR = 7,8; IC95%: 1,0-60,6) e para marcações de consultas por telefone (OR = 1,8; IC95%: 1,3-2,3) com horário definido (OR = 2,6; IC95%: 1,5-4,6).

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Atenção Secundária à Saúde. Saúde Bucal. Satisfação do Paciente.

ABSTRACT

The aim of this study was to propose an indicator and evaluate factors associated with patient satisfaction in specialized dental services in the National Health System of Brazil. Data collection of the External Evaluation of the Program to Improve Access and Quality of Dental Specialty Centers (PMAQ-CEO) was performed. The preparation and description of data from the Patient Satisfaction Indicator of the PMAQ-CEO was performed, and verified the factors associated with patient satisfaction using Pearson's chi-squared test and simple binary logistic regression ($p < 0.05$). The mean scores of satisfaction patterns were 9.9 (± 1.7). A higher level of satisfaction was found among patients in southeastern region of Brazil (15.9%), whose appointments were scheduled by telephone (20.0%) with a set time (17.9%), for orthodontics/orthopedics specialty (20.7%). High satisfaction was associated with patients from services in southeastern region of Brazil (OR = 2.8; CI95%: 1.9-4.0), for orthodontics/orthopedics (OR = 7.8; CI95%: 1.0-60.6) and for scheduling phone appointments (OR = 1.8; CI95%: 1.3-2.3) with set time (OR = 2.6; IC95%: 1.5-4.6).

Keywords: Health Evaluation. Secondary Care. Oral Health. Patient Satisfaction.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Padrões de satisfação de usuários	31
Quadro 2- Elenco de variáveis	34
Quadro 3- Padrões de satisfação de usuários	42
Quadro 4- Elenco de variáveis	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Associação do Indicador de Satisfação de Usuários do PMAQ/CEO com as variáveis independentes (Brasil, 2014)	50
Tabela 2- Medidas de associação entre o Indicador de Satisfação de Usuários do PMAQ/CEO e as variáveis independentes no modelo da regressão logística binária (Brasil, 2014)	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE/PMAQ-CEO	Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CGM	Cumprimento Global de Metas
CGMM	Cumprimento Global de Metas Modificado
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPO-D	Índice de ataque de Cárie
DAB/SUS	Departamento de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde
EqSB	Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
ISU-PMAQ/CEO	Índice de Satisfação de Usuários do PMAQ/CEO
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-CEO	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
QASSaB	Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SB Brasil	Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SPSS	<i>Statistical Package for Social Scienses</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	Avaliação da Qualidade em Saúde	15
2.2	Centros de Especialidades Odontológicas e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.....	21
2.3	A visão do usuário nos serviços de saúde	23
2.4	Análise da Produção em Centros de Especialidades Odontológicas...	26
3	OBJETIVO	28
3.1	Objetivo Geral	28
3.2	Objetivos Específicos	28
4	MATERIAIS E MÉTODOS	29
4.1	Desenho do estudo	29
4.2	Fontes de dados	29
4.2	Local, população e período do estudo	30
4.3	Coleta e tratamento de dados	30
4.4	Análise de Dados	37
4.5	Considerações Éticas	37
5	RESULTADOS	38
5.1	Artigo: A visão do usuário sobre o serviço odontológico especializado no Sistema Único de Saúde.....	38
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	64
	ANEXO A -NORMAS DA REVISTA	72

1 INTRODUÇÃO

O campo da avaliação envolve uma variedade de definições e tipologias, segundo abordagens e metodologias diferentes, e até divergentes, portanto existem diversos modelos conceituais para avaliação. Como também, existem especificidades quando o objeto a ser avaliado abrange o campo da saúde (CHAMPAGNE et al., 2016).

Com intuito de incorporar os elementos consensuais, em relação aos principais autores que discutem a avaliação, Champagne et al. (2016) propõem a seguinte definição:

“Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam contribuir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE et al., 2016)”.

Relativo ao SUS, as primeiras iniciativas de avaliação institucional sofrem crítica por apresentarem processos incipientes, pontuais, pouco incorporados às práticas, que não apresentam continuidade, tendo em vista as necessidades da gestão, e que precisam de aprimoramento quanto a sistematização e redução de aspectos burocráticos e prescritivos. Para que a partir de modificações na cultura avaliativa seja possível contribuir para tomada de decisão, formação profissional e aperfeiçoamento da gestão e planejamento do sistema de saúde (FELISBERTO, 2006).

Contudo, principalmente após 2003, a formulação, implementação e avaliação das políticas públicas têm apresentado forte tendência à governança democrática por meio do fortalecimento à participação da sociedade, transparência, qualidade e eficiência na ação pública (PAESE E AGUIAR, 2012).

Nesse sentido, investimentos de ordem técnica e política são essenciais, como exemplo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) foi instituído para tencionar a promoção de mudanças no modelo de atenção em saúde bucal, a partir da orientação

dos serviços considerando as necessidades e a satisfação dos usuários. Através de um processo de modificação de cultura de gestão e qualificação da atenção especializada em saúde bucal no SUS (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

É importante considerar, que os primórdios da atenção odontológica pública no Brasil estiveram relacionados a atividades pontuais e focalizadas, centradas em grupos específicos, como gestantes e crianças. Além de práticas mutiladoras, curativistas e tecnicistas, considerando modelos de atenção a saúde excludentes (NARVAI, 2006a; KITAMURA *et al.*, 2016).

Contudo, com a implantação do SUS houve avanços políticos e sociais para saúde bucal, tendo em vista a ampliação do acesso e criação de espaços de participação social. Pois, com a instituição da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) de 2003, o Programa Brasil Sorridente, foi observado aumento das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (NERY, 2010; MAGALHÃES *et al.*, 2015).

Como atribuições das ESB, constam atividades educativas, de vigilância epidemiológica, promoção a saúde e prevenção, visitas domiciliares e planejamento considerando a territorialização, para manutenção da saúde bucal (NERY *et al.*, 2010).

Todavia, os CEO são serviços de atenção secundária, integrados as redes de atenção a saúde, que devem disponibilizar, ao menos, 05 especialidades odontológicas: periodontia, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor (FIGUEREDO E GOES, 2009)

Dentre as abordagens de avaliação em saúde, a avaliação da satisfação de usuários proporciona evidências para orientação de modelos de atenção a saúde, segundo a demanda de usuários. Pois, utiliza aspectos como expectativas, valores e desejos dos indivíduos sobre a intervenção em saúde avaliada, para definição de padrões e atributos de qualidade (DIAS *et al.*, 2010; CHÍNDIA, 2011; MAGALHÃES *et al.*, 2015).

Enquanto autor seminal da avaliação da qualidade em saúde, Donabedian discute a satisfação de usuários a partir do atributo da “aceitabilidade”, que aborda a adequação da atenção ofertada as expectativas de usuários. Além do que, a satisfação é compreendida como “resultado” do cuidado ofertado em saúde (DONABEDIAN, 1981; DONABEDIAN, 1988; DONABEDIAN, 1990).

Quanto a estudos de satisfação de usuários em serviços de saúde bucal, poucos abordam Centros de Especialidades Odontológicas no âmbito nacional, na literatura predominam pesquisas em serviços de saúde específicos. Os principais fatores relacionados a satisfação correspondem ao perfil de usuários quanto a idade, condição clínica bucal, relação usuário-profissional desenvolvida, acesso a informações e autopercepção quanto a saúde bucal (DE SOUZA TOLEDO *et al.*, 2010; DIAS *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2010; LÓPEZ-SOTO *et al.*, 2010; NERY *et al.*, 2010; SLACK-SMITH *et al.*, 2010; NASEER *et al.*, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2012; AYACH *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2014; MAGALHÃES *et al.*, 2015; NEVES *et al.*, 2015; REYES-FERNÁNDEZ *et al.*, 2015; TORRES E COSTA, 2015; KITAMURA *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2016; BORDIN *et al.*, 2017; ROBERTO *et al.*, 2017; CAVALCANTI *et al.*, 2018).

Quanto ao perfil dessas publicações, predominaram estudos quantitativos realizados no Brasil, em estabelecimentos públicos de atenção primária e secundária à saúde, sendo que metade utilizou amostra probabilística e instrumentos de avaliação validados, respectivamente (DE SOUZA TOLEDO *et al.*, 2010; DIAS *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2010; LÓPEZ-SOTO *et al.*, 2010; NERY *et al.*, 2010; SLACK-SMITH *et al.*, 2010; NASEER *et al.*, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2012; AYACH *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2014; MAGALHÃES *et al.*, 2015; NEVES *et al.*, 2015; REYES-FERNÁNDEZ *et al.*, 2015; TORRES E COSTA, 2015; KITAMURA *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2016; BORDIN *et al.*, 2017; ROBERTO *et al.*, 2017; CAVALCANTI *et al.*, 2018).

Como critério de inclusão utilizado nas pesquisas, o usuário deveria ter realizado atendimento previamente no serviço avaliado, ao menos uma vez. E foram excluídos participantes com dificuldades cognitivas ou de comunicação (AYACH *et al.*, 2014; MAGALHÃES *et al.*, 2015; MARTINS *et al.*, 2016; NERY *et al.*, 2010; RODRIGUES *et al.*, 2012; NEVES *et al.*, 2015; TORRES E COSTA, 2015; KITAMURA *et al.*, 2016; BORDIN *et al.*, 2017).

Nesse sentido, considerando a relevância da avaliação da satisfação de usuários em serviços de saúde bucal do SUS, tendo em vista a atuação do participante enquanto ator político para o planejamento e gestão da atenção a saúde; que são escassos os estudos de satisfação e percepção de utentes em CEO, ao nível nacional; que se faz necessário avaliar o CEO em prol da melhoria contínua do seu desempenho, pois a conquista do acesso a tais serviços é de extrema significância

para os usuários, possibilitando a continuidade de tratamentos odontológicos de recuperação e manutenção da saúde bucal. Uma vez que os tratamentos especializados ofertados nos CEO são, no âmbito privado, inacessíveis para maioria dos brasileiros.

Assim, conforme a seguinte pergunta norteadora: “Quais fatores estão relacionados a satisfação de usuários quanto aos Centros de Especialidades Odontológicas no âmbito nacional?”, este estudo objetiva analisar aspectos da satisfação de usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Avaliação da Qualidade em Saúde

O termo “qualidade” na avaliação em saúde corresponde a elaboração de parâmetros de referência, sobre os quais serão desenvolvidos instrumentos para a avaliação. Conforme o *Institute of Medicine* (IOM) a qualidade do cuidado corresponde ao grau em que serviços de saúde propiciam, a indivíduos ou populações, maiores chances de resultados desejáveis e consistentes com o conhecimento corrente. Intrínsecas a essa definição, seis dimensões são elencadas: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade/resposta em tempo adequado, eficiência e equidade (SERAPIONE, 2009; CQHCA, 2001).

Em outra abordagem, a qualidade em saúde é identificada a partir de três olhares, considerando os atores que estão envolvidos no contexto de serviços de saúde: qualidade avaliada pelo usuário, qualidade profissional e qualidade gerencial. Que correspondem ao que usuários e profissionais esperam dos serviços individual ou coletivamente, além da eficiência na utilização dos recursos conforme as diretrizes dos serviços (ØVRETVEIT, 1996).

A discussão sobre a qualidade em saúde origina-se do referencial teórico sobre gestão e garantia da qualidade, diante da necessidade de aprimorar a eficiência e segurança de sistemas de saúde, procedimentos clínicos e tecnologias em saúde. Assim como, em ampliar o acesso aos serviços de saúde (SERAPIONI, 2009; SHAW E KALO, 2002; OMS, 1988).

Além do que, outro fator que fomentou a produção científica sobre a gestão da qualidade foram mudanças no sistema econômico mundial, principalmente durante a década de 60, nas quais serviços da iniciativa privada assumiram o atributo de produtos e tiveram o seu valor de mercado associado a um controle de qualidade. Enquanto no setor público a discussão sobre a qualidade, estava pautada na garantia de direitos sociais adquiridos (NOVAIS, 2000).

