

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



CYBELLE CARNEIRO DE FRANÇA

**ANÁLISE DA RELAÇÃO USUÁRIO-PROFISSIONAL NOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL**

Recife
2019

CYBELLE CARNEIRO DE FRANÇA

**ANÁLISE DA RELAÇÃO USUÁRIO-PROFISSIONAL NOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco –
UFPE para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.
Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Nilcema Figueiredo
Coorientadora: Prof^a. Dra. Albanita Gomes da Costa de
Ceballos

Recife
2019

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4-1790

F814a França, Cybelle Carneiro de
Análise da relação usuário-profissional nos Centros de
Especialidades Odontológicas do Brasil / Cybelle Carneiro de França. –
2019.
72 f.: il.; tab.

Orientadora: Nilcema Figueiredo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
Centro de Ciências Médicas (CCM), Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva. Recife, 2019.
Inclui referências e anexo.

1. Especialidades Odontológicas. 2. Serviços de Saúde. 3. Satisfação
dos Usuários. I. Figueiredo, Nilcema (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2020-160)

CYBELLE CARNEIRO DE FRANÇA

Análise da relação usuário-profissional nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 26/08/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. **Nilcema Figueiredo** (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. **Edson Hilan Gomes de Lucena** (Examinador Externo)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dra. **Solange Laurentino dos Santos** (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

SUPLENTE

Prof. Dra. **Gabriela da Silveira Gaspar** (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. **Petrônio José de Lima Martelli** (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Recife
2019

Dedico este trabalho aos meus pais (in memoriam) Elias França e Marlene França, aos quais devo tudo o que me tornei. Eles foram um exemplo de amor, dedicação, abdicção, força, entrega, fé, esperança e superação. Tenho certeza que, de onde eles estiverem estão muito felizes com a minha caminhada! Amo muito vocês, painho e mainha!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de realizar sonhos e por me abençoar sempre!

Aos meus pais, pelo grande exemplo que foram e que sempre serão. Gratidão!

Ao meu filho, por suportar com resiliência as minhas ausências (que não foram poucas) e por ser o maior amor da minha vida!

A minha irmã Bárbara e meu sobrinho Juan pela acolhida em Recife durante esses anos de Mestrado, sempre me recebendo muito bem desde o 1º dia, com direito a bilhete em cima da mesa dizendo que era para receber a irmã “sabida” dela (jamais vou esquecer!)

À Ana, minha secretária do lar, minha fiel escudeira, que, sem ela, não teria como realizar esse sonho, pois foi a ela que confiei os cuidados com meu filho enquanto estive em Recife.

A minha querida orientadora Nilcema, uma profissional que admiro e respeito muito pela sua sabedoria, dedicação, paciência, humildade e serenidade, que me acolheu de uma forma tão especial, que teve tanta paciência com minhas falhas e demoras na entrega de “produtos” e pela qual tenho profundo orgulho e alegria de ter sido sua orientanda e de ter compartilhado de momentos tão bons e enriquecedores.

A minha querida co-orientadora Albanita, que inicialmente me escolheu e que com toda a sua sensibilidade, doçura e carinho terminou me direcionando a trabalhar com um tema dentro da minha área de formação, a Odontologia, porém sem nunca me abandonar.

A toda a equipe de professores e Coordenação do PPGSC pela acolhida e por transmitirem conhecimentos e partilharem saberes.

Ao querido Moreira, pela dedicação, paciência e carinho com que nos tratou desde a seleção do Mestrado até os momentos finais.

A minha querida amiga Daniela Pereira, um presente que o Mestrado me deu, uma amiga, companheira e confidente que há muito garantiu um lugar especial em meu coração!

Ao meu querido amigo Márcio, outro presente que ganhei do Mestrado, um “cara” do bem, amigo leal, que tantas vezes mandava mensagens encorajadoras ou ligava exatamente quando vinham pensamentos de que eu não iria conseguir... Muito obrigada, amigo! Você fez muita diferença na minha caminhada!

A todos os colegas de turma pelo companheirismo e alegria: Vocês tornaram o caminhar mais leve!

Ao meu amigo e colega de trabalho Clairton pela amizade e companheirismo.

Ao colega Mário cuja ajuda foi de fundamental importância para a elaboração dessa dissertação.

RESUMO

A avaliação dos serviços de saúde pode ser entendida como um meio de prover a melhoria contínua da atenção, gerando um atendimento de qualidade para o usuário. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) institucionaliza a cultura de avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Sistema Único de Saúde (SUS). A mensuração da satisfação do usuário passou a ser considerada um elemento de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a relação usuário-profissional nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. Trata-se de um estudo avaliativo, com abordagens quantitativa e exploratória, utilizando dados secundários do Módulo III (Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário) da Avaliação Externa (AE) do 1º Ciclo do PMAQ-CEO. Esses dados foram utilizados para construção de dois Índices, um de Satisfação e outro de Percepção, além de um Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação usuário-profissional. A nota atribuída ao dentista foi avaliada, onde foram criadas 2 categorias (acima da mediana e abaixo da mediana). Também foram utilizadas variáveis de serviço (Tipo de CEO e Tempo de implantação) e as variáveis de contexto (Índice de Desenvolvimento Humano - IDH municipal, Cobertura de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e Regiões do Brasil). A população foi composta por 8.749 usuários de 932 CEO. Os dados foram classificados de forma sistemática, com sumarização de dados para avaliar as características gerais da população de estudo e as características dos CEO. Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, por meio do programa estatístico SPSS. Apresentaram melhores resultados para o Índice de satisfação os idosos, de cor branca, com renda familiar acima de 10 salários mínimos, de cidades com IDH acima de 0,7 e da região Sul. Para o Índice de Percepção os melhores resultados foram apresentados pelos homens, de cor branca, renda familiar de 5 a 10 salários mínimos, dos CEO tipo I, de cidades com IDH acima de 0,7, com menos de 50% de cobertura de saúde bucal e da região Sul. Sobre o Indicador global de satisfação e percepção da relação usuário-profissional os melhores resultados foram: idosos, homens, de cor branca, renda familiar acima de 10 salários mínimos, dos CEO tipo II, de cidades com IDH acima de 0,7, com menos de 50% de cobertura de saúde bucal e da região Sul. As melhores notas aos cuidados recebidos pelo dentista foram dadas pelos idosos, não alfabetizados, dos CEO tipo I, com mais de 50% de cobertura de saúde bucal e da região Sul. Este estudo apresentou, de forma geral, uma avaliação positiva da relação usuário-profissional dos CEO.

Palavras-chave: Especialidades Odontológicas. Serviços de Saúde. Satisfação dos Usuários

ABSTRACT

The evaluation of health services can be understood as a means of providing continuous improvement of care, generating quality care for the user. The National Program for the Improvement of Access and Quality (PMAQ) institutionalizes the evaluation culture of the Centers of Dental Specialties (CEO) in the Unified Health System (SUS). The measurement of the satisfaction started to be considered an element of evaluation of the quality of the health services. The objective of this research was to evaluate the user-professional relationship in the Dental Specialties Centers of Brazil. This is an evaluative study, with quantitative and exploratory approaches, using secondary data from Module III (Interview in the Health Unit with User) of the External Evaluation (AE) of the 1st cycle of the PMAQ-CEO. These data were used to construct two Indexes, one of Satisfaction and one of Perception, in addition to a Global Indicator of Satisfaction and Perception of the User-Professional Relationship. The note attributed to the dentist was assessed, where 2 categories were created (above the median and below the median). Service variables (CEO type and Time of implantation) and context variables were also used (Human Development Index - Municipal HDI, Oral health coverage in the Family Health Strategy and Brazil regions). The population was composed by 8,749 users of 932 CEO. The data were classified in a systematic way, with data summarization to evaluate the general characteristics of the study population and the characteristics of the CEO. We used the Pearson chi-square test using the SPSS statistical program. The best results for the Satisfaction Index were the elderly, white, with family income above 10 minimum wages, cities with HDI above 0.7 and the Southern region. For the Perception Index, the best results were presented by men, white, family income of 5 to 10 minimum wages, type I CEOs, cities with HDI above 0.7, with less than 50% oral health coverage and the Southern region. Regarding the global indicator of satisfaction and perception of the user-professional relationship, the best results were: elderly, men, white, family income above 10 minimum salaries, type II CEOs from cities with HDI above 0.7, with less than 50% oral health coverage and the southern region. The best grades for dental care were given by the elderly, non-literate, CEOs type I, with more than 50% oral health coverage and the southern region. This study overall presented a positive evaluation of CEO user-professional relations.