A metodologia pioneira sobre a gestão da qualidade em saúde é a *Quality Assurance* (Garantia da Qualidade), estruturada no início do século XX para

padronização de resultados terapêuticos através de normatizações sobre a avaliação do cuidado médico (SERAPIONI, 2009).

Um marco importante para a *Quality Assurance*, foram os trabalhos de Donabedian, pois a partir de seus estudos as dimensões organizacionais e de gerência de serviços de saúde, passam a ser abordadas nos processos avaliativos. Até então, os estudos sobre qualidade da atenção à saúde, eram centrados na dimensão técnico-profissional (NOVAIS, 2000; DONABEDIAN, 1988; DONABEDIAN, 1990; SERAPIONI, 2009).

Assim, os métodos e abordagens da “Garantia da Qualidade” devem identificar o nível em que estruturas, processos e resultados são afetados por restrição de recursos disponíveis na atenção em saúde, identificar atores que possam solucionar problemas de restrições de recursos e estabelecer ações para aprimorar a qualidade do cuidado (HARRIS-WEHLING, 1990).

Quanto as estratégias utilizadas para avaliação do desempenho de profissionais de saúde, centrados na elaboração de parâmetros de qualidade, destacam-se a auditoria clínica, a acreditação profissional e a medicina baseada em evidências (SERAPIONI, 2009).

Relativo ao referencial teórico de avaliação da qualidade, a Gestão da Qualidade Total (CGT) é outro método que deve ser considerado, o mesmo foi construído para o contexto de empresas privadas nas quais os processos eram orientados segundo as expectativas dos clientes, por meio da adoção de critérios e normatizações a partir da prática dos serviços. Contudo, sofre críticas devido a pouca problematização que produz (NOVAIS, 2000; DUBOIS *et al.*, 2016).

Durante os anos 90, a perspectiva do usuário de serviços de saúde, assume maior protagonismo na avaliação da qualidade. Porém, os métodos que abordam a satisfação de usuários sofrem críticas quanto a abordagem metodológica, devido aos altos índices de satisfação observados nos estudos (DUBOIS *et al.*, 2016).

Ainda sobre a avaliação da qualidade no campo da saúde, Serapione (2009) aponta que existem limitações observadas, pois ainda são comuns métodos que consideram exclusivamente a eficácia técnica, a partir de aspectos diagnósticos e terapêuticos. Assim como, estudos que avaliam somente os custos relacionados a saúde ou a perspectiva de apenas um dos atores envolvidos na atenção à saúde. Pois, a qualidade em saúde envolve a interação entre diversos aspectos, e não se relaciona exclusivamente a um único componente.

Acerca dos atributos da avaliação da qualidade do cuidado em saúde, Donabedian (1990) disserta que deve ser baseada em sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, aceitabilidade, otimização, legitimidade, equidade. Além de discutir a acessibilidade, que apesar de não fazer parte dos pilares da qualidade, é abordada em seu estudo.

Quanto as definições de eficácia e efetividade verifica-se frequentemente uma superposição nos conceitos. Contudo, a eficácia vem sendo referida mais consistentemente como o efeito potencial ou o efeito em determinadas condições experimentais. Já a efetividade traduz o efeito real num sistema operacional (VUORI, 1982; DONABEDIAN, 1990).

O autor realiza distinção quanto a otimização e a eficiência, a primeira envolve o cuidado efetivo, possível de ser obtido através da relação custo/benefício mais favorável. Enquanto a eficiência é referida para as relações entre custos e resultados, ou entre resultados e insumos utilizados, por meio da obtenção de um máximo cuidado ao menor custo (DONABEDIAN, 1990).

Considerando os pilares da qualidade, a equidade relaciona-se a justiça na distribuição social das ações e serviços de saúde. Porém, a acessibilidade corresponde a capacidade do usuário obter o acesso ao cuidado, que envolve a relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços e sistemas de saúde (DONABEDIAN, 1990).

Além do que, Donabedian disserta que a legitimidade representa o grau de anuência por parte da comunidade ou da sociedade, quanto ao objeto da avaliação. No que lhe concerne, a aceitabilidade corresponde ao grau de aceitação e satisfação dos usuários, em relação à intervenção estudada, além disso, envolve a qualificação das relações interpessoais desenvolvidas entre pacientes e profissionais de saúde (DONABEDIAN, 1990).

Ainda referente aos atributos da qualidade em saúde, Vuori (1982) aponta que podem ser subdivididos em oito componentes, sendo que seis coincidem com os previamente abordados por Donabedian: efetividade, eficiência, eficácia, acessibilidade, equidade, aceitabilidade. Porém, são adicionados três componentes: adequação, cobertura e qualidade técnico-científica.

Contudo, a qualidade técnico-científica representa a incorporação do conhecimento científico no processo de trabalho dos profissionais de saúde. Já a adequação faz alusão à relação entre necessidade e oferta de serviços, além do que a

cobertura se refere proporção da população alvo que utiliza um programa (VUORI, 1982).

Para uma melhor definição do foco do estudo avaliativo, Silva (2005) propõe a seguinte sistematização, do objeto a ser avaliado: características relacionadas a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade), referentes ao efeito das ações (eficácia, efetividade e impacto), alusivas aos custos e produtividade das ações (eficiência), relacionadas com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica), concernentes a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde (direcionalidade e consistência), referentes ao processo de implantação das ações (avaliação do grau de implantação e/ou avaliação de processo) e características relacionais entre os agentes das ações (usuários, profissionais e gestores).

O conceito de impacto apresenta uma aproximação, em sua compreensão, com a efetividade, pois está relacionado aos efeitos de intervenções a um longo prazo ou em extensas populações. Já a direcionalidade e consistência correspondem a avaliação da relevância das ações propostas através da intervenção, para os objetivos e problemas identificados. Contudo, as análises sobre o grau de implantação permitem ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização da intervenção (SILVA, 2005).

Acerca das dimensões da qualidade em saúde, é importante observar que análises voltadas ao estudo dos componentes da qualidade seja do cuidado médico ou de programas, predominantemente, abordam a dimensão objetiva da qualidade. Já os estudos centrados na análise da dimensão subjetiva da qualidade, que buscam apreender vivências de atores sociais que interagem com o objeto da avaliação, são pesquisas de avaliação qualitativa (DONABEDIAN, 1990; VUORI, 1992; PATTON, 2002).

A avaliação da qualidade em sua dimensão objetiva, apresenta potencialmente validação externa, a partir da generalização dos resultados obtidos. Os estudos quantitativos que abordam a qualidade dos programas e serviços de saúde consideram a qualidade basicamente em sua dimensão formal, a partir de componentes ou elementos. E podem evidenciar limitações ao mensurar de forma reducionista ou unidimensional a qualidade (UCHIMURA e BOSI, 2002).

Contudo, a avaliação da dimensão subjetiva da qualidade, têm como propósito a validação interna, pois envolve vivências, emoções e sentimentos, os

quais não são mensuráveis quantitativamente, tendo em vista que expressam singularidades. Portanto, estudos que discorrem sobre a dimensão subjetiva da qualidade, não apresentam resultados generalizáveis (UCHIMURA e BOSI, 2002).

Tendo em vista o objeto a ser avaliado, Donabedian (1988) elaborou proposta considerando a tríade: estrutura-processo-resultados. A estrutura diria respeito aos recursos materiais, humanos e organizacionais. O processo corresponderia às etapas de como é ofertado o cuidado em saúde, incluindo desde o acesso do usuário ao atendimento clínico até o estabelecimento do diagnóstico e plano de tratamento. Já, os resultados estariam relacionados aos efeitos da atenção à saúde, envolvendo tanto a satisfação de usuários quanto a resolução clínica de agravos e doenças em indivíduos e populações (DONABEDIAN, 1981).

Conforme Donabedian (2003), a abordagem do “processo” é preferencial para avaliação da qualidade do cuidado. Já os “resultados”, não devem ser considerados como uma medida direta da qualidade, pois sua origem pode não ser uma consequência da intervenção realizada. Além do que, o autor destaca ser necessária uma relação de causalidade entre estrutura, processo e resultados em uma determinada realidade, para apreciação utilizando a tríade.

Segundo o autor citado anteriormente, a qualidade é caracterizada como um atributo do cuidado em saúde, a partir de dois eixos: a utilização de conhecimentos científicos e recursos tecnológicos, assim como a qualidade da relação profissional-usuário (DONABEDIAN, 1981).

Portanto, é necessária a incorporação do conhecimento científico a experiência prática e a construção de relações interpessoais satisfatórias, para que uma intervenção produza benefícios com o menor risco, a um custo aceitável (DONABEDIAN, 1981).

As principais limitações decorrentes deste tipo de referencial envolvem as restrições que operam para a abordagem da realidade, a partir de um enfoque sistêmico. Podendo uniformizar elementos com características diversas, a dimensão “estrutura” compreende recursos materiais e humanos tratados a partir de mesma perspectiva, por exemplo. Assim como, a dimensão “resultados” aborda características clínicas e a visão do usuário, fenômenos também distintos (SILVA e FORMIGLI, 1994).

Além do que, esse referencial presume haver ordem, harmonia e direcionalidade na interação entre os componentes da tríade. O que não corresponde

necessariamente a realidade, pois não há garantia de relações de causalidade entre os componentes (SILVA e FORMIGLI, 1994).

Considerando as abordagens de avaliação da qualidade em saúde, a abordagem multidimensional destaca a participação de diversos atores (usuários, gestores e profissionais), se utilizando da pesquisa avaliativa e da pesquisa social, além de que os resultados obtidos precisam ser empregados no planejamento dos serviços (SERAPIONE, 2009).

Outra metodologia a ser destacada é a Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde, desenvolvida para avaliação de intervenções de melhoria da qualidade do cuidado, a partir da compreensão de como questões contextuais e operacionais de intervenções influenciam na obtenção de resultados esperados, e quais condições, e mecanismos de mudança são essenciais para isso. Com o objetivo de produzir melhores resultados em saúde, devido à uniformização de componentes técnicos (BERWICK, 2008; THE HEALTH FOUNDATION, 2011; PORTELA, 2016).

Portanto, o objeto da avaliação deve ser analisado quanto a sua implementação ao longo do tempo, a partir do quanto se assemelha ao planejamento inicial e de quais atributos do objeto, ou do contexto, estão relacionadas a seu desempenho satisfatório. A partir de três elementos chave: o componente técnico da intervenção, a estratégia de implementação e o contexto no qual a intervenção é implementada (DIXON-WOODS *et al.*, 2013; PORTELA, 2015).

Assim, a Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde busca elaborar e avaliar intervenções locais, com o objetivo de produzir conhecimentos aplicáveis em outras situações, a partir da experiência em sistemas e organizações de saúde (BERWICK, 2008).

Ainda relativo a abordagens em avaliação da qualidade em saúde, foi desenvolvido modelo de avaliação de sistemas públicos de saúde, a partir de 4 componentes: missão, capacidade estrutural, processos e resultados. Esses componentes sofrem interferência de um quinto componente, o macro contexto. Assim, é necessário avaliar o desempenho de cada um dos componentes e de suas interfaces, pois embora cada componente seja analisado separadamente, apresentam interações e provocam modificações entre si (HANDLER, 2001).

Portanto, esse modelo pode ser utilizado para avaliação de um sistema de saúde completo, como também para análise de um programa ou organização específica. Podendo ser utilizado de um nível local até nacional (HANDLER, 2001).

2.2 Centros de Especialidades Odontológicas e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas

Considerando as desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos no Brasil, a concepção de políticas para ampliação do acesso às práticas restauradoras e reabilitadoras na atenção secundária em saúde bucal é necessária, tendo em vista o perfil dos procedimentos realizados pela atenção odontológica pública no Brasil, centrado em exodontias e procedimentos mutiladores (BARROS e BERTOLDI, 2002).

Assim, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são serviços estabelecidos a partir da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), para propiciar a oferta de serviços especializados em saúde bucal no SUS. Conforme a estrutura das unidades de saúde, a partir do quantitativo de cadeiras odontológicas que apresenta, os CEO são categorizados em Tipo I, II e III. Além do que, segundo o tipo de serviço, é pactuada uma produção mínima mensal de procedimentos a serem realizados (PUCCA JUNIOR *et al.*, 2009; BRASIL, 2011).

Portanto, são estabelecimentos de saúde, categorizados enquanto Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, que executam procedimentos, no mínimo, referentes a (BRASIL, 2006):

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- Periodontia especializada;
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- Endodontia;
- Atendimento a portadores de necessidades especiais.

Com intuito de contribuir para a ampliação do acesso e melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) foi instituído em 2013, como atividade estratégica da Política Nacional de Saúde Bucal (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Nesse sentido, o PMAQ-CEO apresenta objetivos que envolvem a atuação em fragilidades dos serviços como a qualificação da estrutura física; apropriada manutenção de instrumentais e equipamentos; adequação da ambiência dos CEO;

condições de trabalho impróprias e vínculos empregatícios frágeis dos profissionais; alta demanda acumulada de usuários; falta de protocolos clínicos estabelecidos; articulação incipiente entre CEO, Atenção Básica e demais componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS); financiamento insuficiente (BRASIL, 2013a).

O primeiro ciclo do PMAQ-CEO, realizado em 2014, foi composto por quatro etapas que constituíram um ciclo contínuo de atividades: fase 1 (Adesão/Contratualização), fase 2 (Desenvolvimento), fase 3 (Avaliação Externa) e fase 4 (Recontratualização) (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

A fase 1 envolve a adesão voluntária ao programa, através da pactuação de compromissos e indicadores acordados entre profissionais do CEO, gestores municipais e estaduais, e Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

Assim como, a fase 2 corresponde a elaboração e execução de atividades que impactem em mudanças da gestão e do serviço especializado de saúde bucal, promovendo melhorias no acesso e qualidade dos CEO. Sendo composta por quatro dimensões, estruturadas de forma contínua e sistemática: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2013a).

Além da fase 3, correspondente a Avaliação Externa (AE/PMAQ-CEO), que é executada nos serviços de saúde pela Coordenação Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica (DAB/SUS) em conjunto com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa. Por meio da aplicação de um Instrumento de Avaliação Externa, por avaliadores capacitados, para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão dos CEO. Portanto, são realizadas observações de infraestrutura do CEO, entrevista com o Gerente do CEO, com um cirurgião-dentista do CEO, com usuários e verificação de documentos (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-CEO foi elaborado em três módulos, que apresentam subdimensões, o módulo III corresponde aos quesitos sobre satisfação e percepção de usuários (BRASIL, 2013b):

Módulo III – Entrevista com usuários no CEO: visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal no que se refere ao seu acesso e utilização.

A última fase, que é realizada após a certificação dos serviços conforme o seu desempenho, é composta pelo processo de repactuação das equipes dos CEO e gestores Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. Tendo em vista a assimilação

de novos padrões e indicadores de qualidades, para institucionalização de um processo cíclico de avaliação a partir dos resultados obtidos por meio do PMAQ-CEO (BRASIL, 2013a).

2.3 A visão do usuário no serviço de saúde

Os estudos de avaliação da satisfação de usuários em serviços têm início no período das décadas de 60 e 70, a partir de uma perspectiva eficientista em conjunturas de crise econômica e reformas administrativas do aparelho do Estado para ajustes fiscais. Sendo mensuração da qualidade dos serviços, incluindo a percepção de utentes, utilizada como critério para alocação de recursos para serviços públicos (CHINDIA, 2010).

Assim como, as pesquisas de satisfação originam-se de discussões quanto a validação de direitos individuais e da cidadania. Apresentando a partir dos anos 90, no campo da saúde, aproximação com o conceito de humanização, advindo de críticas e modificações em práticas assistenciais e modelos de atenção a saúde. Sendo a satisfação do usuário abordada enquanto componente da qualidade em saúde (VAITSMAN E ANDRADE, 2005; CASTRO, 2012).

Além do que, a avaliação da satisfação de utentes é relevante, pois se refere a qualidade e adequação na utilização de serviços, considerando a dimensão subjetiva do usuário por meio da reflexão compartilhada quanto a distúrbios em sistemas, serviços e programas de saúde, a partir da valorização de diversos saberes. Além de contribuir para mudanças de comportamento e adesão a orientações recebidas em serviços de saúde, por indivíduos (ESPERIDÃO e TRAD, 2005; DIAS *et al.*, 2010; WILLIAMS, 1994).

A qualidade de um atendimento depende da percepção dos indivíduos quanto aos serviços, que está relacionada a expectativas e a realidade das experiências vividas. Portanto, a percepção é uma construção subjetiva referente a representação de momentos, pessoas e objetos, que é assimilada por meio dos sentidos (DIAS *et al.*, 2010).

Também é importante considerar que a percepção de usuários é estruturada segundo, no mínimo, quatro aspectos: a subjetividade individual, a cultura da

sociedade, a rede de relações instituídas e a situação em determinado contexto ou a experiência imediata vivida (VAITSMANN et al., 2005).

Deve-se observar, que existem diferenças na abordagem da satisfação de utentes em serviços públicos e privados. Em serviços públicos os indivíduos podem assumir a perspectiva de consumidor, que identifica os benefícios obtidos para si no atendimento, ou de cidadão que compreende o acesso ao serviço como um bem coletivo. Já a noção do cliente, que possui maior possibilidade de escolha do serviço a ser utilizado, é identificada em serviços privados (DINSDALE *et al.*, 2000; VAITSMANN et al., 2005).

Acerca dos determinantes da satisfação, envolvem vivências, expectativas e percepções dos usuários, que sofrem influência de características psicossociais. As expectativas compreendem as melhorias esperadas devido ao atendimento recebido, sendo compostas pelo conhecimento prévio que o usuário possui quanto ao procedimento ou conduta clínica a que será submetido, além da forma como será desenvolvida sua relação interpessoal com o profissional. Em geral, quanto menores as expectativas, maiores serão os níveis de satisfação (CHINDIA, 2011; NASSER et al., 2012).

Além do que, o sexo, nível de renda e grau de escolaridade, são utilizados como parâmetro para mensurar as expectativas de indivíduos. Portanto, idosos com menor grau de escolaridade e renda apresentam associação positiva com o relato da satisfação, por apresentarem menores expectativas. Contudo, as experiências prévias do usuário relacionadas a atenção a saúde, são verificadas através da responsividade dos serviços, que corresponde a forma como os indivíduos são tratados ao buscar o acesso (NASSER et al., 2012).

Relativo à metodologia utilizada em estudos de satisfação de usuários, podem ser quantitativos e qualitativos. As pesquisas quantitativas apresentam vantagens em relação ao baixo custo, praticidade para realização e a possibilidade de utilizar grandes amostras, devido à aplicação de questionários. Contudo, existem limitações nesse tipo de pesquisa, referentes as restrições das respostas dos usuários, que impedem a descrição de opiniões com caráter ambíguo ou não dicotômico (ESPERIDÃO e TRAD, 2005; WILLIAMS, 1994).

Todavia, os métodos qualitativos oportunizam maior variedade de posicionamentos quanto ao julgamento dos utentes. Além de serem captadas crenças, modos de vida, conceitos e interações dos atores envolvidos na atenção a saúde.

Porém, são metodologias que não permitem extrapolações quanto aos resultados e são utilizados para populações restritas (ESPERIDÃO e TRAD, 2005; DIAS *et al.*, 2010).

A principal limitação das pesquisas de satisfação é a elevada frequência de resultados positivos observada devido ao “Viés de Gratidão” (*Gratitude Bias*), ainda em situações em que as expectativas quanto aos serviços são ruins, devido a problemas identificados no acesso e utilização (ESPERIDÃO e TRAD, 2005; CHINDIA, 2011).

As avaliações positivas podem significar o medo que usuários tenham de que os resultados observados possam influenciar negativamente no acesso, funcionamento e qualidade do atendimento das unidades de saúde, ou de que não exista garantia do anonimato na divulgação respostas. Outras abordagens indicam que alta satisfação pode ser motivada pelo esforço empregado por indivíduos no acesso ao serviço (ESPERIDÃO e TRAD, 2005; CHINDIA, 2011).

Além do que, outra crítica frequente, é a contribuição que as pesquisas de satisfação promovem na melhoria da qualidade dos serviços, não se restringindo ao âmbito acadêmico (VAISTMAN e ANDRADE, 2005).

Portanto, os resultados destes estudos devem ser avaliados considerando possíveis vieses, pois manifestações de satisfação não obrigatoriamente representam uma avaliação crítica de usuários e podem caracterizar um viés de subjetividade. Assim como resultados negativos, podem significar um alto nível de exigência dos participantes (WILLIAMS, 1994; VAISTMAN e ANDRADE, 2005).

É importante considerar, que o período em que é realizada a pesquisa de satisfação influencia os resultados observados. Pois, a mensuração da satisfação logo após o atendimento clínico apresenta maior vínculo com a relação desenvolvida entre profissionais e usuários. Porém, ao longo do tempo novas expectativas são idealizadas por utentes, que tendem a ser mais críticos (JACKSON *et al.*, 2001; ESPERIDÃO e TRAD, 2005).

Tendo em vista a avaliação da satisfação de usuários em serviços de saúde bucal, Andersen e Davidson (1997) propõem um modelo de determinação social quanto ao uso de serviços odontológicos. Este modelo indica que variáveis exógenas imutáveis (pertencimento a um grupo étnico ou faixa etária) e determinantes primários em saúde bucal (características pessoais dos usuários, qualidades dos serviços de saúde bucal e características do ambiente externo) influenciam o

comportamento de indivíduos quanto a práticas de higiene bucal e uso de serviços odontológicos. Promovendo desfechos em saúde bucal, que incluem a condição clínica individual e a satisfação quanto aos serviços (ANDERSEN E DAVIDSON, 1997).

Segundo os autores citados, a satisfação de usuários corresponde a percepção quanto ao cuidado recebido em saúde e depende de fatores como o tempo de espera para o atendimento, tempo de deslocamento para o serviço de saúde, relação profissional-usuário, além de experiências prévias quanto ao atendimento odontológico (ANDERSEN E DAVIDSON, 1997).

Quanto aos estudos de avaliação da satisfação de usuários em serviços de saúde bucal no Brasil, o instrumento mais frequentemente utilizado é o Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB). O QASSaB é composto por sete dimensões da qualidade: relações humanas, eficácia, acessibilidade, qualidade técnico-científica, ambiente físico/limpeza, aceitabilidade e resolutividade. E foi baseado no modelo de avaliação da qualidade do cuidado proposto por Donabedian (DONABEDIAN, 1988; FERNANDES, 2002).

2.4 Análise da Produção em Centros de Especialidades Odontológicas

A análise da produção em saúde consiste na abordagem das relações entre o quantitativo e a qualidade de recursos e serviços produzidos, para intervenções em saúde. Sendo subdividida em dois tipos: análise de produtividade e análise de qualidade. A análise de produtividade estuda a relação entre o volume de produtos e os recursos utilizados, a partir de estudos quantitativos. Contudo, a análise de qualidade estuda os atributos de serviços produzidos, englobando a qualidade técnica, a qualidade interpessoal, a acessibilidade, a pertinência, a intensidade, a continuidade e a globalidade (FARAND, 2016).

Assim, a análise da produção apresenta interface com a avaliação da satisfação de usuários, pois ambas abordam a dimensão interpessoal das intervenções em saúde. O estudo da relação interpessoal, segundo a análise de produção, envolve um conjunto de transformações informacionais e psicológicas percebidas por usuários de serviços de saúde, o produto de uma intervenção em saúde pode ser um maior acesso a informações, ou melhor estado psicológico dos indivíduos. Esse processo mobiliza recursos humanos como a capacidade de comunicação e

competência relacional dos profissionais, além de recursos físicos como a qualidade da estrutura física, insumos e equipamentos (FARAND, 2016).

Quanto ao desempenho de produção de procedimentos em Centros de Especialidades Odontológicas, a portaria nº 1.464/2011/GM/MS, regulamenta a transferência de recursos concernente aos incentivos para manutenção destes serviços, estando vinculada ao cumprimento de uma produção mínima mensal. Se as metas preconizadas não forem atingidas, em alguma das especialidades por dois meses consecutivos ou três meses alternados durante um ano, haverá suspensão integral de recursos para o estabelecimento de saúde (BRASIL, 2011).