Keywords: Specialties, Dental. Health Services. Consumer Behavior

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Os Sete Pilares da Qualidade	17
Quadro 2 - Variáveis do perfil do usuário	34
Quadro 3 - Variáveis do perfil dos CEO	34
Quadro 4- Variáveis de satisfação	35
Quadro 5- Variáveis de percepção	36
Quadro 6- Variável da nota atribuída ao dentista	37
Quadro 7 - Categorias relacionadas ao Índice de Satisfação	38
Quadro 8- Categorias relacionadas ao Índice de Percepção	39
Quadro 9- Categorias relacionadas ao Indicador Global de Satisfação e Percepção	39
Quadro 10- Plano de análise entre satisfação e percepção da relação usuário-profissional e variáveis do perfil do usuário	40
Quadro 11- Plano de análise entre satisfação e percepção da relação usuário-profissional e variáveis contextuais	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição de frequência das características sociodemográficas dos usuários dos CEO. Brasil, 2014	42
Tabela 2- Distribuição de frequência do perfil dos serviços. Brasil, 2014	43
Tabela 3- Frequência do Índice de satisfação da relação usuário-profissional dos CEO. Brasil, 2014	43
Tabela 4- Descrição do Índice de Satisfação da relação usuário-profissional dos CEO segundo as características sociodemográficas dos usuários. Brasil, 2014	44
Tabela 5- Descrição do Índice de Satisfação da relação usuário-profissional dos CEO segundo o perfil dos serviços. Brasil, 2014	45
Tabela 6- Frequência do Índice de Percepção da relação usuário-profissional dos CEO. Brasil, 2014	45
Tabela 7- Descrição do Índice de Percepção da relação usuário-profissional dos CEO segundo as características sociodemográficas dos usuários. Brasil, 2014	46
Tabela 8- Descrição do Índice de Percepção da relação usuário-profissional dos CEO segundo o perfil dos serviços. Brasil, 2014	47
Tabela 9- Frequência do Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação usuário-profissional dos CEO. Brasil, 2014	48
Tabela 10- Descrição do Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação usuário-profissional dos CEO segundo as características sociodemográficas dos usuários. Brasil, 2014	48
Tabela 11- Descrição do Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação usuário-profissional dos CEO segundo o perfil dos serviços. Brasil, 2014	50
Tabela 12- Descrição da nota ao cuidado recebido pelo dentista segundo as características sociodemográficas dos usuários dos CEO. Brasil, 2014	50

Tabela 13- Descrição da nota ao cuidado recebido pelo dentista segundo o perfil dos serviços.
Brasil, 2014

52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ID-SUS	Índice de Qualidade do Sistema Único de Saúde
IGSPUP-CEO	Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação Usuário-Profissional do CEO
IPUP-CEO	Índice de Percepção da relação Usuário-Profissional do CEO
ISUP-CEO	Índice de Satisfação da relação Usuário-Profissional do CEO
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB
PMAQ-CEO	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE.....	16
2.2	CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) E PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (PMAQ-CEO).....	21
2.3	A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E SUA RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS	25
3	OBJETIVOS	31
3.1	OBJETIVO GERAL.....	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
4	METODOLOGIA	32
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2	POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO.....	32
4.3	COLETA DE DADOS.....	33
4.4	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	33
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4.5.1	Plano de Análise	40
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	41
5	RESULTADOS	42
6	DISCUSSÃO	53
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS	60
	ANEXO A - MÓDULO III – ENTREVISTA NA UNIDADE DE SAÚDE COM USUÁRIO	67

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente, lançada em 2004, significa uma proposta de reorientação das ações e serviços do setor de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNSB procura efetivar a integralidade das ações de cuidado e vigilância nos âmbitos da atenção básica, especializada e de alta complexidade (SANTIAGO *et al.*, 2016).

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da atenção l.básica em saúde bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal - ESB na Estratégia Saúde da Família - ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias - LRPD) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. Também, o Brasil Sorridente articula outras ações intraministeriais e interministeriais. (BRASIL, 2013b).

Com a PNSB houve uma significativa expansão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), visto que existia uma nítida desproporção entre a oferta de procedimentos odontológicos básicos e especializados, segundo os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIASUS) do ano de 2003, nos quais os procedimentos especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos (BRASIL, 2004).

Após a implantação dessa Política houve um investimento por parte do governo federal na criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Assim, tornou-se necessária a avaliação desse cenário como prestador de serviços à população brasileira. O processo de avaliação e monitoramento é uma etapa fundamental para a implementação do modelo de atenção. A avaliação de políticas e programas é elemento essencial para o planejamento, a redefinição de prioridades e no redirecionamento de ações (FREITAS *et al.*, 2016). A avaliação da qualidade de um serviço de saúde é importante para os processos de gestão, uma vez que passa pelos formatos que envolvem sua organização e sua efetivação (SILVA *et al.*, 2016).

Foi constituída como uma das diretrizes do Ministério da Saúde (MS) a execução da gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços foram empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no País (BRASIL, 2013a).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o PMAQ-AB foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Posteriormente o PMAQ-CEO apresentou como um dos seus principais objetivos a institucionalização da cultura de avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no SUS. (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013a).

O conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), apresenta-se como uma das principais estratégias indutoras da qualidade no Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013a).

Para OLIVEIRA *et al.* (2009), é possível avaliar a qualidade da atenção à saúde a partir do estudo do grau de satisfação do usuário – a quem se deve o porquê da existência de um serviço de saúde, como um indicador de resultado.

DONABEDIAN (1990) define a satisfação como uma medida de resultado da interação entre o profissional da saúde e o paciente. O conceito de satisfação dos usuários ganhou relevância a partir dos anos 1960 acompanhando o desenvolvimento da avaliação de serviços de saúde (ESPIRIDIANO e TRAD, 2005).

De acordo com MENDES (2003) e MENDES (2016), na década de 1980, a popularidade das pesquisas sobre satisfação de usuários aumentou, na essência da avaliação do setor público de serviços de saúde, o que se justifica pelo aumento do consumo e da necessidade de aumentar a eficiência dos serviços ofertados. Até 1987, as pesquisas tinham como principal preocupação o setor financeiro e econômico, dando-se ênfase para os custos e o controle dos gastos. Após esse ano, a qualidade do serviço e a satisfação do usuário tornaram-se o foco das pesquisas realizadas. A década de 1990 foi o apogeu das medidas de avaliação da satisfação de usuários, visto que houve um grande avanço dos Programas de Qualidade no setor empresarial e sua consequente implantação no setor de serviços de saúde.

A mensuração da satisfação do usuário quanto ao serviço recebido passou a ser considerada um elemento de avaliação da qualidade dos serviços de saúde (SILVA, 2014) podendo essa avaliação auxiliar no cotidiano e na gestão dos serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2010), pois, sendo o paciente o principal ator desse cenário, sua ótica sobre a qualidade do serviço ofertado vem, ao longo dos anos, se tornando uma preocupação principal das instituições ofertantes de serviços de saúde, sejam essas públicas ou privadas (TORRES e COSTA, 2015).

A importância deste estudo se dá pelo número reduzido de pesquisas sobre a avaliação de serviços de saúde bucal na atenção secundária no Brasil, bem como pelo fato da satisfação do usuário configurar como um importante instrumento de avaliação da qualidade do atendimento recebido, além de permitir a efetiva participação da comunidade na avaliação dos serviços de saúde, podendo auxiliar no cotidiano e na gestão dos serviços.

Reconhecendo, portanto, a crescente importância e legitimidade da opinião dos usuários sobre a qualidade da atenção, e através da pergunta condutora: “Como se dá a relação usuário-profissional nos Centros de Especialidades Odontológicas?”, este estudo tem como objetivo avaliar a relação usuário-profissional nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil, a fim de subsidiar o planejamento das ações necessárias para a melhoria da qualidade dos serviços, possibilitando a construção de alternativas para a mesma, bem como a efetivação da atenção secundária em saúde bucal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

O termo *Qualitas* é derivado do latim e este deu origem ao vocábulo “qualidade”, o qual, no âmbito da produção de bens e serviços, possibilita identificar uma diversidade de conceitos descritos por importantes estudiosos do século XX, a saber (RODRIGUES, 2012):

- “Qualidade é a capacidade de satisfazer desejos”. – William E. Deming
- “Qualidade é a adequação ao uso”. – Joseph Juran
- “Qualidade é satisfazer ao cliente interno e externo, atendendo ou excedendo suas expectativas, através da melhoria contínua do processo”. – Kaoru Ishikawa
- “Qualidade é ir ao encontro das necessidades do cliente”. – Philip B. Crosby
- “Qualidade é um conjunto de características do produto ou serviço em uso, as quais satisfazem as expectativas do cliente”. – Armand V. Feigenbaum

Ao longo dos anos, a qualidade na saúde foi estabelecida por aqueles que providenciavam o serviço: os profissionais da saúde. Somente na década de 1980 é que o setor da saúde se voltou para a qualidade de uma forma mais gerencial e ativa, como já vinha ocorrendo no campo industrial. Esse cenário é ainda mais novo nos serviços públicos de saúde (RIGHI, SCHMIDT e VENTURINI, 2010).

A qualidade, no campo da saúde, refere-se tradicionalmente “ao caráter apropriado dos cuidados, bem como aos seus aspectos técnicos”. A qualidade é sempre almejada e exigida na produção do cuidado (LUCENA *et al.*, 2016).

A qualidade em serviços públicos, e mais concretamente nos serviços de saúde, é um desafio aos seus gestores, técnicos e todos os outros profissionais que têm capacidades que, se bem geridas, podem originar produtos aptos a satisfazer as necessidades dos seus utilizadores, superando as dificuldades com criatividade, empenho e participação (PISCO, 2006).

Para Donabedian (1980), uma definição para qualidade deveria se iniciar a partir de três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais, financeiros e equipamentos necessários para a assistência médica. O processo, que se refere às atividades envolvendo os profissionais da saúde e usuários, inclui o diagnóstico, o tratamento e os aspectos éticos da relação médico, profissional, equipe de

saúde e paciente. O resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos usuários (REIS *et al.*, 1990)

Anos mais tarde, Donabedian (1990) ampliou esses princípios, utilizando-se do denominado “Sete Pilares da Qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, descritos no Quadro 1 (RIGHI, SCHMIDT e VENTURINI, 2010):

Quadro 1 - Os Sete Pilares da Qualidade

DIMENSÕES	DESCRIÇÃO DA DIMENSÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE
EFICÁCIA	É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade de a arte e a ciência da saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
EFETIVIDADE	É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtido. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
EFICIÊNCIA	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
OTIMIZAÇÃO	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
ACEITABILIDADE	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado.
LEGITIMIDADE	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
EQUIDADE	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Fonte: Adaptado de Donabedian (1994)

Segundo VUORI (1991) *apud* FIGUEIREDO, GOES e MARTELLI (2016), a definição de qualidade engloba os seguintes componentes: adequação, qualidade técnico-científica, efetividade e eficiência. A adequação se refere à relação entre as necessidades do serviço e as necessidades da população. A qualidade técnico-científica corresponde ao grau de utilização dos conhecimentos e tecnologias médicas disponíveis. A efetividade corresponde ao impacto potencial que um serviço ou programa é capaz de produzir e o impacto real em uma situação concreta. E por último, a eficiência, que corresponde à relação entre o impacto real do serviço e os custos de sua produção.

Com um enfoque mais contemporâneo, RODRIGUES (2012) descreve que “Qualidade é o que o cliente percebe ou entende por valor, diante do seu socialmente aprendido, do mercado, da sociedade e das tecnologias disponíveis”. O cenário mundial evidencia que a qualidade não pode ser mais considerada como opcional aos serviços e sim requisito fundamental para sobrevivência. E, mais importante do que isso, é uma responsabilidade social e ética (RIGHI, SCHMIDT e VENTURINI, 2010).

Diante das transformações ocorridas, emerge o conceito de qualidade dos serviços de saúde como tema central das políticas públicas, sendo a avaliação da qualidade um atributo indispensável quando se almeja a excelência do serviço (SANTOS *et al.*, 2010).

De acordo com COLUSSI e CALVO (2011), a qualidade dos serviços de saúde é objeto de atenção e preocupação por parte da sociedade brasileira. A busca pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no Brasil tem recebido grande destaque do Ministério da Saúde. Isso se dá pela importância da adequação das políticas públicas às necessidades da população e do retorno adequado dos investimentos, que se reflete na melhoria da situação de saúde do país.

O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS (BRASIL, 2013a).

De acordo com GOMES *et al.* (2016), para prover qualidade, os serviços de saúde têm que ter bom desempenho, o que abrange respeitar as pessoas em todos os sentidos. Deve respeitar a confidencialidade dos dados clínicos, respeitar a dignidade, que inclui o trato

humanizado e a autonomia do usuário para tomar decisões, e oferecer instalações e infraestrutura de qualidade. Este bom desempenho dos sistemas de saúde foi denominado de capacidade de resposta, ou responsividade, pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Não faz sentido falar-se em “qualidade” se não possuímos um conjunto de instrumentos que permita medi-la e, naturalmente, um referencial. Quando se mede algo é, necessariamente, para enveredar num processo comparativo (CABRITO, 2009).

Avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir. Não se trata apenas de conhecer os diversos aspectos de uma determinada situação. Diagnosticar é fundamental, mas é só o primeiro passo, o mais importante vem depois, com base no que foi avaliado, mudar a realidade, procurando o seu aperfeiçoamento. Um dos principais problemas é que os maiores esforços vão habitualmente para a medição e não para a ação (PISCO, 2006).

BROUSELLE *et al.* (2011) referem que 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 de 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 construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Só a partir da avaliação das situações é possível detectar problemas e encontrar soluções. Não “a solução”, mas alternativas que permitam transformar o real, que não é, nem nunca foi, unidimensional, no sentido de torná-lo mais justo e equitativo. (CABRITO, 2009).

PISCO (2006) reforça a necessidade de criar uma cultura de avaliação, de criar o hábito de medir, substituir uma gestão baseada em opiniões por uma gestão baseada em fatos. Diz ainda que é necessário estimular o hábito de identificar o que pode ser melhorado, promovendo e cultivando uma cultura de responsabilidade, não culpabilizante.

Os serviços de saúde devem ser avaliados quanto à produção, produtividade, qualidade, bem como à prevenção e redução da morbimortalidade e, ainda, a imagem que apresenta aos usuários e clientes (BITTAR, 2000).

A avaliação de qualidade permeia elementos estruturais e organizacionais do serviço, assim como a competência técnica daqueles que desempenham as ações assistenciais, tornando-se elemento significativo para a adequação dos serviços, especialmente daqueles considerados dispositivos para mudança (SANTOS *et al.*, 2010).

Avaliar um serviço é mais complexo que avaliar um produto, pois o produto é tangível e seus defeitos podem ser detectados, por isso, é possível averiguar seu funcionamento e comparar sua durabilidade, enquanto que o serviço é comprado primeiramente, para depois ser produzido e consumido simultaneamente, sendo as possíveis não conformidades produzidas e experimentadas que poderão caracterizar sua inseparabilidade. Os serviços, pelas características de intangibilidade e heterogeneidade são avaliados pelo desempenho e experiência de quem os utiliza (SILVA, 2014).

Assim, sempre será um grande desafio abordar o conceito de qualidade em saúde, considerando a pluralidade de suas dimensões (política, econômica, social e tecnológica) e os sujeitos envolvidos em sua construção (indivíduos, comunidades, grupos, gestores, usuários e profissionais) (DONABEDIAN, 1981; DONABEDIAN, 1988).

A avaliação das políticas e programas existentes no setor de saúde tem como finalidade produzir informações úteis e oportunas à gestão para que essa possa melhorar as ações de saúde e qualificar o cuidado (LUCENA *et al.*, 2016).

A finalidade de políticas de avaliação e de melhoria da qualidade não pode ser apenas demonstrar os problemas nem propor soluções para os problemas detectados, mas produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo não é outro senão a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis (RIGHI, SCHMIDT e VENTURINI, 2010).

Observar a avaliação de serviços é fundamental para que pontos de fragilidade possam vir à tona para dar subsídios para que a gestão aprimore processos e produtos, a fim de garantir acesso e qualidade à população garantindo assim a universalidade, a equidade e integralidade do cuidado (CARRER *et al.*, 2016).

De acordo com COLUSSI e CALVO (2011), a avaliação dos serviços de saúde pode ser entendida como um meio de prover a melhoria contínua da atenção com equilíbrio de custos, gerando um atendimento de qualidade para o usuário.

A orientação desse tipo de avaliação visa trazer ao cotidiano dessas instituições um aperfeiçoamento que propicie benefícios ao usuário, aos profissionais e à própria gestão dos serviços de saúde (KITAMURA *et al.*, 2016), onde o questionamento sobre a capacidade da avaliação em produzir informações e julgamentos possa ajudar concretamente os “decisores” e usuários a melhorar o desempenho de seus sistemas de saúde (CRUZ, 2012).

O Ministério da Saúde priorizou a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. São muitos os esforços empreendidos para a implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no país (BRASIL 2013a).

No Brasil, mesmo sem uma Política Nacional de Qualidade em Saúde definida nos marcos regulatórios e formalmente institucionalizada, o Ministério da Saúde se vê na obrigatoriedade de formular estratégias que estimulem o controle e a garantia de qualidade em serviços de saúde (MENDES *et al*, 2016).

Para GOES *et al.* (2012), a avaliação configura-se, então, como necessária, tanto para a tomada de decisões – e consequente reordenamento dos serviços de saúde – quanto para a melhoria da qualidade e vigilância em saúde.

O processo avaliativo de serviços de saúde, contudo, não pode ser considerado um fim em si mesmo, mas um momento em que um julgamento explícito é elaborado, e, a partir daí, desencadeia um movimento de transformação na busca pela melhoria da qualidade do atendimento (MAGALHÃES *et al.*, 2015).

Desse modo, a avaliação das ações dos serviços de saúde constitui-se em um poderoso instrumento de mudança, que não deve ser visto como uma ameaça, mas sim como um incentivo para diagnosticar uma realidade, a fim de nela intervir para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade (PISCO, 2006).

No contexto recente do SUS, destaca-se a iniciativa governamental do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) como estratégia às avaliações de qualidade, nas quais a escuta aos cidadãos tem sido colocada como um dos seus componentes principais (BRASIL, 2012a).

Entre os objetivos do programa, destaca-se a institucionalização da cultura de avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013a).

2.2 CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) E PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (PMAQ-CEO)

Dentre os estabelecimentos de saúde bucal que constituem a rede de atenção em Saúde bucal no Brasil, os Centros de Especialidades Odontológicas têm papel fundamental na garantia da integralidade. Foram instituídos pela Portaria 599/GM de 23 de março de 2006, que definiu sua implantação e estabeleceu critérios, normas e requisitos para seu credenciamento (BRASIL 2006a).

Por se tratarem de um serviço do nível secundário da atenção, os CEO requerem uma maior incorporação de equipamentos, insumos e materiais odontológicos, assim como de profissionais mais especializados em determinados problemas de saúde bucal; sendo assim, os tratamentos realizados nesses serviços são, de maneira geral, dispendiosos e inacessíveis para a maior parte dos brasileiros no que se refere ao âmbito privado (MAGALHÃES *et al.*, 2015).

Os CEO são serviços de atenção secundária, cuja proposta é constituída em unidades de referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional. Eles são registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Tipo Clínica Especializada / Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo as seguintes atividades (BRASIL, 2006a):

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

Segundo o critério físico-estrutural, os CEO podem ser classificados em: Tipo I (três consultórios odontológicos completos), Tipo II (quatro a seis consultórios odontológicos completos) e Tipo III (sete ou mais consultórios odontológicos completos) (BRASIL, 2006a).

Os Centros de Especialidades Odontológicas impactaram, desta forma, o modelo de atenção em saúde bucal no Brasil, e conseqüentemente, geraram transformações que há muito se esperava nas linhas de cuidado em saúde bucal (FIGUEIREDO, GOES e MARTELLI, 2016).

O desafio que persiste é construir uma rede de cuidados em saúde bucal coerente com os princípios do SUS, que garanta o cuidado em todos os níveis de atenção (AQUILANTE e ACIOLE, 2015).