Assim, o monitoramento de produção consiste na análise dos seguintes procedimentos, verificados por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), conforme segue:

- CEO tipo I: 80 procedimentos Básicos, 60 procedimentos de Periodontia, 35 procedimentos de Endodontia e 80 procedimentos de Cirurgia Oral;
- CEO tipo II: 110 procedimentos Básicos, 90 procedimentos de Periodontia, 60 procedimentos de Endodontia e 90 procedimentos de Cirurgia Oral;
- CEO tipo III: 190 procedimentos Básicos, 150 procedimentos de Periodontia, 95 procedimentos de Endodontia e 170 procedimentos de Cirurgia Oral.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar a satisfação de usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

- Elaborar o Índice de Satisfação de Usuários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas;
- Descrever os principais aspectos de satisfação dos usuários dos CEO no âmbito nacional;
- Identificar os fatores associados à satisfação de usuários dos CEO.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

O presente estudo é uma pesquisa avaliativa, quantitativa, observacional, transversal e exploratória, tendo como unidade de análise usuários de Centros de Especialidades Odontológicas.

4.2 Fontes de dados

Foram incluídos dados secundários do 1º ciclo da etapa de Avaliação Externa do Programa de Acesso e Melhoria da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AE-PMAQ/CEO), módulo III (Entrevista com usuários no CEO).

A AE-PMAQ/CEO consiste na aplicação de um instrumento para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas. São executadas observações de infraestrutura do CEO, entrevista com o Gerente do CEO, com um cirurgião-dentista do CEO, com usuários e verificação de documentos (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Além da referida base de dados, utilizaram-se dados secundários obtidos a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) relativos à produção de procedimentos dos CEO, referentes ao ano de 2014.

O 1º ciclo do PMAQ-CEO utilizou para certificação dos serviços a produção dos meses de julho, agosto e setembro de 2014. Contudo, foram priorizados, para o estudo, os dados de todo o ano de 2014, pois a AE-PMAQ/CEO foi executada durante esse ano; além do que, se reduz a influência que os repasses financeiros do PMAQ-CEO possam ter nos resultados da pesquisa.

4.2 Local, população e período do estudo

O banco de dados original inclui 8.897 usuários oriundos de 923 CEO de todas as macrorregiões brasileiras, sendo informações referentes ao período de 2013 a 2014. Contudo, a população de estudo correspondeu a 8749 usuários de 922 CEO, pois foram considerados os seguintes critérios de exclusão: 1. Preenchimento inadequado da variável “data de nascimento”, totalizando a exclusão de 53 usuários; 2. Menores de 18 anos, que corresponderam a 95 indivíduos.

4.3 Coleta e tratamento de dados

O estudo foi dividido didaticamente em 2 fases que correspondem ao cumprimento dos objetivos específicos:

1ª Fase: Elaboração e descrição dos dados a partir do Índice de Satisfação de Usuários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (ISU-PMAQ/CEO)

Primeiramente, foram definidos e diferenciados a partir do Módulo 3 do instrumento de avaliação externa do PMAQ/CEO, os padrões de satisfação dos usuários que foram utilizados para elaboração do ISU-PMAQ/CEO. Foram considerados para a escolha, os padrões essenciais e estratégicos utilizados na certificação do programa (BRASIL, 2013b). Os quesitos eleitos, do instrumento de avaliação externa do PMAQ/CEO, fazem parte das seguintes subdimensões: ‘Acesso aos serviços do CEO’, ‘Marcação de consulta(s) neste CEO’, ‘Acolhimento’, ‘Atendimento’, ‘Vínculo e responsabilização’, ‘Insumos, Equipamentos e Ambiência’, ‘Mecanismos de participação e interação dos usuários’ (Quadro 1).

Os padrões de satisfação ‘IX.4.1’, ‘IX.5.1’, ‘IX.8.3’ e ‘IX.8.7’ foram convertidos em variáveis dicotômicas, originalmente eram escalas Likert compostas

por cinco níveis de respostas, para padronização dos quesitos e obtenção do ISU-PMAQ/CEO.

Quadro 1 – Padrões de satisfação de usuários

Subdimensão	Padrões de satisfação de usuários	Descrição
Acesso aos serviços do CEO	IX.2.4 - O horário de funcionamento deste CEO atende às suas necessidades?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Marcação de consulta(s) neste CEO	IX.3.5 - O(a) senhor(a) foi consultado sobre o melhor horário e dia para agendar o seu atendimento?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Atendimento	IX.5.5 - Ao concluir o tratamento no CEO, o(a) senhor(a) foi encaminhado(a) para a Unidade Básica de Saúde para continuar o tratamento/acompanhamento?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Atendimento	IX.5.6 - Ao concluir o tratamento no CEO, o dentista lhe entregou algum documento por escrito para o(a) senhor(a) entregar ao dentista da Unidade Básica de Saúde?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Vínculo e responsabilização	IX.6.1 - Durante o atendimento, o dentista esclareceu sobre o seu tratamento?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Insumos, Equipamentos e Ambiência	IX.8.2.2 - De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações deste CEO: Estão em boas condições de limpeza?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória

Insumos, Equipamentos e Ambiência	IX.8.2.3 - De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações deste CEO: Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Mecanismos de participação e interação dos usuários	IX.9.3 - O(a) senhor(a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do Município, do Estado ou do Ministério da Saúde?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Acolhimento	IX.4.1 - Como foi o seu acolhimento ao procurar o serviço do CEO?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Atendimento	IX.5.1 - Com relação ao conforto, como o senhor(a) se sente durante o atendimento no consultório?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Insumos, Equipamentos e Ambiência	IX.8.3 - Como o senhor avalia as instalações deste CEO?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Atendimento	IX. 8.7 - Na sua opinião, de forma geral, o atendimento que o (a) senhor(a) recebe neste CEO é:	0-Insatisfatória 1-Satisfatória

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Em seguida, foi elaborado o Índice de Satisfação de Usuários do PMAQ/CEO (ISU-PMAQ/CEO):

Para a composição do ISU-PMAQ/CEO, foram estabelecidas pontuações de acordo com as respostas obtidas nas 12 questões de satisfação: insatisfatória (0), satisfatória (1). Além do que, foi atribuída nota para o nível de satisfação do usuário, segundo o escore obtido após o somatório das pontuações, variando de 0 a 12.

Desta feita, utilizou-se dos microdados do 1º ciclo da AE-PMAQ/CEO, mediante o acesso ao site do Departamento de Atenção Básica (DAB/SUS), as informações foram exportadas para o programa Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos).

A seguir, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão referentes ao escore de notas dos padrões de satisfação para a população de estudo. Diante do alto valor médio do nível de satisfação identificado (9,85; $\pm 1,668$), optou-se por converter o ISU-PMAQ/CEO numa variável qualitativa para identificar os usuários que apresentaram altíssimo nível de satisfação, utilizando o valor correspondente ao 3º quartil (Q75: 11,0) como referência para divisão das categorias de usuários “satisfeitos” e “muito satisfeitos” (Quadro 2).

Com a finalidade de avaliar a confiabilidade do tipo consistência interna do índice, a magnitude em que as respostas referentes aos padrões de satisfação estão correlacionadas, foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = 0,58$). O valor obtido foi próximo do mínimo para confiabilidade aceitável, que é de 0,6. Assim como, foi identificada distribuição normal para variável correspondente aos escores de satisfação, conforme o teste de Kolmogorov–Smirnov ($p > 0,05$).

2ª fase: Identificação de fatores relacionados à satisfação e percepção de usuários dos CEO.

A seguir, foram selecionadas 07 variáveis independentes, para identificação de fatores relacionados ao Índice de Satisfação de Usuários do PMAQ/CEO (ISU-PMAQ/CEO). Os dados referentes a variável Cumprimento Global de Metas (CGM) foram obtidos a partir dos arquivos de dados dissemináveis para tabulação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), para o ano de 2014 (FIGUEIREDO e GOES, 2009).

Partiu-se dos usuários incluídos no estudo para identificação dos serviços utilizados e categorização do desempenho na produção de procedimentos, assim foi realizada a identificação dos CEO, estando registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). De posse dos CNES dos Centros de Especialidades Odontológicas, os dados coletados foram tabulados pelo programa

TAB para Windows 4.14 – TABWIN (Ministério da Saúde, Brasil) e exportados para o programa Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos).

Então foi realizado o agrupamento mensal dos procedimentos, preconizados para os serviços, segundo os subgrupos: procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais, procedimentos de Periodontia, procedimentos de Endodontia e procedimentos de Cirurgia Oral.

Conforme cada subgrupo foi calculado a média anual do total de procedimentos realizados, o CGM foi estimado a partir do quociente da média anual de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo multiplicado por 100. Foi estabelecido que os serviços com cumprimento percentual igual ou maior a 100% da meta normatizada para cada subgrupo, atingiram a meta. Em seguida o desempenho dos serviços foi categorizado como: péssimo (CEO que não cumpriu nenhuma meta), ruim (01 meta), regular (02 metas), bom (03 metas) e ótimo (04 metas).

As variáveis “Faixa etária”, “Região do Brasil”, “Tipo de CEO”, “Onde foi realizada a marcação da consulta”, “Como foi definido o horário de atendimento no CEO” e “Para qual especialidade odontológica foi o atendimento” são provenientes do Módulo III do instrumento do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ/CEO (BRASIL, 2013b).

Quadro 2 – Elenco de variáveis

Variáveis	Definição e Operacionalização
Cumprimento Global de Metas (CGM)	Classificação do desempenho do CEO segundo o cumprimento de metas de produção 1- Desempenho péssimo (CEO que não cumpriu nenhuma meta); 2-Desempenho ruim (CEO que cumpriu 01 meta); 3-Desempenho regular (CEO que cumpriu 02 metas); 4-Desempenho bom (CEO que

	cumpriu 03 metas) 5-Desempenho ótimo (CEO que cumpriu 04 metas)
Faixa etária	O tempo de vida decorrido em anos 1- 18 a 31 anos 2- 32 a 40 anos 3- 41 a 52 anos 4- Maior que 52 anos
Região do Brasil	Região que envolve os territórios dos estados ou parte deles, compostos por aspectos comuns 1-Centro-Oeste 2-Nordeste 3-Norte 4-Sudeste 5-Sul
Tipo de CEO	Categorização do serviço quanto ao nº de cadeiras odontológicas que possui 1- Tipo I 2- Tipo II 3- Tipo III
Onde foi realizada a marcação da consulta no CEO	Local em que foi realizado o agendamento das consultas 1-Por telefone no CEO 2-Unidade Básica 3-Secretaria de Saúde 4-Setor de marcação 5- Presencial no CEO
Como foi definido o	Como foi estabelecido o horário de

horário de atendimento no CEO	atendimento 1-Hora marcada 2-Turnos definidos 3-Ordem de chegada 4-Encaixe
Para qual especialidade odontológica foi o atendimento	Especialidade na qual o usuário recebeu atendimento no CEO 1- Periodontia 2- Endodontia 3- Cirurgia Oral 4- Estomatologia 5- Atendimento a pacientes com necessidades especiais 6- Radiologia 7- Ortodontia/Ortopedia 8- Prótese 9-Implantodontia
Escore de notas dos padrões de satisfação de usuários	Nota atribuída a satisfação do usuário de acordo com a pontuação obtida no somatório dos padrões de satisfação Valores entre 0 e 12
Indicador de Satisfação de Usuários do PMAQ-CEO (ISU-PMAQ/CEO)	Nível de satisfação do usuário 1- Usuário satisfeito (Valores abaixo do 3º Quartil do escore de padrões de satisfação) 2- Usuário muito satisfeito (Valores iguais ou maiores que o 3º Quartil do escore de padrões de satisfação)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

4.4 Análise de Dados

Foram testadas as associações entre o ISU-PMAQ/CEO e as variáveis independentes, utilizando-se o qui-quadrado de Pearson. Como também, as variáveis que foram estatisticamente significantes na etapa anterior foram submetidas a uma análise de regressão logística binária, utilizando a *Odds Ratio* (OR). É importante considerar que as medidas de *Odds Ratio* (OR) produzidas por essa técnica podem superestimar as associações. As análises foram realizadas através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Foi considerado como significativo o nível de 5% para todas as análises.