GOES *et al.* (2012) referem que, sendo os CEO representativos dos serviços secundários de saúde bucal, devem ser avaliados de acordo com o objetivo para o qual foram criados: melhorar o atendimento em todas suas dimensões, inclusive na de resultados, particularmente quanto à satisfação do usuário.

A partir da década de 1990 ocorreu no país uma reforma gerencial que passou a enfocar resultados e aferição de indicadores, novas pesquisas na gestão e avaliação das políticas públicas que permitiram o desenvolvimento de processos de avaliação e monitoramento (SANCHO e DAIN, 2012). Particularmente, à construção de indicadores nos serviços de saúde bucal brasileiros, havia carência de informações qualitativas e quantitativas, especialmente devido à ausência de uma “cultura” institucionalizada de avaliação dos serviços, que também perpassa pela necessidade de planejamento das ações de saúde, seja no âmbito do cuidado, seja no campo da gestão; assim, o desenvolvimento do processo de avaliação passou a ser impactado (GOES *et al.*, 2012; CASTRO, 2007).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, tem como uma de suas diretrizes “estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários” (BRASIL, 2012a).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) foi implantado no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, pela Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013, produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos nos quais, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do Programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas em todo o Brasil, como fator de melhoria do acesso e da qualidade. Assim como na atenção básica, o 1º ciclo constituiu-se de quatro fases distintas, sendo elas: Adesão e contratualização, Desenvolvimento, Avaliação externa e Recontratualização (BRASIL, 2013a).

Posteriormente o 2º ciclo do PMAQ-CEO foi composto por 3 fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento.

O PMAQ tem suscitado debates e investigações, no qual o repasse de recursos fica condicionado à adequação de parâmetros de qualidade (BARBOSA, 2016; MORAES e IGUTI, 2013), onde o componente da autoavaliação é entendido como importante ponto de partida de desenvolvimento do PMAQ.

Entre os principais objetivos do programa, merecem destaque: o reforço às práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção à saúde ofertada ao cidadão; o fortalecimento das ações e estratégias da gestão do CEO que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores; o reconhecimento da importância da avaliação dos usuários para fortalecer sua participação; o conhecimento das realidades e singularidades dos serviços, registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para o planejamento e construção de ações de melhoria em todos os níveis (SANTIAGO *et al.*, 2016).

Um outro objetivo do PMAQ-CEO é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção especializada em saúde bucal, fortalecendo o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL 2013a).

A percepção do usuário sobre a sua saúde também é importante para a avaliação dos serviços odontológicos, considerando que pode fazer com que busque ou não o serviço. Assim, torna-se relevante a escuta do usuário para a adequação e implementação dos serviços dentro de cada realidade social (SILVA *et al.*, 2006).

Pesquisar a respeito da satisfação dos usuários é uma tarefa fundamental para a gestão do serviço prestado, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do usuário, ou cliente, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pela organização. O desenvolvimento de um sistema de avaliação de satisfação pode representar uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de gestão para o setor de serviços. Isso ainda viria a somar-se aos grandes esforços já realizados de padronização e aprimoramento dos serviços da área da saúde, suportados pelos inúmeros

programas de qualidade que se desenvolvem e são amplamente divulgados em todo o país (MILAN, 2005).

Desse modo, a melhoria dos programas de saúde pode ser baseada no processo de avaliação apoiado na análise do sistema por meio da ótica do usuário, servindo de parâmetro para as ações e políticas de saúde (MOIMAZ *et al.*, 2010).

O controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, e suas manifestações mais importantes são o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação (CREVELIM, 2005). O controle social fortalecido com o advento do SUS e o incentivo à participação da comunidade pressupõem uma concepção do usuário com competência para avaliar e intervir modificando o próprio sistema (TRAD. e BASTOS, 1998). Sendo a população em sua totalidade beneficiada com projetos e ações em saúde, a opinião dos usuários quanto à qualidade da atenção é considerada de extrema relevância quando se busca avaliar esses serviços. Assim, não se pode deixar de considerar sua percepção, a fim de contribuir para a melhoria do sistema de saúde (SANTOS, 1995; JESUS e CARVALHO, 2002).

2.3 A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E SUA RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS

O sujeito adquiriu um lugar – social, político e simbólico – proeminente, na avaliação dos sistemas e serviços de saúde, seja ele no papel de paciente, usuário, consumidor ou cliente. Esse lugar varia de acordo com o contexto em que cada um desses papéis do sujeito é exercido, mas qualquer um deles, que muitas vezes depende do modo como o sistema de saúde é desenhado, não elimina o fato de que todos podem ser abrigados pelo guarda-chuva mais geral dos direitos – individuais e sociais (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

O usuário é o ator principal de qualquer serviço de saúde. Todo o sistema de saúde deve ser pensado para garantir o acesso e a qualidade à população dos serviços prestados. No caso brasileiro, este acesso deve ser universal, respeitando os princípios da equidade e integralidade do cuidado (CARRER *et al.*, 2016).

O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian (1984) permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os pacientes – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A partir de então, os usuários não puderam mais ser ignorados (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

Dessa reflexão e considerando que a Saúde Pública possui o objetivo de prestar serviços de qualidade aos brasileiros, surgem questionamentos: Quem melhor do que os usuários para avaliar os serviços de saúde bucal oferecidos? Qual é a satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde bucal? (SANTOS *et al.*, 2015).

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

No domínio da saúde, satisfação compreende as reações do usuário de serviços de saúde aos aspectos do serviço recebido. Nesse sentido, a satisfação caracteriza-se como de natureza multidimensional uma vez que o mesmo sujeito pode mostrar-se insatisfeito com alguns aspectos em torno do seu tratamento e, no entanto, mostrar-se extremamente satisfeito com outros aspectos. Assim, a satisfação foca-se nas expectativas do usuário do serviço e pode variar na medida em que as suas referências de confronto entre os serviços mudem, mesmo que o serviço prestado permaneça constante (SUDA, UEMURA E VELASCO, 2009).

O termo satisfação diz respeito ao atendimento dos desejos, das necessidades e das expectativas dos usuários que fazem parte de uma comunidade, com a intenção de que todas essas questões sejam de fato atendidas e traduzidas em ofertas de ações e serviços (EMMI e BARROSO, 2008), ou seja, tal sentimento traz um julgamento sobre as características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade (FAVARO e FERRIS, 1991).

Destaca-se que a ideia da satisfação do paciente define-o como sujeito de práticas e coloca-o no lugar de poder valorizar certos atributos que são considerados importantes para a atenção. Esta valorização do relato do paciente outorga-lhe um lugar privilegiado como sujeito de direitos e fortalece, direta e indiretamente, a cultura participativa (HOLLANDA *et al.*, 2012).

O seu papel como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o

atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (TORRES e COSTA, 2015).

A importância e a necessidade de se levar em conta as expectativas dos usuários dos serviços odontológicos a respeito do que é oferecido reforçam a ideia de que a satisfação deve servir como medida da qualidade dos cuidados de saúde oferecidos localmente (EMMI e BARROSO, 2008).

De acordo com CARRER *et al.* (2016), diversos conceitos e abordagens sobre satisfação e percepção dos usuários são encontrados na literatura. Para Kloetzel *et al.*, essas avaliações podem prever comportamentos futuros dos usuários, assim como podem conferir o grau de adesão dos pacientes aos tratamentos, o que consiste em fator de extrema importância para a obtenção de sucesso clínico. Assim, as pesquisas no âmbito da satisfação do usuário devem propiciar aperfeiçoamento no cotidiano dos serviços, além de avanços significativos para a gestão dos serviços de saúde.

A satisfação do paciente deve ser considerada um propósito a ser alcançado pelos serviços de saúde, sendo a sua análise de grande importância, pois representa um monitoramento das ações ofertadas na ótica do usuário, principal alvo da existência desses serviços. Essa temática tem sido de muito interesse, uma vez que usuários satisfeitos tendem a aderir melhor ao tratamento, ao passo que o usuário insatisfeito, faz propaganda negativa do serviço e provavelmente, não retorna ao local para novos atendimentos (TORRES e COSTA, 2015).

O monitoramento das ações de saúde é um pilar importante para o sistema de saúde conseguir entender como a integralidade da atenção ao usuário é ofertada, sendo essencial reconhecer as necessidades da população e oferecer os recursos para respondê-las (GOES *et al.*, 2012; CASTRO, 2007).

Assim, a utilização dos serviços é resultante da interação do comportamento dos usuários que procuram os cuidados e dos profissionais que os conduzem (PINTO *et al.*, 2014).

A mensuração da satisfação do usuário quanto ao serviço recebido, passou a ser considerada um elemento de avaliação da qualidade dos serviços de saúde (SILVA, 2014) e essa satisfação deve ser valorizada como parte dos estudos das relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde e como instrumento de controle social (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005), sendo uma maneira democrática de avaliação, possibilitando a participação social nos

serviços de saúde preconizada pela Reforma Sanitária Brasileira (LIMA, CABRAL e VASCONCELOS, 2010).

A intenção real de se obter o nível de satisfação dos usuários é, principalmente, a de transformar essas informações em medidas que permitirão o aperfeiçoamento dos serviços. A satisfação dos usuários é uma meta a ser alcançada pelos serviços e dessa maneira deve ser pesquisada, visando o aperfeiçoamento do atendimento (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005).

As metodologias que incorporam a visão do usuário são vistas como parte de um paradigma no qual se reafirmam princípios relativos a direitos individuais e de cidadania, tais como expressos nos conceitos de humanização e direitos do paciente (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

A satisfação do usuário está inserida na complexa área de avaliação qualitativa dos serviços de saúde, cujo objetivo é transformar conceitos em estratégias de mudanças, devendo os critérios e padrões de obtenção dessas medidas de avaliação ser em linguagem adequada que permita a clara compreensão por parte dos usuários. A satisfação do usuário passou a ser uma meta dos serviços de saúde e um pré-requisito da qualidade do cuidado. (TORRES e COSTA, 2015).