4.5 Considerações Éticas

O estudo utilizou dados secundários públicos de acesso irrestrito, assim, não impôs riscos diretos aos participantes e seus benefícios podem ser oriundos da publicação de seus resultados. Portanto, segundo a resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012), não foi necessária a submissão de projeto de pesquisa a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Contudo, ressalta-se que a pesquisa de avaliação externa do PMAQ-CEO (1º ciclo), foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208. Foi garantido o sigilo dos CEO e usuários participantes a fim de evitar possíveis constrangimentos no caso de resultado insatisfatório.

Como benefício da pesquisa, os resultados obtidos, auxiliaram em evidenciar aspectos relacionados a satisfação de usuários em Centros de Especialidades Odontológicas, além de limitações e potencialidades dos serviços. Assim como, em ressaltar a relevância da institucionalização da avaliação da qualidade em saúde nestes serviços, considerando a visão do usuário, enquanto ator político para qualificação da atenção a saúde no SUS.

5 RESULTADOS

Optou-se pela elaboração da dissertação utilizando o Modelo Misto, os resultados são apresentados a seguir em formato de artigo de acordo com os padrões preconizados pela revista selecionada.

O artigo 1, intitulado “A visão do usuário sobre o serviço odontológico especializado no Sistema Único de Saúde”, compreende uma análise de fatores associados a satisfação de usuários em Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil, apresentando as normas da revista no Anexo A.

5.1 Artigo: A visão do usuário sobre o serviço odontológico especializado no Sistema Único de Saúde

The user view regarding of the specialized dental services in the National Health System

RESUMO

O objetivo deste estudo foi propor um indicador e avaliar fatores associados a satisfação de usuários em serviços odontológicos especializados no Sistema Único de Saúde. Executou-se coleta de dados do 1º ciclo de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO). Foi realizada elaboração e descrição de dados do Indicador de Satisfação dos Usuários do PMAQ/CEO e verificados os fatores associados a satisfação de usuários dos serviços por meio do teste qui-quadrado de Pearson e regressão logística binária simples ($p < 0,05$). A média dos escores de padrões de satisfação foi de 9,9 ($\pm 1,7$). Foi encontrado maior nível de satisfação entre os participantes da região Sudeste (15,9%), de serviços CEO tipo II (14,4%), numa

idade de 41 a 52 anos (14,5%), cujas consultas foram agendadas por telefone (20,0%) com horário definido (17,9%) e para especialidade de ortodontia/ortopedia (20,7%). A alta satisfação esteve associada a usuários de serviços da região Sudeste do Brasil (OR = 2,8; IC95%: 1,9-4,0), para especialidade de ortodontia/ortopedia (OR = 7,8; IC95%: 1,0-60,6) e para marcações de consultas por telefone (OR = 1,8; IC95%: 1,3-2,3) com horário definido (OR = 2,6; IC95%: 1,5-4,6).

Descritores: Avaliação em Saúde. Saúde Bucal. Satisfação do Paciente

INTRODUÇÃO

A produção científica sobre a melhoria da qualidade em saúde, deriva do século XX, diante da necessidade de aprimorar o desempenho de tecnologias, serviços e sistemas de saúde, além de qualificar práticas profissionais¹.

Para avaliação da qualidade em serviços de saúde, é necessário considerar a percepção de todos os atores envolvidos no processo de produção do cuidado, inclusive o usuário. A satisfação do usuário pode ser definida como a resposta ao cuidado em saúde recebido segundo aspectos da experiência do usuário quanto ao serviço. Os principais aspectos que influenciam o nível de satisfação são as expectativas, características biopsicossociais e a experiência dos indivíduos nos serviços. Dentre as características biopsicossociais, destaca-se a idade, nível socioeconômico e nível educacional^{3,4}.

Ressalta-se que os resultados de estudos de satisfação do usuário representam o resultado esperado da assistência, e a sua utilização, pode potencializar a adequação no uso do serviço e a sua aceitação social. Além de contribuir para uma

maior adesão dos indivíduos aos tratamentos, proporcionando melhores resultados clínicos^{5,6,7}.

Considerando o marco Donabediano de avaliação da qualidade em saúde, a satisfação de usuários é abordada enquanto componente “resultado”, como efeito da atenção em saúde na percepção dos indivíduos. Além do que, é discutida a partir do atributo “aceitabilidade”, conforme a adequação entre o cuidado ofertado e expectativas, valores e desejos dos usuários^{8,9,10}.

Conforme estudos que objetivam definir a qualidade na atenção em saúde bucal e identificar os atributos que devem ser utilizados na avaliação destes serviços, deve-se considerar sete padrões de qualidade: equidade, segurança do paciente, atendimento centrado na pessoa, oportunidade, efetividade, eficiência e acessibilidade. Os autores ressaltam que essas subdimensões apresentam potencial de fomentar discussões sobre a qualificação da atenção em saúde bucal em nível internacional^{11,12}.

Os principais fatores associados a um bom nível de satisfação em serviços de saúde bucal relacionam-se a uma maior idade dos usuários, a identificação de condição clínica bucal adequada, ao desenvolvimento de boa relação entre usuários e profissionais, a uma boa autopercepção quanto a saúde bucal e ao acesso a informações sobre cuidados em saúde bucal^{6,7,13,14,15,16,17}.

Considerando os serviços odontológicos especializados no SUS, é relevante ressaltar os avanços da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), sendo o Brasil um dos poucos países a oferecer atendimento odontológico em sistema de saúde público, gratuito e universal¹⁸. Tendo em vista que, a satisfação do usuário é um importante componente da qualidade do cuidado e reflete a capacidade de sistemas e serviços de saúde suprirem necessidades e expectativas de usuários⁴. Salienta-se que são

escassos os estudos e não existe indicador que avalie a satisfação de usuários em serviços odontológicos especializados no SUS em nível nacional.

O presente estudo teve como objetivo propor um indicador e avaliar fatores associados a satisfação de usuários em serviços odontológicos especializados no Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

O desenho do estudo foi quantitativo, observacional, transversal e analítico, advindo de dados secundários do 1º ciclo da etapa de Avaliação Externa do Programa de Acesso e Melhoria da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AE-PMAQ/CEO), módulo III - Entrevista com usuários no CEO¹⁹.

A AE-PMAQ/CEO consiste na aplicação de um instrumento para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas. São executadas observações de infraestrutura do CEO, entrevista com o Gerente do CEO, com um cirurgião-dentista do CEO, com usuários e verificação de documentos¹⁹.

O módulo III da AE/PMAQ-CEO apresenta como um dos objetivos verificar a percepção de usuários, contudo a análise da percepção não se restringe a aplicação de um questionário, sendo necessária a utilização de métodos qualitativos para identificação de singularidades dos indivíduos⁴. Assim, optou-se neste estudo por discutir a avaliação da satisfação de usuários em Centros de Especialidades Odontológicas, ainda que o termo “percepção” tenha sido utilizado no PMAQ-CEO.

O banco de dados original inclui 8.897 usuários oriundos de 923 CEO de todas as macrorregiões brasileiras, sendo informações referentes ao período de 2013 a 2014. Contudo, a população de estudo correspondeu a 8749 usuários de 922 CEO,

pois foram considerados os seguintes critérios de exclusão: 1. Preenchimento inadequado da variável “data de nascimento”, totalizando a exclusão de 53 usuários; 2. Menores de 18 anos, que corresponderam a 95 indivíduos.

Além da referida base de dados, utilizaram-se dados secundários obtidos a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) relativos à produção de procedimentos dos CEO, referentes ao ano de 2014.

Inicialmente, foram definidos e diferenciados a partir do Módulo III do instrumento de avaliação externa do PMAQ/CEO, os padrões de satisfação dos usuários que foram utilizados para elaboração do Indicador de Satisfação de Usuários do PMAQ/CEO (ISU-PMAQ/CEO). Foram considerados para a escolha, os padrões essenciais e estratégicos utilizados na certificação do programa. Os quesitos eleitos, do instrumento de avaliação externa do PMAQ/CEO, fazem parte das seguintes subdimensões: ‘Acesso aos serviços do CEO’, ‘Marcação de consulta(s) neste CEO’, ‘Acolhimento’, ‘Atendimento’, ‘Vínculo e responsabilização’, ‘Insumos, equipamentos e ambiência’, ‘Mecanismos de participação e interação dos usuários’¹⁹ (Quadro 3).

Quadro 3 – Padrões de satisfação de usuários

Subdimensão	Padrões de satisfação de usuários	Descrição
Acesso aos serviços do CEO	IX.2.4 - O horário de funcionamento deste CEO atende às suas necessidades?	0 Insatisfatória 1-Satisfatória
Marcação de consulta(s) neste CEO	IX.3.5 - O(a) senhor(a) foi consultado sobre o melhor horário e dia para agendar o seu atendimento?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória

Atendimento	IX.5.5 - Ao concluir o tratamento no CEO, o(a) senhor(a) foi encaminhado(a) para a Unidade Básica de Saúde para continuar o tratamento/acompanhamento?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Atendimento	IX.5.6 - Ao concluir o tratamento no CEO, o dentista lhe entregou algum documento por escrito para o(a) senhor(a) entregar ao dentista da Unidade Básica de Saúde?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Vínculo e responsabilização	IX.6.1 - Durante o atendimento, o dentista esclareceu sobre o seu tratamento?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Insumos, Equipamentos e Ambiência	IX.8.2.2 - De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações deste CEO: Estão em boas condições de limpeza?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Insumos, Equipamentos e Ambiência	IX.8.2.3 - De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações deste CEO: Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Mecanismos de participação e interação dos usuários	IX.9.3 - O(a) senhor(a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do Município, do Estado ou do Ministério da Saúde?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Acolhimento	IX.4.1 - Como foi o seu acolhimento ao procurar o	0-Insatisfatória 1-Satisfatória

	serviço do CEO?	
Atendimento	IX.5.1 - Com relação ao conforto, como o senhor(a) se sente durante o atendimento no consultório?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Insumos, Equipamentos e Ambiência	IX.8.3 - Como o senhor avalia as instalações deste CEO?	0-Insatisfatória 1-Satisfatória
Atendimento	IX. 8.7 - Na sua opinião, de forma geral, o atendimento que o (a) senhor(a) recebe neste CEO é:	0-Insatisfatória 1-Satisfatória

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do 1º ciclo de AE-PMAQ/CEO.

Em seguida, foi elaborado o Indicador de Satisfação de Usuários do PMAQ/CEO (ISU-PMAQ/CEO): Para a composição do ISU-PMAQ/CEO, foram estabelecidas pontuações de acordo com as respostas obtidas nas 12 questões de satisfação: insatisfatória (0), satisfatória (1). Além do que, foi atribuída nota para o nível de satisfação do usuário, segundo o escore obtido após o somatório das pontuações, variando de 0 a 12.

Numa segunda etapa, realizou-se coleta dos microdados do 1º ciclo da AE-PMAQ/CEO, mediante o acesso ao site do Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/SUS)²⁰, as informações foram exportadas para o programa Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos)²¹. Para todas as análises do estudo foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Scienses* – SPSS versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos)²², foi considerado como significativo o nível de 5%.

A seguir, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão referentes aos escores de notas dos padrões de satisfação para a população de estudo.

Diante do alto valor médio do nível de satisfação identificado (9,9; $\pm 1,7$), optou-se por converter o ISU-PMAQ/CEO numa variável qualitativa ordinal para identificar os usuários que apresentaram altíssimo nível de satisfação, utilizando o valor correspondente ao 3º quartil (Q75: 11,0) como referência para divisão das categorias de usuários “satisfeitos” e “muito satisfeitos” (Quadro 4).

Com a finalidade de avaliar a confiabilidade do tipo consistência interna do indicador, a magnitude em que as respostas referentes aos padrões de satisfação estão correlacionadas, foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = 0,58$). O valor obtido foi próximo do mínimo para confiabilidade aceitável, que é de 0,6. Assim como, foi observada distribuição normal para variável correspondente aos escores de satisfação, conforme o teste de Kolmogorov–Smirnov ($p > 0,05$).