Apesar da mensuração da satisfação do usuário ser um processo complexo, a concepção de uma administração em saúde voltada para a qualidade, aliada ao crescimento dos movimentos dos consumidores, propiciou aos pacientes um lugar importante a ser considerado nesta perspectiva da avaliação dos serviços de saúde (SILVA, 2014).

Para ESPERIDIÃO e TRAD (2005), nos serviços públicos, o poder de pressão dos usuários é baixo, pois não há necessidade de captação de clientela, como no setor privado. As avaliações de satisfação de usuário de serviços públicos podem representar um importante meio para contornar esta questão, atuando como instrumentos de dar voz aos usuários (*voice giving*). Deste modo, permitem aos usuários oportunidades de expressão nas quais podem monitorar e controlar as atividades dos serviços públicos de saúde, fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercendo controle social.

Assim, o conhecimento sobre o nível de satisfação do paciente com os serviços de saúde utilizados é uma condição *sine qua non* para que suas necessidades sejam percebidas e efetivamente atendidas (TORRES e COSTA, 2015).

No que diz respeito à relação com os usuários, importa muito que as equipes de saúde bucal dos CEO estejam atentas e participem de todos os movimentos de controle social nas reuniões das comissões locais, dos Conselhos de Saúde, das Conferências, das discussões e decisões em outras instâncias de participação social como as Câmaras de Vereadores, Ministério Público e outros para que possam se inteirar das demandas e dos problemas, visando a busca de respostas possíveis. Desta forma, poderão inserir os CEO como pontos de atenção de uma rede que é capaz de ofertar serviços em sintonia com os movimentos sociais (SANTIAGO *et al.*, 2016).

As pesquisas avaliativas na visão dos usuários constituem-se como um instrumento de grande importância para diagnosticar uma realidade, a fim de nela intervir para que os diferentes serviços de saúde ofereçam assistência de qualidade. Cabe ainda ressaltar que os CEO são serviços estratégicos para o desenvolvimento da PNSB (MAGALHÃES *et al.*, 2015).

RIGHI, SCHMIDT e VENTURINI (2010) reforçam que a avaliação da satisfação do usuário é um parâmetro que representa respostas quanto às suas esperanças e desejos, podendo se tornar um instrumento útil da assistência e melhoria da qualidade de vida.

SANTOS *et al.* (2010) reforçam que o estabelecimento de diálogo entre usuário e serviço implica a elucidação das reais necessidades e fragilidades apresentadas, propiciando alternativas cabíveis à adequação do serviço. A opinião do usuário contempla a estratégia do Governo Federal de fortalecimento da gestão democrática mediante o controle social das políticas públicas, assegurando o exercício da cidadania, direito que consta na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.142/90).

PINTO, SOUSA e FERLA (2014) reforçam que o controle social, a participação da comunidade em cada serviço e “coletas sistemáticas da opinião e satisfação do usuário sejam fatores permanentes de crítica, correção e orientação da política e da organização e atuação dos serviços de saúde da Atenção Básica”.

A avaliação do serviço, na visão do usuário, além de favorecer a humanização na instituição, oportuniza os gestores a conhecerem, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permite a adequação deste às suas expectativas (SILVA, 2014).

Diante do exposto, sendo o usuário o principal alvo dos serviços oferecidos, sua percepção/satisfação torna-se importante para embasar a avaliação da qualidade dos cuidados

ofertados em saúde, completando-os, redirecionando-os ou melhorando-os quando necessário. Essa flexibilização e mudanças de estratégias enriquecem a trajetória do processo de avaliação, tornando-o uma construção contínua, que interessa a ambos os lados, a quem oferta e a quem recebe, em busca de um nível de excelência (TORRES e COSTA, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a relação usuário-profissional nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o perfil sociodemográfico dos usuários e perfil dos CEO.

Elaborar o Índice de Satisfação da relação Usuário-profissional do CEO, o Índice de Percepção da relação usuário-profissional dos CEO e o Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação usuário-profissional do CEO.

Testar a associação entre os Índices e Indicador Global elaborados em função do perfil sóciodemográfico dos usuários e do perfil dos CEO

Avaliar a satisfação e percepção dos usuários dos CEO Descrever o perfil sociodemográfico dos usuários e o perfil do CEO conforme o Índice de Satisfação, Índice de Percepção e Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação usuário-profissional dos CEO.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se estudo avaliativo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários obtidos da Avaliação Externa (AE) do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Utilizaram-se apenas os dados referentes ao Módulo III - Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário, sobre a relação usuário-profissional.

A avaliação externa é uma das fases operacionais do PMAQ/CEO, que considera as ações em saúde no campo das práticas sociais. Tem suas bases conceituais, teóricas e metodológicas na abordagem do modelo sistêmico donabediano estrutura-processo-resultados e da qualidade em saúde. Operacionalmente, consistiu na coleta de informações para analisar a condições de acesso e qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que participam do Programa (GOES *et al.*, 2018), como a finalidade reconhecer e valorizar os esforços e resultados dos CEO e do Conselho Estadual, Municipal e gestores do Distrito Federal na qualificação da Atenção Especializada em Saúde Bucal, para formular juízos de valor das Unidades de Saúde pesquisadas para decisões a serem tomadas (GOES *et al.*, 2018).

4.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

A amostra inicial era de 8.897 usuários, porém houve uma análise crítica e uma limpeza do banco de dados e 148 foram excluídos pois foram verificados, além de erros de registros, inconsistências com relação à identificação da data de nascimento, com usuários menores de 18 anos.

A população do estudo foi de 8.749 usuários (presentes nos CEO no dia da visita dos avaliadores) que responderam a todas as perguntas do questionário. Os critérios de inclusão adotados neste estudo foram os mesmos do Instrutivo do PMAQ-CEO: o paciente ser maior de 18 anos e não estar sendo atendido pela 1ª vez. Os critérios de exclusão foram os CEO que até a data estabelecida para a avaliação estavam em reformas e CEO onde não se permitiu o acesso de avaliadores de qualidade após três tentativas de marcação da visita. O estudo do

PMAQ-CEO selecionou 10 usuários de cada Unidade, em uma amostragem não probabilística, no período de outubro de 2013 a maio de 2014.

Os avaliadores de qualidade da AVE-PMAQ-CEO, selecionados e capacitados pelas Instituições de Ensino (IES) e Pesquisa (IEP), aplicaram instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão.

O estudo foi realizado com dados de CEO de todo Brasil, totalizando 932 estabelecimentos de saúde. Ressalta-se que a amostra inicial prevista era de 984 estabelecimentos na pesquisa original, porém 52 (5%) foram excluídos por se encontrarem fechados, em reforma, desabilitados pelo Ministério da Saúde ou que se recusaram a participar.

4.3 COLETA DE DADOS

Realizou-se coleta dos microdados do 1º ciclo da AE-PMAQ/CEO, mediante o acesso ao site do Departamento de Atenção Básica (DAB/SUS). As informações do Módulo III - Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário do Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (Anexo 1) foram exportadas para o programa Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos).

O perfil dos CEO se traduz pelas características dos serviços e do contexto obtidas da seguinte forma: o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi obtido através do Censo Demográfico de 2010, sendo extraído do Portal Cidades do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As variáveis tempo de implantação e Cobertura de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) foram extraídas do sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, no Histórico de Cobertura da Saúde da Família, referente a 2014. Também foram avaliadas as regiões brasileiras como variáveis em nosso estudo.

4.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Foram selecionadas as variáveis sociodemográficas relacionadas ao perfil do usuário (individuais) selecionadas do Módulo III do Instrumento do PMAQ-CEO (Quadro 2).

Quadro 2 - Variáveis do perfil do usuário

Variável	Descrição	Categorização
Sexo	Sexo	1-Masculino 2-Feminino
Idade	Qual a data do seu aniversário?	DD/MM/AAAA
Cor/raça	Qual a sua cor ou raça?	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda/mestiça 5-Indígena 6-Ignorada
Escolaridade	Até quando o(a) senhor(a) estudou?	1-Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever) 2-É alfabetizado (sabe ler e escrever) 3-Ensino fundamental incompleto 4-Ensino fundamental completo 5-Ensino médio incompleto 6-Ensino médio completo 7-Ensino superior incompleto 8-Ensino superior completo 9-Pós-graduação
Renda	Qual a renda familiar?	Menos de 1 salário mínimo De 1 a 2 salários mínimos De 2 a 3 salários mínimos De 3 a 5 salários mínimos De 5 a 10 salários mínimos Mais de 10 salários mínimos Sem rendimento

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

As variáveis de contexto foram diferenciadas em sendo do estabelecimento de saúde e do município, as quais estão descritas e categorizadas no quadro 3.

Quadro 3 - Variáveis do perfil dos CEO

Tipo	Variável	Descrição	Categorização
Serviços	Tipo de CEO	Categorização do serviço quanto ao nº de cadeiras odontológicas que possui	1- Tipo I 2- Tipo II 3- Tipo III

	Tempo de implantação	Há quanto tempo o CEO funciona no município	1- Até 5 anos 2- Mais de 5 anos
Contexto	IDH Municipal	Nível de desenvolvimento humano do município	1- Menor que 0,7 2- Maior ou igual a 0,7
	Cobertura de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família	Número médio de equipes de saúde bucal da atenção básica, para cada 3.450 pessoas, em relação à população residente total no município no ano avaliado multiplicado por 100.	1- Menor que 50% 2- Maior ou igual a 50%
	Região	Agrupamento de Unidades Federativas com características semelhantes	1- Centro-Oeste 2- Nordeste 3- Norte 4- Sudeste 5- Sul

Fonte: Elaboração própria com dados do IBGE/DAB/MS

As variáveis foram definidas a partir dos padrões sobre as relações humanas (usuário-profissional) do Módulo III do PMAQ-CEO. Foram diferenciadas as seguintes variáveis: Satisfação do usuário; Percepção do usuário e Nota ao cuidado recebido pelo dentista.