A seguir, foram selecionadas as variáveis independentes, de acordo com o instrumento de avaliação externa do PMAQ/CEO, para identificação de fatores associados ao Indicador de Satisfação de Usuários do PMAQ/CEO (ISU-PMAQ/CEO). Os dados referentes a variável Cumprimento Global de Metas (CGM)²⁴ foram obtidos a partir dos arquivos de dados dissemináveis para tabulação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), para o ano de 2014.

Partiu-se dos usuários incluídos no estudo para identificação dos serviços utilizados e categorização do desempenho na produção de procedimentos, assim foi realizada a identificação dos CEO, estando registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). De posse dos CNES dos Centros de Especialidades Odontológicas, os dados coletados foram tabulados pelo programa TAB para Windows 4.14 – TABWIN (Ministério da Saúde, Brasil)²³ e exportados para o programa Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos)²¹.

Então, foi realizado o agrupamento mensal dos procedimentos, preconizados para os serviços, segundo os subgrupos: procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais, procedimentos de Periodontia, procedimentos de Endodontia e procedimentos de Cirurgia Oral. Para cada subgrupo foi calculado a média anual do total de procedimentos realizados, o CGM²⁴ foi estimado a partir do quociente da média anual de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo multiplicado por 100. Foi estabelecido que os serviços com cumprimento percentual igual ou maior a 100% da meta normatizada para cada subgrupo, atingiram a meta. Em seguida o desempenho dos serviços foi categorizado como: péssimo (CEO que não cumpriu nenhuma meta), ruim (01 meta), regular (02 metas), bom (03 metas) e ótimo (04 metas).

As variáveis “Faixa etária”, “Região do Brasil”, “Tipo de CEO”, “Onde foi realizada a marcação da consulta”, “Como foi definido o horário de atendimento no CEO” e “Para qual especialidade odontológica foi o atendimento” são provenientes do Módulo III do instrumento da 1º ciclo da AE/PMAQ-CEO¹⁹.

Foram testadas as associações entre o ISU-PMAQ/CEO e as variáveis independentes, utilizando-se o qui-quadrado de Pearson. Como também, as variáveis que foram estatisticamente significantes na etapa anterior foram submetidas a uma análise de regressão logística binária, utilizando a *Odds Ratio* (OR). É importante considerar que as medidas de *Odds Ratio* (OR) produzidas por essa técnica podem superestimar as associações.

O estudo utilizou dados secundários públicos de acesso irrestrito, assim, segundo a resolução nº 466/2012, não foi necessária a submissão de projeto de

pesquisa a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), estando em cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki.

Quadro 4 – Elenco de variáveis

Variáveis	Definição e Operacionalização
Cumprimento Global de Metas (CGM)	Classificação do desempenho do CEO segundo o cumprimento de metas de produção 1- Desempenho péssimo (CEO que não cumpriu nenhuma meta); 2-Desempenho ruim (CEO que cumpriu 01 meta); 3-Desempenho regular (CEO que cumpriu 02 metas); 4-Desempenho bom (CEO que cumpriu 03 metas) 5-Desempenho ótimo (CEO que cumpriu 04 metas)
Faixa etária	O tempo de vida decorrido em anos 1- 18 a 31 anos 2- 32 a 40 anos 3- 41 a 52 anos 4- Maior que 52 anos
Região do Brasil	Região que envolve os territórios dos estados ou parte deles, compostos por aspectos comuns 1-Centro-Oeste 2-Nordeste 3-Norte

	4-Sudeste 5-Sul
Tipo de CEO	Categorização do serviço quanto ao nº de cadeiras odontológicas que possui 1- Tipo I 2- Tipo II 3- Tipo III
Onde foi realizada a marcação da consulta no CEO	Local em que foi realizado o agendamento das consultas 1-Por telefone no CEO 2-Unidade Básica 3-Secretaria de Saúde 4-Setor de marcação 5- Presencial no CEO
Como foi definido o horário de atendimento no CEO	Como foi estabelecido o horário de atendimento 1-Hora marcada 2-Turnos definidos 3-Ordem de chegada 4-Encaixe
Para qual especialidade odontológica foi o atendimento	Especialidade na qual o usuário recebeu atendimento no CEO 1- Periodontia 2- Endodontia 3- Cirurgia Oral 4- Estomatologia 5- Atendimento a pacientes com necessidades especiais 6- Radiologia

	7- Ortodontia/Ortopedia 8- Prótese 9-Implantodontia
Escore de notas dos padrões de satisfação de usuários	Nota atribuída a satisfação do usuário de acordo com a pontuação obtida no somatório dos padrões de satisfação Valores entre 0 e 12
Indicador de Satisfação de Usuários do PMAQ- CEO (ISU-PMAQ/CEO)	Nível de satisfação do usuário 1- Usuário satisfeito (Valores abaixo do 3º Quartil do escore de padrões de satisfação) 2- Usuário muito satisfeito (Valores iguais ou maiores que o 3º Quartil do escore de padrões de satisfação)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

RESULTADOS

A média dos escores de notas dos padrões de satisfação de usuários sinaliza alto nível de satisfação, sendo igual a 9,9 ($\pm 1,7$) e mediana 10,0. Se mostraram “muito satisfeitos” os usuários da faixa etária de 41 a 52 anos, região Sudeste, serviços CEO tipo II, que realizaram o agendamento do atendimento por telefone para a especialidade de ortopedia/ortodontia, oriundos de serviços com “ótimo” desempenho no cumprimento de metas de produção. Enquanto os “satisfeitos” predominaram na região Norte, em consultas agendadas por “encaixe” para implantodontia (Tabela 1).

A satisfação de usuários esteve associada ($p < 0,05$) as variáveis “Região do Brasil”, “Onde foi realizada a marcação da consulta no CEO” e “Para qual

18 a 31 anos	1969	87,6	278	12,4	2247	100	0,138
32 a 40 anos	1706	85,6	288	14,4	1994	100	
41 a 52 anos	1872	85,5	317	14,5	2189	100	
Maior que 52 anos	1872	86,0	306	14,0	2178	100	

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do 1º ciclo de AE-PMAQ/CEO.

Notas: *teste Qui-Quadrado de Pearson (estatisticamente significativo); n: frequência absoluta; %: frequência percentual.

Segundo a tabela 2, demonstram-se os resultados das análises simples de regressão logística binária da associação do Indicador de Satisfação de Usuários do PMAQ/CEO (ISU-PMAQ/CEO) com as variáveis independentes. Destaca-se que as associações foram consideradas estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

Tabela 2 - Medidas de associação entre o Indicador de Satisfação de Usuários do PMAQ/CEO e as variáveis independentes no modelo da regressão logística binária (Brasil, 2014).

Variáveis Independentes	ISU-PMAQ/CEO	
	OR IC (95%)	Valor p
Regiões do Brasil		
Centro-Oeste	2,05 (1,32 - 3,20)	<0,05*
Nordeste	2,09 (1,43 - 3,05)	
Sul	2,72 (1,82 - 4,04)	
Sudeste	2,78 (1,91 - 4,04)	
Norte	1	
Onde foi realizada a marcação da consulta no CEO		
Por telefone no CEO	1,75 (1,34 - 2,30)	<0,05*
Unidade Básica	1,45 (1,25 - 1,68)	
Secretaria de Saúde	1,67 (1,17 - 2,39)	
Setor de marcação	0,96 (0,76 - 1,21)	
Presencial no CEO	1	

Como foi definido o horário de atendimento no CEO

Hora marcada	2,62 (1,51 - 4,55)	
Turnos definidos	1,39 (0,79 - 2,46)	<0,05*
Ordem de chegada	1,35 (0,78 - 2,37)	
Encaixe	1	

Para qual especialidade odontológica foi o atendimento

Periodontia	4,75 (0,65 - 35,04)	
Endodontia	5,29 (0,72 - 38,88)	
Cirurgia Oral	4,65 (0,63 - 34,22)	
Estomatologia	6,59 (0,84 - 51,50)	
Pacientes especiais	4,76 (0,64 - 35,60)	0,005*
Radiologia	3,79 (0,48 - 30,13)	
Ortodontia/Ortopedia	7,84 (1,02 - 60,58)	
Prótese	3,74 (0,50 - 27,67)	
Implantodontia	1	

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do 1º ciclo de AE-PMAQ/CEO.

Nota: As associações que não tiveram significância estatística ao nível de 5% foram suprimidas da tabela.

DISCUSSÃO

Há literatura ampla discutindo a avaliação da satisfação de usuários em serviços de saúde, evidenciando que o nível de satisfação observado sofre influência de características biopsicossociais e subjetividades dos participantes, tendo em vista expectativas, valores e desejos relativos aos serviços⁷.

Entretanto, existem poucas evidências quanto a associação entre fatores contextuais de Centros de Especialidades Odontológicas e o grau de satisfação de

usuários em nível nacional. Tendo em vista, que a qualificação destes serviços a partir da visão do usuário contribui para o protagonismo e empoderamento dos cidadãos, assim como, para o controle social na saúde. Pois, gera possibilidades de redefinição de modelos de atenção à saúde e de práticas profissionais, orientados segundo a necessidade dos usuários⁴.

Acerca do desempenho nos escores dos padrões de satisfação de usuários para população de estudo, foi observado bom desempenho médio (9,9; $\pm 1,7$) quanto a satisfação, considerando que o escore corresponde a valores entre 0 e 12 (Tabela 1). Estudos que utilizaram o modelo teórico multidimensional de Andersen e Davidson²⁵, como referencial metodológico, para avaliar populações de idosos no Brasil, indicam que entre 80% e 90% dos usuários avaliaram positivamente os serviços odontológicos^{6,26}.

Assim, a alta frequência de resultados positivos observados, é relatada como limitação de pesquisas de satisfação que utilizam inquéritos. A principal justificativa para esse achado é o viés de gratidão (*gratitude bias*), segundo o qual usuários não realizam avaliações negativas dos serviços, diante do receio de possíveis repercussões, que a divulgação dos resultados da pesquisa possa influenciar negativamente no acesso e qualidade do cuidado ofertado nas unidades de saúde^{6,7,13}.

Outro aspecto que deve ser considerado, como determinante para os resultados das pesquisas de satisfação, é o grau de subjetividade para “categorização” da satisfação que envolve características biopsicossociais, expectativas e experiências prévias de usuários quanto aos serviços⁴.

Considerando a variável “faixa etária”, a relação do alto nível de satisfação com uma maior idade justifica-se, pois jovens geralmente apresentam maiores expectativas quanto aos serviços que idosos, como também deve ser considerado o

“viés de memória” que é frequente em pesquisas realizadas com indivíduos de maior idade⁶.

Tendo em vista a associação da satisfação e regiões do Brasil, os achados deste estudo corroboram com pesquisa que abordou a satisfação de usuários em serviços odontológicos públicos e privados, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2003), pois nas regiões Sul e Sudeste predominaram participantes que avaliaram positivamente as unidades de saúde, contudo a qualificação “regular” teve maior frequência no Nordeste e Centro-Oeste¹³.

Assim como, estudo que aborda o desempenho no cumprimento de metas de produção em serviços CEO reforça os resultados encontrados, pois o pior desempenho foi identificado em municípios das regiões Norte e Nordeste²⁷. Ademais, na região Norte há menor percentual de serviços implantados em relação as demais regiões, gerando repercussões no acesso e oferta de serviços onde há maior vulnerabilidade social, pior índice de desenvolvimento humano e *status* socioeconômico desfavorável²⁸. Portanto, piores níveis de satisfação dos usuários podem ser reflexo de iniquidades regionais da atenção em saúde bucal no SUS^{29,30}.

Referente ao tipo de CEO, não identificada associação significativa com o nível de satisfação. Todavia é uma variável pouco explorada em estudos de satisfação de usuários em serviços CEO, sendo relevante pois uma maior capacidade instalada é capaz de contribuir com o cumprimento de metas de produção e ampliação da oferta de serviços³¹.