A descrição e categorização das variáveis de satisfação e percepção dos usuários dos CEO se encontram nos quadros 4 e 5, respectivamente.

Quadro 4- Variáveis de satisfação

Subdimensão	Variável	Descrição	Categorização
Acolhimento	Acolhimento no serviço	Questão III.4.1: Como foi o seu acolhimento ao procurar o serviço do CEO?	1- Muito bom 2- Bom 3- Razoável 4- Ruim 5- Muito ruim
	Conforto no serviço	Questão III.5.1: Com relação ao conforto. Como o(a) senhor(a) se sente durante o atendimento no consultório?	1- Muito bom 2- Bom 3- Razoável 4- Ruim 5- Muito ruim

Insumos, equipamentos e ambiência	Satisfação com o atendimento recebido no CEO	Questão III.8.7: Na sua opinião, de forma geral o atendimento que o(a) senhor(a) recebe neste CEO é	1- Muito bom 2- Bom 3- Regular 4- Ruim 5- Muito ruim
-----------------------------------	--	---	--

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

Quadro 5- Variáveis de percepção

Subdimensão	Variável	Descrição	Categorização
Acolhimento	Respeito	Questão III.4.2: O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?	1- Sim, sempre 2- Sim, algumas vezes 3- Não
Marcação de consultas neste CEO	Marcação de consultas	Questão III.3.5: O(a) senhor(a) foi consultado(a) sobre o melhor horário e dia para agendar o seu atendimento?	1- Sim 2- Não
Atendimento	Orientações pós-tratamento	Questão III.5.2: Durante o seu tratamento, com qual frequência o(a) senhor(a) é orientado(a) pelos profissionais sobre os cuidados que deve tomar para se recuperar tais como: a necessidade de repouso, alimentação adequada, utilização de medicamentos e outros?	1- Sempre 2- Na maioria das vezes 3- Quase nunca 4- Nunca
Vínculo e responsabilização	Esclarecimentos sobre o tratamento	Questão III.6.1: Durante o atendimento o dentista esclareceu sobre o seu tratamento?	1- Sim 2- Não 3- Nunca
	Identificação do usuário pelo nome	Questão III.6.2: Os profissionais deste CEO lhe chamam pelo nome?	1- Sim 2- Não
	Lembrança das últimas consultas	Questão III.6.3: Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?	1- Sim 2- Não 3- Não sabe / não respondeu

	Acesso aos profissionais	Questão III.6.4: Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?	1- Sempre 2- Na maioria das vezes 3- Quase nunca 4- Nunca 5- Não precisou tirar dúvidas
	Procura no caso de abandono do tratamento	Questão III.6.5: Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?	1- Sim, o ACS da UBS 2- Sim, os profissionais do próprio CEO 3- Não 4- Nunca abandonou ou faltou

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

A variável “Nota ao cuidado recebido pelo dentista”, advém da questão III.8.8 onde o usuário atribui uma nota para o dentista pelo atendimento prestado e que, considerando essas notas foram criadas 2 categorias: < 9 (nota abaixo da mediana) e > 9 (nota acima da mediana), conforme o Quadro 6.

Quadro 6- Variável da nota atribuída ao dentista

Subdimensão	Variável	Descrição	Categorização
Insumos, equipamentos e ambiência	Satisfação com o dentista	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) dentista?	0 a 10

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

A partir das variáveis das questões elencadas, originalmente, elaborou-se o Índice de Satisfação da relação do Usuário-profissional do CEO (ISUP-CEO), Índice de Percepção da relação Usuários-profissional do CEO (IPUP-CEO), além de um Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação Usuário-profissional do CEO (IGSPUP-CEO).

O ISUP-CEO é resultante das respostas das três questões selecionadas e relacionadas à satisfação do usuário que foram medidas em escala Likert, que é a mais utilizada quando se quer avaliar opiniões e atitudes das pessoas, permitindo determinar o nível de concordância ou discordância dos entrevistados (LIKERT, 1971). Foram atribuídas as seguintes pontuações de acordo com as respostas dadas: Muito bom = 1, Bom = 2, Razoável ou Regular = 3, Ruim = 4 e Muito ruim = 5, de modo que o somatório delas deu origem ao índice com as categorias descritas no Quadro 7.

Quadro 7 - Categorias relacionadas ao Índice de Satisfação

Somatório das respostas	Categoria
Entre 3 e 6	1- Satisfeito com a relação usuário-profissional
Entre 7 e 11	2- Parcialmente satisfeito com a relação usuário-profissional
Entre 12 e 15	3- Insatisfeito com a relação usuário-profissional

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

O IPUP-CEO é resultante das respostas das 8 questões relacionadas à percepção do usuário e que foram medidas com caráter dicotômico SIM e NÃO (ver questões no quadro 5). As respostas “SIM” receberam a pontuação “1” e as respostas “NÃO” receberam a pontuação 2. As respostas: “Sim, sempre”, “Sim, algumas vezes” e “Na maioria das vezes” foram consideradas como “SIM” e as respostas: “Quase nunca” e “Nunca” foram consideradas “NÃO”. Ressalta-se que as respostas: “Não sabe” ou “Não respondeu” da questão III.6.3 foram desconsideradas. Também desconsideramos as respostas: “Não precisou tirar dúvidas” da questão III.6.4 e “Nunca abandonou ou faltou” da questão III.6.5 por considerarmos que esses usuários não vivenciaram o que estava sendo questionado.

Dessa forma, as respostas foram agrupadas em três categorias, de acordo com o Quadro 8, onde também se encontram as pontuações atribuídas.

Quadro 8- Categorias relacionadas ao Índice de Percepção

Somatório das respostas	Categoria
8	1- Percepção Boa com a relação usuário-profissional
Entre 9 e 15	2- Percepção Regular com a relação usuário-profissional
16	3- Percepção Ruim com a relação usuário-profissional

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

O IGSPUP-CEO é resultante do agrupamento dos índices elaborados supracitados. Foram criadas as seguintes categorias: Satisfatório (somatório da Categoria 1 do Índice de Satisfação e da Categoria 1 do Índice de Percepção), Parcialmente satisfatório (somatório da Categoria 2 do Índice de Satisfação e da Categoria 2 do Índice de Percepção) e Insatisfatório (somatório da Categoria 3 do Índice de Satisfação e da Categoria 3 do Índice de Percepção) (Quadro 9).

Quadro 9- Categorias relacionadas ao Indicador Global de Satisfação e Percepção

Somatório das combinações das categorias dos índices	Categoria
2	Satisfatório
3-5	Parcialmente satisfatório
6	Insatisfatório

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi descritiva e analítica, com auxílio do programa estatístico Statistical Package for Social Scienses – SPSS versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). A análise descritiva foi apresentada em distribuição de frequências, proporções e

medidas de tendência central. Os dados foram classificados de forma sistemática, com sumarização dos mesmos para avaliar as características gerais da população de estudo.

Posteriormente foram realizadas análises bivariadas onde os índices foram descritos conforme as variáveis dos usuários e do CEO. Para testar a homogeneidade entre as variáveis, foi utilizado o teste de qui quadrado de Pearson e considerado o nível de significância de 5%.

4.5.1 Plano de Análise

Nos quadros 10 e 11 estão descritas as relações executadas para as análises estatísticas exploratórias.

Quadro 10- Plano de análise entre satisfação e percepção da relação usuário-profissional e variáveis do perfil do usuário

Índice de Satisfação da relação Usuário-profissional do CEO	Variáveis do perfil do usuário
Índice de Percepção da relação Usuário-profissional do CEO	
Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação Usuário-profissional do CEO	
Nota ao cuidado recebido pelo dentista	

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

Quadro 11 - Plano de análise entre satisfação e percepção da relação usuário-profissional e variáveis contextuais

Índice de Satisfação da relação Usuário-profissional do CEO	Variáveis contextuais
Índice de Percepção da relação Usuário-profissional do CEO	
Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação Usuário-profissional do CEO	
Nota ao cuidado recebido pelo dentista	

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Como nessa pesquisa foram utilizados dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Ministério da Saúde, não sendo possível identificar os participantes, não houve a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa)

Porém, a Pesquisa original foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e 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.

5 RESULTADOS

Foram entrevistados 8.749 usuários. O perfil sociodemográfico dos usuários indicou que a maioria era do sexo feminino (69,9%), na faixa etária de 30 a 59 anos de idade (64,1%), de cor parda/mestiça (44,8%), com ensino fundamental incompleto (29,9%) e com rendimento familiar entre 1 a 2 salários mínimos (46,8%). A distribuição de frequência do perfil sociodemográfico dos usuários encontra-se detalhada na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição de frequência das características sociodemográficas dos usuários dos CEO. Brasil, 2014

Variáveis	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	2.631	30,1
	Feminino	6.118	69,9
	Total	8.749	100,0
Idade	18 – 29 anos	1.919	21,9
	30 – 59 anos	5.605	64,1
	> 59 anos	1.225	14,0
	Total	8.749	100,0
Cor/raça	Branca	3.502	40,0
	Preta	1.015	11,6
	Amarela	166	1,9
	Parda/mestiça	3.918	44,8
	Indígena	82	0,9
	Ignorada	66	0,8
Escolaridade	Total	8.749	100,0
	Não é alfabetizado	355	4,1
	É alfabetizado	302	3,5
	Ensino fundamental incompleto	2.604	29,9
	Ensino fundamental completo	975	11,1
	Ensino médio incompleto	879	10,0
	Ensino médio completo	2.521	28,8
	Ensino superior incompleto	525	6,0
	Ensino superior completo	479	5,5
	Pós-graduação	99	1,1
Renda familiar	Total	8.749	100,0
	Sem rendimento	167	1,9
	Menos de 1 salário mínimo	1.196	13,7
	De 1 a 2 salários mínimos	4.097	46,8
	De 2 a 3 salários mínimos	1.777	20,3
	De 3 a 5 salários mínimos	993	11,3
	De 5 a 10 salários mínimos	261	3,0
Mais de 10 salários mínimos	34	0,4	
Total	8.749	100,0	

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

Com relação ao perfil dos serviços, constatou-se que a maioria dos usuários que respondeu à entrevista era do CEO tipo II e com menos de 5 anos de tempo de implantação. O maior número de usuários foi de cidades com IDH acima de 0,7, com menos de 50% de cobertura de saúde bucal e da Região Nordeste. A distribuição de frequência do perfil dos serviços encontra-se descrito na Tabela 2.

Tabela 2- Distribuição de frequência do perfil dos serviços. Brasil, 2014

Características	Variável	Categoria	n	%
Serviços	Tipo de CEO	I	3.236	37,0
		II	4.389	50,2
		III	1.123	12,8
		Total	8.749	100,0
	Tempo de implantação do CEO	< 5 anos	5.790	66,2
	≥ 5 anos	2.958	33,8	
	Total	8.749	100,0	
Contexto	IDH Municipal	Até 0,7	790	9,1
		Acima de 0,7	7.958	90,9
		Total	8.749	100,0
	Cobertura de Saúde Bucal	< 50%	5.422	61,2
		≥ 50%	3.326	38,8
Total		8.749	100,0	
Regiões do Brasil	Centro-oeste	553	6,3	
	Nordeste	3.340	38,2	
	Norte	485	5,5	
	Sudeste	3.252	37,2	
	Sul	1.109	12,8	
	Total	8.749	100,0	

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

A distribuição de frequência do ISUP-CEO apresentou que a maioria dos usuários entrevistados (90,8%) estava satisfeito enquanto que apenas 9,2% deles se mostrou parcialmente satisfeito (Tabela 3). Nenhum pesquisado relatou que estava insatisfeito.

Tabela 3- Frequência do Índice de Satisfação da relação Usuário-profissional dos CEO. Brasil, 2014

Categoria	n	%
Satisfeito	7.491	90,8
Parcialmente satisfeito	808	9,2
Total	8.749	100,0

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

A análise do ISUP-CEO segundo o perfil sociodemográfico dos usuários apontou que as variáveis Idade, Cor/raça e Renda familiar apresentaram resultados estatisticamente significantes (Tabela 4). Os idosos tiveram o maior percentual de satisfeitos e aqueles que estavam incluídos na faixa etária de 18-29 anos apresentaram-se parcialmente satisfeitos. Para o quesito cor/raça, encontrou-se que os usuários brancos se mostraram satisfeitos, enquanto a categoria ignorada obteve maior percentual de parcialmente satisfeitos. Sobre a renda familiar, os usuários com rendimentos superiores a 10 salários mínimos se mostraram satisfeitos, enquanto aqueles com renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos foram os que apresentaram o índice de parcialmente satisfeitos.

Tabela 4- Descrição do Índice de Satisfação da relação Usuário-profissional dos CEO segundo as características sociodemográficas dos usuários. Brasil, 2014.

Características sociodemográficas	Satisfeito		Parcialmente satisfeito		Total		p-valor	
	n	%	n	%	n	%		
Idade	18 a 29 anos	1.955	88,9	306	11,1	2.261	100,0	,000*
	30 a 59 anos	5.098	91,0	507	9,0	5.605	100,0	
	> 60 anos	839	95,0	44	5,0	883	100,0	
Sexo	Masculino	2.409	91,6	222	8,4	2.631	100,0	,091
	Feminino	5.532	90,4	586	9,6	6.118	100,0	
Cor/Raça	Branca	3.245	92,7	257	7,3	3.502	100,0	,000*
	Preta	924	91,0	91	9,0	1.015	100,0	
	Amarela	145	87,3	21	12,7	166	100,0	
	Parda/ Mestiça	3.498	89,3	420	10,7	3.918	100,0	
	Indígena	72	87,8	10	12,2	82	100,0	
	Ignorada	57	86,4	9	13,6	66	100,0	
Escolaridade	Não é alfabetizado	329	92,7	26	7,3	355	100,0	,091
	É alfabetizado	275	91,1	27	8,9	302	100,0	
	Ensino fundamental incompleto	2.385	91,2	229	8,8	2.614	100,0	
	Ensino fundamental completo	895	91,8	80	8,2	975	100,0	
	Ensino médio incompleto	786	89,4	93	10,6	879	100,0	
	Ensino médio completo	2.258	89,6	263	10,4	2.521	100,0	
	Ensino superior incompleto	475	90,5	50	9,5	525	100,0	
	Ensino superior completo	447	93,3	32	6,7	479	100,0	
Pós-graduação	91	91,9	8	8,1	99	100,0		
Renda Familiar	Menos de 1 salário mínimo	151	90,4	16	9,6	167	100,0	,000*
	De 1 a 2 salários mínimos	1.082	88,0	148	12,0	1.230	100,0	
	De 2 a 3 salários mínimos	3.690	90,1	407	9,9	4.097	100,0	
	De 3 a 5 salários mínimos	1.637	92,1	140	7,9	1.777	100,0	
	De 5 a 10 salários mínimos	926	93,3	67	6,7	993	100,0	
	Mais de 10 salários mínimos	249	95,4	12	4,6	261	100,0	

Sem rendimento 206 92,0 18 8,0 224 100,0

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

p-valor: Teste do qui-quadrado de Pearson

A descrição do ISUP-CEO segundo o perfil dos serviços mostrou que as variáveis que apresentaram resultados estatisticamente significantes foram o IDH e as Regiões brasileiras (Tabela 5). Os usuários satisfeitos foram aqueles das cidades com um IDH acima de 0,7 e da região Sul. Os usuários da região Norte foram os que apresentaram um maior percentual de parcialmente insatisfeitos. Destaca-se que não houve resultados para a categoria Insatisfeito.

Tabela 5- Descrição do Índice de Satisfação da relação Usuário-profissional dos CEO segundo o perfil dos serviços. Brasil, 2014.

Variável	Categoria	Satisfeito		Parcialmente satisfeito		Total		p-valor
		n	%	n	%	n	%	
Tipo de CEO	Tipo I	2.950	91,2	286	8,8	3.236	100,0	,429
	Tipo II	3.966	90,4	423	9,6	4.389	100,0	
	Tipo III	1.024	91,2	99	8,8	1.123	100,0	
Tempo de implantação	Até 5 anos	5.273	91,1	517	8,9	5.790	100,0	,165
	Acima de 5 anos	2.667	90,2	291	9,8	2.958	100,0	
IDH	Até 0,7	7.196	90,4	762	9,6	7.958	100,0	,001*
	Acima de 0,7	744	94,2	46	5,8	790	100,0	
Cobertura de saúde bucal	<50%	4.929	90,9	493	9,1	5.422	100,0	,553
	>=50%	3.011	90,5	315	9,5	3.326	100,0	
Regiões Brasileiras	Centro-Oeste	505	91,3	48	8,7	553	100,0	,000*
	Nordeste	2.955	88,5	385	11,5	3.340	100,0	
	Norte	393	81,0	92	19,0	485	100,0	
	Sudeste	3.037	93,4	215	6,6	3.252	100,0	
	Sul	1.041	93,9	68	6,1	1.109	100,0	

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

p-valor: Teste do qui-quadrado de Pearson

A Tabela 6 traz a distribuição de frequência do IPUP-CEO, demonstrando que a maioria dos usuários entrevistados teve uma boa percepção (81,9%). Ressalta-se que não houve resultados para a categoria Percepção ruim.

Tabela 6- Frequência do Índice de Percepção da relação Usuário-profissional dos CEO. Brasil, 2014

Categoria	n	%
Percepção boa	7.162	81,9
Percepção regular	1.587	18,1

Total 8.749 100,0

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

A descrição do IPUP-CEO segundo as características sociodemográficas dos usuários revelou que as variáveis Sexo, Cor/raça e Renda familiar apresentaram resultados estatisticamente significantes (Tabela 7). Os homens foram os que mais tiveram boa percepção sobre a relação usuário-profissional. Para a variável cor/raça, verificou-se que a categoria de cor branca foi a que teve, em sua maioria, uma boa percepção, já a população indígena representou o maior número de usuários com percepção regular. No que diz respeito à renda familiar, aqueles que recebiam entre 5 a 10 salários mínimos tiveram um maior percentual de boa percepção e os que tinham renda familiar de 1 a 2 salários mínimos tiveram uma percepção razoável. Não houve usuários que apresentassem uma percepção ruim.

Tabela 7- Descrição do Índice de Percepção da relação Usuário-profissional dos CEO segundo as características sociodemográficas dos usuários. Brasil, 2014.