Quanto a variável marcação de consultas, a literatura indica que a dimensão “organização dos serviços” é a pior avaliada por usuários, seja pela forma de obtenção da consulta, organização do fluxo de atendimento e, principalmente, o tempo de espera para obtenção da consulta. Esses elementos impactam na

resolutividade dos serviços e integralidade da atenção à saúde, a partir da articulação entre os diferentes níveis de complexidade. Assim como, a organização do fluxo de atendimento deve considerar parâmetros epidemiológicos, tendo em vista a equidade, vulnerabilidade social e universalidade da atenção^{32,33,34}.

Relativo a especialidade odontológica, o estudo mostrou melhores resultados para ortodontia/ortopedia, uma possível justificativa para esse achado é que se trata de especialidade relacionada a procedimentos estéticos e não incluída dentro dos serviços mínimos ofertados. Assim, o usuário estaria mais satisfeito por acessar serviço que apresenta reduzida oferta.

Considerando o CGM, não foi identificada associação significativa a satisfação. Esperava-se que usuários de serviços com melhor desempenho na produção de procedimentos se apresentassem mais satisfeitos, diante da importância do cumprimento de metas normativamente. Novos estudos podem avaliar qualitativamente os aspectos que justificam esses resultados.

Estudos que utilizaram o Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB) como instrumento de avaliação em Centros de Especialidades Odontológicas, observaram que as avaliações positivas dos usuários foram predominantes para um bom desempenho dos serviços nas dimensões: relações humanas, eficácia, qualidade técnico-científica e aceitabilidade. Quanto ao acesso a maioria dos usuários avaliou negativamente, sendo o acesso a Endodontia o principal entrave^{15,16}.

Pesquisas realizadas em diferentes níveis de atenção a saúde bucal no SUS, apresentam resultados semelhantes quanto a um alto nível de satisfação de usuários, que esteve associado a um menor tempo de espera para o atendimento clínico e para obtenção do acesso ao serviço^{16,35}.

Portanto, destaca-se a importância deste estudo em sinalizar fragilidades e potencialidades dos serviços segundo a visão de usuários, sendo observadas diferenças quanto a satisfação a nível regional, de especialidades odontológicas e no processo de agendamento dos atendimentos nos CEO.

Acerca das limitações identificadas, por se tratar de um estudo transversal existem entraves quanto ao estabelecimento de relações temporais de causalidade entre as associações observadas, considerando que as relações identificadas envolvem processos dinâmicos³⁵.

Além do que, os dados reunidos no estudo não abordam todos os fatores associados a satisfação de usuários, em serviços saúde bucal, relatados com maior frequência na literatura, principalmente a condição clínica bucal e a autopercepção quanto à saúde bucal^{6,7,15,16}. Assim como, não é utilizada amostra de base populacional na avaliação externa do PMAQ-CEO, sendo definida conforme a demanda dos serviços, não considerando a demanda reprimida para composição da população de estudo.

Ressalta-se também, que os resultados de pesquisas de satisfação são influenciados pelo local onde é realizada e o período decorrido entre o atendimento e coleta de dados. A satisfação mensurada logo após o atendimento sofre maior interferência da relação desenvolvida entre profissionais e usuários. Enquanto para a “satisfação tardia”, aferida após um período do atendimento, os participantes desenvolvem maior senso crítico e novas expectativas ao longo do tempo¹⁵.

Outrossim, cumpre salientar que foram utilizados métodos quantitativos, sendo que o emprego de mistos de pesquisa é indicado para realização de estudos de satisfação em saúde pela subjetividade envolvida^{3,4}. Todavia, por se tratar de pesquisa desenvolvida em nível nacional, foi proposto e utilizado instrumento que

apresentou adequada confiabilidade em identificar características gerais associadas a satisfação.

CONCLUSÃO

Foi elaborado o Indicador de Satisfação de Usuários do PMAQ/CEO (ISU-PMAQ/CEO), identificou-se bom desempenho médio nos escores de padrões de satisfação de usuários. Assim como, apresentaram melhores níveis de satisfação os participantes da região Sudeste, de serviços CEO tipo II, adultos não jovens, cujas consultas foram agendadas com maior conforto e para especialidade de ortodontia/ortopedia. A satisfação esteve associada significativamente ($p < 0,05$) a forma de marcação de consultas, especialidade odontológica e região brasileira a que pertence o usuário.

A relevância deste estudo está no pioneirismo em elaborar um indicador que pôde identificar e discutir fatores contextuais e individuais associados a satisfação de usuários em serviços da atenção secundária em saúde bucal no Brasil. Sendo executado em abrangência nacional, com o intuito de fortalecer a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) após 17 anos da sua implantação. Tendo em vista uma realidade de políticas econômicas fiscais que impactam o financiamento do SUS e ameaçam direitos constitucionais.

REFERÊNCIAS

- 1- Hanefeld J, Powell-Jackson, T, Balabanova, D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. Bull World Health Organ. 2017; 95(5):368.

- 2- Shaw CD, Isuf K, and World Health Organization. A background for national quality policies in health systems. No. EUR/02/5037153. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.
- 3- Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman medical journal*. 2014; 29(1):3.
- 4- Naseer M, Aysha Z, Babar TS. Determinants of patient's satisfaction with health care system in Pakistan: a critical review. *Pak J Public Health*. 2012; 2(2):56-61.
- 5- Roberto LL, Martins AMEDB, Paula AMBD, Ferreira EF, Haikal DSA. Insatisfação com os serviços odontológicos e fatores associados entre adultos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22:1601-1613.
- 6- Martins AB, Seibt C, Neves M, Hilgert JB, Hugo FN. Availability of dental treatment is associated with satisfaction derived from Primary Health Care Services accessed by elderly. *Rev Odontol UNESP*. 2016; 45(6):344-350.
- 7- Magalhães BG, Oliveira RSD, Góes PSAD, Figueiredo N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. *Cad. Saude Colet*. 2015; 23(1):76-85.
- 8- Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean?. *AJPH*. 1981; 71(4): 409-412.
- 9- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*. 1988; 260(12):1743-1748.
- 10- Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114(11):1115-1118

- 11- Righolt AJ, Sidorenkov G, Faggion Jr CM, Listl S, Duijster D. Quality measures for dental care: A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018; 47(1):12-23.
- 12- Righolt AJ, Walji MF, Feine JS, Williams DM, Kalenderian E, Listl S. An International Working Definition for Quality of Oral Healthcare. *JDR Clinical & Translational Research.* 2019; 20:1-5.
- 13- Martins AMEDB, Jardim LA, Souza JGS, Rodrigues CAQ, Ferreira RC, Pordeus IA. A avaliação negativa dos serviços odontológicos entre idosos brasileiros está associada ao tipo de serviço utilizado?. *Rev. bras. epidemiol.* 2014; 17:71-90.
- 14- Reyes-Fernández S, Paredes-Solís S, Legorreta-Soberanis J, Romero-Castro NS, Moreno MF, Andersson N. Satisfacción de usuarios con los servicios de salud bucal y factores asociados en Acapulco, México. *Rev Cubana Estomatol.* 2015; 52(3):19-28.
- 15- Neves M, Martins AB, D'ávila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Can more resilient elderly people be more satisfied with dental services?. *Rev Odontol UNESP.* 2015; 44(6):326-334.
- 16- Kitamura ES, Bastos RR, Palma PV, Leite ICG. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2016; 25:137-148.
- 17- Roberto LL, Martins AMEDB, Paula AMBD, Ferreira EF, Haikal DSA. Insatisfação com os serviços odontológicos e fatores associados entre adultos. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017; 22:1601-1613.

- 18- Pucca GA Jr., Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res*. 2015; 94(10):1333-7.
- 19- Figueiredo N, Goes PSA, de Lima Martelli PJ, Luvison IR, Werneck MAF, Ribeiro MAB, et al. Theoretical and Methodological Aspects of the External Evaluation of the Improvement, Access and Quality of Centers for Dental Specialties Program. *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr*. 2018; 18(1): 3433.
- 20- Brasil. Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): Microdados do 1º ciclo. Brasília: Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1ceo/>. Acesso em: 25 mar. 2019.
- 21- Microsoft Office Excel 2007. Versão Standard. [S. l.]: Microsoft Corporation, 2007.
- 22- IBM Statistical Package for Social Scienses. Versão 25. [S. l.]: IBM, 2017.
- 23- TabWin para Windows. Versão 4.13. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2017
- 24- Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25: 259-267.
- 25- Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res*. 1997; 11(2): 203-209.
- 26- Rodrigues CAQ, Silva PLV, Caldeira AP, Pordeus IA, Ferreira RC, Martins AMEBL. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2013; 46: 1039-1050.

- 27- San Martin AS, Conde K, Morales L, Corrêa MB, Conde MCM, Chisini LA. Produção especializada no SUS em capitais brasileiras com centros de especialidades odontológicas: uma análise descritiva. RFO UPF. 2018; 23(2):161-167.
- 28- Goes PSAD, Figueiredo N, Neves JCD, Silveira FMDM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28:s81-s89.
- 29- Freire MC, Reis SC, Figueiredo N, Peres KG, Moreira RS, Antunes JL. Individual and contextual determinants of dental caries in Brazilian 12-year-olds in 2010. Rev. Saúde Pública. 2013; 47:40-49.
- 30- Seerig LM, Nascimento GG, Peres MA, Horta BL, Demarco FF. Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. J Dent. 2015; 43(9):1051-9.
- 31- Moura R, Renato F, Tovo MF, Celeste RK. Cumprimento de metas dos Centros de Especialidades Odontológicas da Região Sul do Brasil. Rev. Salud Pública. 2017; 19(1): 86-93.
- 32- Brandão ALDRB, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18:103-114.
- 33- Bordin D, Fadel CB, Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. Ciência & Saúde Coletiva. 2017; 22:151-160.

- 34- Hirooka LB, Catanante GV, Porto HS, Caccia MDCGG.. Organização da saúde bucal em uma região do estado de São Paulo segundo a Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012. Rev. Bras. Odontol. 2017; 74(2):101-113.
- 35- Ayach C, Moimaz SAS, Garbin CAS. Evaluation of the degree of satisfaction of dental service users of family health units. Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr. 2014; 14(4):313-324.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou descrever aspectos relacionados a satisfação de usuários de Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. Evidenciando fragilidades e potencialidades destes serviços, após 16 anos de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal.

Os resultados observados reforçam o predomínio de um bom nível de satisfação quanto aos serviços. Assim como, o cumprimento de metas de produção e o Tipo de CEO parecem não influenciar na visão dos utentes sobre os CEO, considerando que as associações não foram estatisticamente significantes. Contudo, foi identificado pior desempenho no ISU-PMAQ/CEO para categorias de especialidades odontológicas e regiões do Brasil.

Os achados deste estudo, reforçam iniquidades regionais e a necessidade de qualificação das especialidades odontológicas. Além da revisão de processos referentes ao acesso ao CEO, tendo em vista que os agendamentos realizados por telefone e com hora marcada apresentaram melhor desempenho quanto a satisfação.

Portanto, as informações produzidas neste estudo não findam nesta publicação. Sendo possível a realização de trabalhos que incluam outras variáveis sociodemográficas dos usuários e contextuais dos serviços, como independentes.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. **Advances in Dental Research**, v. 11, n. 2, p. 203-209, 1997.

ARAÚJO, Izamir Carnevali de. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na Clínica Integrada do curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará. **Dissertação** (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

AYACH, Carlos; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; GARBIN, Cléa Adas Saliba. Evaluation of the Degree of Satisfaction of Dental Service Users of Family Health Units. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 14, n. 4, p. 313-324, 2014.

BARROS, Aluísio JD; BERTOLDI, Andréa D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 709-717, 2002.

BERWICK, Donald M. The science of improvement. **Jama**, v. 299, n. 10, p. 1182-1184, 2008.

BORDIN, Danielle et al. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 151-160, 2017.

BOTTAN, Elisabete Rabaldo et al. Avaliação de serviços odontológicos: a visão dos pacientes. **Rev Abeno**, v. 6, n. 2, p. 128-33, 2006.

BRANDÃO, Ana Laura da Rocha Bastos et al. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 103-114, 2013.

BRASIL. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003-resultados principais. **Editora MS**, 2004.

_____. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, [2006]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html. Acesso em: 15 dez. 2018.

_____. Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, [2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html. Acesso em: 25 nov. 2018.

_____. Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

_____. Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): Manual instrutivo. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013a. 34p.

_____. Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013b. 45p.

_____. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Ciclo do PMAQ-CEO. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em: 20 nov. 2018.

_____. Departamento de Atenção Básica. Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): Microdados do 1º ciclo. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo_ceo. Acesso em: 25 nov. 2018.

CABRAL, Deborah Cassia Roland; FLÓRIO, Flávia Martão; ZANIN, Luciane. Análise do desempenho dos centros de especialidades odontológicas da região sudeste brasileira. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 241-247, 2019.

CASTRO, Henrique Carlos de O. de et al. A satisfação dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Sociedade em Debate**, v. 14, n. 2, p. 113-134, 2012.

CAVALCANTI, Yuri Wanderley; CARDOSO, Andreia Medeiros Rodrigues; PADILHA, Wilton Wilney Nascimento. Satisfaction, Resolution and Social Participation of users of Centers for Dental Specialties in Brazil: A PMAQ-CEO Analysis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, 2018.

CELESTE, Roger Keller et al. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 511-521, 2014.

CHAMPAGNE, François et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. **Avaliação em saúde conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz**, p. 41-44, 2016.

CHÍNDIA, Emílio Domingos. Estudo exploratório sobre satisfação do usuário de consultas externas do Hospital Josina Machel, Luanda, Angola. **Dissertação** (Tese de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA; INSTITUTE OF MEDICINE STAFF. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. **National Academies Press**, 2001.

CORTELLAZZI, Karine Laura et al. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, n. 4, p. 978-88, 2014.

COSTA, Ermano Batista da; CARNEIRO, Joana Danielle Brandão; OLIVEIRA, Arlete Maria Gomes. Satisfação dos usuários assistidos em quatro centros regionais de especialidades odontológicas do Ceará, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 631-645, 2018.

DE SOUZA TOLEDO, Bruno Alves; CAMPOS, Alessandra Aparecida; LEITE, Ronaldo Antônio. Análise da satisfação do paciente com o atendimento odontológico na Clínica de Odontologia da Universidade de Franca. **Revista da ABENO**, v. 10, n. 2, p. 72-78, 2010.

DIAS, Orlene V.; RAMOS, Lais H.; COSTA, Simone De M. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. **Revista Pró-univerSUS**, v. 1, n. 1, p. 11-26, 2010.

DINSDALE, Geoff et al. Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros. **Cadernos ENAP**, v.20, 2000.

DIXON-WOODS, Mary et al. Explaining Matching Michigan: an ethnographic study of a patient safety program. **Implementation science**, v. 8, n. 1, p. 70, 2013.

DONABEDIAN, Avedis. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean?. **American Journal of Public Health**, v. 71, n. 4, p. 409-412, 1981.

_____, Avedis. The quality of care: how can it be assessed?. **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

_____, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

_____, Avedis. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: **Oxford University Press**, 2003.

DUBOIS, Carl Ardy; CHAMPAGNE, François; BILODEAU, Henriette. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André Pierre; HARTZ, Zulmira. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, p. 19-40, 2016.

ESPERIDIÃO, Monique; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 303-312, 2005.

FARAND, Lambert. A análise da produção. In: BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André Pierre; HARTZ, Zulmira. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, p. 115-117, 2016.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 553-563, 2006.

FERNANDES, Lecy de Maria Araújo Gadelha. Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal. **Dissertação** (Tese de Doutorado). Universidade de Pernambuco, Recife, 2002.

FERNANDES, Emerson Siqueira Pena; GOES, Paulo Savio Angeiras; FIGUEIREDO, Nilcema. Evaluation of Specialized Oral Health Procedures Performed in Brazil in the Period from 2008 to 2012. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, p. 3358, 2018.

FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo Sávio Angeiras de. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 259-267, 2009.

FIGUEIREDO, Nilcema et al. Theoretical and Methodological Aspects of the External Evaluation of the Improvement, Access and Quality of Centers for Dental Specialties Program. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, p. 3433, 2018.

FREIRE, Maria do Carmo Matias et al. Individual and contextual determinants of dental caries in Brazilian 12-year-olds in 2010. **Revista de saúde publica**, v. 47, p. 40-49, 2013.

FREITAS, Cláudia Helena Soares de Moraes et al. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 131-143, 2016.

GOES, Paulo Sávio Angeiras de et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s81-s89, 2012.

GONÇALVES, Jéssica Rodrigues da Silva Noll et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 432-438, 2018.

HANDLER, Arden; ISSEL, Michele; TURNOCK, Bernard. A conceptual framework to measure performance of the public health system. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 8, p. 1235-1239, 2001.

HARRIS-WEHLING, J. Defining quality of care. **Medicare: a strategy for quality assurance**, v. 2, p. 116-139, 1990.

HERKRATH, Fernando José et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 148-158, 2013.

HIROOKA, Lucila Brandão et al. Organização da saúde bucal em uma região do estado de São Paulo segundo a Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 74, n. 2, p. 101, 2017.

IBM Statistical Package for Social Scienses. Versão 25. [S. l.]: IBM, 2017.

JACKSON, Jeffrey L.; CHAMBERLIN, Judith; KROENKE, Kurt. Predictors of patient satisfaction. **Social science & medicine**, v. 52, n. 4, p. 609-620, 2001.

KITAMURA, Elisa Shizuê et al. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 137-148, 2016.

LIMA, Ana Carolina Silva de; CABRAL, Etenildo Dantas; VASCONCELOS, Marcia Maria Vendiciano Barbosa. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 991-1002, 2010.

LÓPEZ-SOTO, Olga Patricia; DEL PILAR CEREZO-CORREA, María; PAZ-DELGADO, Alba Lucía. Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos. **Gerencia y políticas de salud**, v. 9, n. 18, 2010.

MAGALHÃES, Bruno Gama et al. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, 2015.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima; JARDIM, Lorena Amaral; SOUZA, João Gabriel Silva; RODRIGUES, Carlos Alberto Quintão; FERREIRA, Raquel Conceição; PORDEUS, Isabela Almeida. A avaliação negativa dos serviços odontológicos entre idosos brasileiros está associada ao tipo de serviço utilizado?. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 1, p. 71-90, 2014.

MARTINS, Aline Blaya et al. Availability of dental treatment is associated with satisfaction derived from Primary Health Care Services accessed by elderly. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 45, n. 6, p. 344-350, 2016.

MATOS, Divane Leite et al. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 237-243, 2002.

MICROSOFT Office Excel 2007. Versão Standard. [S. l.]: Microsoft Corporation, 2007.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e perfil de usuários do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 20, n. 3, 2015.

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

MARQUES, Paulo Leonardo Ponte et al. Análise de desempenho de Centro de Especialidades Odontológicas Regional no Ceará, Brasil. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 3, 2017.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 141-147, 2006a.

NARVAI, Paulo Capel et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 19, p. 385-393, 2006b.

NASEER, Maliha; ZAHIDIE, Aysha; SHAIKH, Babar Tasneem. Determinants of patient's satisfaction with health care system in Pakistan: a critical review. **Pakistan Journal of Public Health**, v. 2, n. 2, p. 52, 2012.

NERY, Newillames Gonçalves; MARCELO, Vânia Cristina; DANTAS, Maria Aparecida Alves. A satisfação de idosos quanto à Estratégia Saúde da Família, a partir da atenção em Saúde Bucal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 43-50, 2010.

NEVES, Matheus et al. Idosos com maior potencial de resiliência podem estar mais satisfeitos com os serviços odontológicos?. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 44, n. 6, p. 326-334, 2015.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 547-549, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Qualità dei servizi sanitari. **Quaderni di sanità pubblica**, v. 57, p. 4-36, 1988.

ØVRETVEIT, John. La qualità nel servizio sanitario. **Napoli: EdiSES**, 1996.

PATTON, Michael Quinn. Qualitative evaluation and research methods. 3. ed. **SAGE Publications**, 2002. p. 12-15.

PAESE, Cláudia Regina; AGUIAR, Anne Adelle Gonçalves. Revisitando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no Brasil. **Revista NUPEM**, v. 4, n. 6, p. 65-87, 2012.

PORTELA, Margareth Crisóstomo et al. Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde: bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.32, sup 2:e00105815, 2016.

PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo et al. Oral health policies in Brazil. **Brazilian Oral Research**, v. 23, p. 9-16, 2009.

PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo et al. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **Journal of dental research**, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.

PIRES, Ana Luiza Cardoso et al. Atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Sul: análise descritiva da produção especializada em municípios com Centros de Especialidades Odontológicas com base no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 20, n. 3, 2015.

RAD, Maryam et al. Qualitative assessment of the dental health services provided at a dental school in Kerman, Iran. **Brazilian oral research**, v. 23, n. 4, p. 377-380, 2009.

REIS DE MOURA, Flávio Renato; TOVO, Maximiano Ferreira; CELESTE, Roger Keller. Cumprimento de metas dos Centros de Especialidades Odontológicas da Região Sul do Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 1, p. 86-93, 2017.

REYES-FERNÁNDEZ, Salvador et al. Satisfacción de usuarios con los servicios de salud bucal y factores asociados en Acapulco, México. **Revista Cubana de Estomatología**, v. 52, n. 3, p. 19-28, 2015.

RIOS, Luiza Rahmeier Fietz; COLUSSI, Claudia Flemming. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 122-136, 2019.

ROBERTO, Luana Leal et al. Insatisfação com os serviços odontológicos e fatores associados entre adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1601-1613, 2017.

ROBLES, Ana Carolina Couto; GROSSEMAN, Suely; BOSCO, Vera Lúcia. Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 43-49, 2008.

RODRIGUES, Carlos Alberto Quintão et al. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1039-1050, 2012.

ROSSI-BARBOSA, Luiza Augusta Rosa et al. Expectativa e satisfação dos pais ou responsáveis dos usuários da APAE atendidos na clínica de pacientes especiais do curso de odontologia da Unimontes-MG. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 7, n. 1, 2007.

SAN MARTIN, Alissa Schmidt et al. Produção especializada no SUS em capitais brasileiras com centros de especialidades odontológicas: uma análise descritiva. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 23, n. 2, 2018.

SANTANA, Dandara Andrade de et al. Desempenho dos centros de especialidades odontológicas de uma região de saúde da Bahia. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 261-267, 2015.

SEERIG, Lenise M. et al. Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. **Journal of Dentistry**, v. 43, n. 9, p. 1051-1059, 2015.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 85, p. 65-82, 2009.

SHAW, Charles D. et al. A background for national quality policies in health systems. **Copenhagen: WHO Regional Office for Europe**, 2002.

SILVA, Ligia Maria Vieira da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de saúde pública**, v. 10, p. 80-91, 1994.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. **Editora FIOCRUZ**, p. 15-39, 2005.

SLACK-SMITH, Linda et al. Oral health and access to dental care: a qualitative investigation among older people in the community. **Gerodontology**, v. 27, n. 2, p. 104-113, 2010.

TABWIN para Windows. Versão 4.13. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2017

THE HEALTH FOUNDATION. Evidence scan: Improvement Science. London: **The Health Foundation**; 2011.

THOMAZ, Erika Bárbara Abreu Fonseca et al. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 807-818, 2016.

TORRES, Suellen Cordeiro; COSTA, Iris do Céu Clara. Satisfação dos usuários atendidos nas clínicas integradas do departamento de odontologia da UFRN. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 2, p. 4-18, 2015.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 1561-1569, 2002.

USUAL, Alessandra Bomfim et al. Necessidade Sentida e observada: suas influências na satisfação de pacientes e profissionais. **Arquivos em Odontologia**, v. 42, n. 1, p. 65-80, 2006.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 599-613, 2005.

VUORI, Hannu V. et al. Quality assurance of health services: concepts and methodology. Copenhagen: **OMS**, 1982.

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 <i>versão impressa</i>	-Instruções para colaboradores
ISSN 1678-4561 <i>versão online</i>	-Recomendações para a submissão de artigos
	-Apresentação de manuscritos

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf.

Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a

fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With

ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações

devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo

diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise

stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual
HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from:
<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr

[acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico *CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2^a ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.