		Percepção boa		Percepção regular		Total		p-valor
		n	%	n	%	n	%	
Idade	18 a 29 anos	1.771	80,2	490	19,8	2.261	100,0	,019
	30 a 59 anos	4.606	82,2	999	17,8	5.605	100,0	
	> 60 anos	745	84,4	1.627	15,6	883	100,0	
Sexo	Masculino	2.234	84,9	397	15,1	2.631	100,0	,000*
	Feminino	4.928	80,5	1.190	19,5	6.118	100,0	
Cor/Raça	Branca	2.956	84,4	546	15,6	3.502	100,0	,000*
	Preta	824	81,2	191	18,8	1.015	100,0	
	Amarela	124	74,7	42	25,3	166	100,0	
	Parda/ Mestiça	3.150	80,4	768	19,6	3.918	100,0	
	Indígena	59	72,0	23	28,0	82	100,0	
	Ignorada	49	74,2	17	25,8	66	100,0	
Escolaridade	Não é alfabetizado	289	81,4	66	18,6	355	100,0	,458
	É alfabetizado	244	80,8	58	19,2	302	100,0	
	Ensino fundamental incompleto	2.159	82,6	455	17,4	2.614	100,0	
	Ensino fundamental completo	785	80,5	190	19,5	975	100,0	
	Ensino médio incompleto	717	81,6	162	18,4	879	100,0	
	Ensino médio completo	2.042	81,0	479	19,0	2.521	100,0	
	Ensino superior incompleto	441	84,0	84	16,0	525	100,0	
	Ensino superior completo	405	84,6	74	15,4	479	100,0	

	Pós-graduação	80	80,8	19	19,2	99	100,0	
Renda Familiar	Menos de 1 salário mínimo	136	81,4	31	18,6	167	100,0	
	De 1 a 2 salários mínimos	917	74,6	313	25,4	1.230	100,0	
	De 2 a 3 salários mínimos	3.333	81,4	764	18,6	4.097	100,0	
	De 3 a 5 salários mínimos	1.491	83,9	286	16,1	1.777	100,0	,000*
	De 5 a 10 salários mínimos	875	88,1	118	11,9	993	100,0	
	Mais de 10 salários mínimos	227	87,0	34	13,0	261	100,0	
	Sem rendimento	183	81,7	41	18,3	224	100,0	

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo
p-valor: Teste do qui-quadrado de Pearson

A descrição do IPUP-CEO segundo o perfil dos serviços mostrou que as variáveis que apresentaram resultados estatisticamente significantes foram o Tipo de CEO, o IDH, a Cobertura de Saúde Bucal e as Regiões brasileiras (Tabela 8). A maioria dos usuários que teve uma boa percepção foi a que teve atendimento nos CEO tipo I. O CEO tipo III teve o maior número de usuários com percepção regular. Também tiveram uma percepção boa os usuários das localidades com um IDH acima de 0,7, dos municípios com menos de 50% de cobertura de saúde bucal e da região Sul. A região Norte foi a que apresentou o maior percentual de usuários com percepção regular. Destaca-se que nenhum pesquisado referiu uma Percepção ruim.

Tabela 8- Descrição do Índice de Percepção da relação Usuário-profissional dos CEO segundo o perfil dos serviços. Brasil, 2014.

		Percepção boa		Percepção regular		Total		p-valor
		n	%	n	%	n	%	
Tipo de CEO	Tipo I	2.678	82,8	558	17,2	3.236	100,0	,001*
	Tipo II	3.608	82,2	781	17,8	4.389	100,0	
	Tipo III	876	78,0	247	22,0	1.123	100,0	
Tempo de implantação	Até 5 anos	4.775	82,5	1.015	17,5	5.790	100,0	,043
	Acima de 5 anos	2.387	80,7	571	19,3	2.958	100,0	
IDH	Até 0,7	6.458	81,2	1.500	18,8	7.958	100,0	,000*
	Acima de 0,7	704	89,1	86	10,9	790	100,0	
Cobertura de saúde bucal	<50%	4.497	82,9	925	17,1	5.422	100,0	,001*
	>=50%	2.665	80,1	661	19,9	3.326	100,0	
Regiões brasileiras	Centro-oeste	461	83,4	92	16,6	553	100,0	,000*
	Nordeste	2.576	77,1	764	22,9	3.340	100,0	
	Norte	356	73,4	129	26,6	485	100,0	

Sudeste	2.787	85,7	465	14,3	3.252	100,0
Sul	973	87,7	136	12,3	1.109	100,0

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo
p-valor: Teste do qui-quadrado de Pearson

A Tabela 9 traz a distribuição de frequência do IGSPUP -CEO, demonstrando que a maioria dos usuários entrevistados teve um resultado satisfatório (76,4%). Destaca-se que não houve resultados para a categoria Insatisfatório.

Tabela 9- Frequência do Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação Usuário-profissional dos CEO. Brasil, 2014

Categoria	n	%
Satisfatório	6.688	76,4
Parcialmente satisfatório	2.061	23,6
Total	8.749	100,0

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

A descrição do IGSPUP-CEO segundo as características sociodemográficas apontou que as variáveis Idade, Sexo, Cor/raça e Renda familiar apresentaram resultados estatisticamente significantes (Tabela 10). Os usuários que apresentaram um indicador Satisfatório foram os idosos, homens, de cor branca e com renda familiar de mais de 10 salários mínimos. Para a categoria Parcialmente satisfatório encontraram-se os maiores percentuais nos usuários da faixa etária de 18 a 29 anos, mulheres, da raça indígena e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Ressalta-se que não houve resultados para a categoria Insatisfatório.

Tabela 10 – Descrição do Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação usuário-profissional dos CEO segundo as características sociodemográficas dos usuários dos CEO. Brasil, 2014.

		Satisfatório		Parcialmente satisfatório		Total		p-valor
		n	%	n	%	n	%	
Idade	18 a 29 anos	1.636	73,9	625	26,1	2.261	100,0	,000*
	30 a 59 anos	4.307	76,8	1.298	23,2	5.605	100,0	
	> de 60 anos	720	81,5	163	18,5	883	100,0	
Sexo	Masculino	2.098	79,7	533	20,3	2.631	100,0	,000*
	Feminino	4.590	75,0	1.528	25,0	6.118	100,0	
Cor/Raça	Branca	2.799	79,9	703	20,1	3.502	100,0	,000*
	Preta	767	75,6	248	24,4	1.015	100,0	

	Amarela	114	68,7	52	31,3	166	100,0	
	Parda/Mestiça	2.908	74,2	1.010	25,8	3.918	100,0	
	Indígena	55	67,1	27	32,9	82	100,0	
	Ignorada	45	68,2	21	31,8	66	100,0	
	Não é alfabetizado	273	76,9	82	23,1	355	100,0	
	É alfabetizado	223	73,8	79	26,2	302	100,0	
	Ensino fundamental incompleto	2.013	77,0	601	23,0	2.614	100,0	
	Ensino fundamental completo	743	76,2	232	23,8	975	100,0	
Escolaridade	Ensino médio incompleto	664	75,5	215	24,5	879	100,0	,127
	Ensino médio completo	1.896	75,2	625	24,8	2.521	100,0	
	Ensino superior incompleto	409	77,9	116	22,1	525	100,0	
	Ensino superior completo	392	81,8	87	18,2	479	100,0	
	Pós-graduação	75	74,8	24	24,2	99	100,0	
	Menos de 1 salário mínimo	125	74,9	42	25,1	167	100,0	
	De 1 a 2 salários mínimos	833	67,7	397	32,3	1.230	100,0	
	De 2 a 3 salários mínimos	3.099	75,6	998	24,4	4.097	100,0	
Renda Familiar	De 3 a 5 salários mínimos	1.412	79,5	365	20,5	1.777	100,0	,000*
	De 5 a 10 salários mínimos	830	83,6	163	16,4	993	100,0	
	Mais de 10 salários mínimos	221	84,7	40	15,3	261	100,0	
	Sem rendimento	168	75,0	56	25,0	224	100,0	

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo
p-valor: Teste do qui-quadrado de Pearson

A descrição do IGSPUP-CEO mostrou que as variáveis Tipo de CEO, IDH, Cobertura de Saúde Bucal e Regiões brasileiras deram resultados estatisticamente significantes (Tabela 11). Os usuários que apresentaram um maior percentual de indicador Satisfatório foram os do CEO tipo II, das cidades com IDH acima de 0,7 com menos de 50% de cobertura de saúde bucal e da região sul. A região norte foi a que teve um maior número de usuários com resultado “Parcialmente satisfatório”. Após o cruzamento e análise dos dados, foi verificado que nenhum usuário se encaixava na 3ª categoria, a que se refere à insatisfação dos usuários.

Tabela 11 – Descrição do Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação usuário-profissional dos CEO segundo o perfil dos serviços. Brasil, 2014.

		Satisfatório		Parcialmente insatisfatório		Total		p-valor
		n	%	n	%	n	%	
Tipo de CEO	Tipo I	2.506	77,4	730	22,6	3.236	100,0	,035*
	Tipo II	3.355	76,4	1.034	23,6	4.389	100,0	
	Tipo III	827	73,6	296	26,4	1.123	100,0	
Tempo de implantação	Até 5 anos	4.459	77	1.331	23,0	5.790	100,0	,084
	Acima de 5 anos	2.229	75,4	729	24,6	2.958	100,0	
IDH	Até 0,7	6.015	75,6	1.943	24,4	7.958	100,0	,000*
	Acima de 0,7	673	85,2	117	14,8	790	100,0	
Cobertura de saúde bucal	<50%	4.206	77,6	1.216	22,4	5.422	100,0	,002*
	>=50%	2.482	74,6	844	25,4	3.326	100,0	
Regiões brasileiras	Centro-Oeste	431	77,9	122	22,1	553	100,0	,000*
	Nordeste	2.358	70,6	982	29,4	3.340	100,0	
	Norte	304	62,7	181	37,3	485	100,0	
	Sudeste	2.662	81,9	590	18,1	3.252	100,0	
	Sul	924	83,3	185	16,7	1.109	100,0	

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

p-valor: Teste do qui-quadrado de Pearson

A descrição da nota do cuidado recebido pelo dentista segundo as características sociodemográficas dos usuários apontou que as variáveis Idade e Escolaridade apresentaram resultados estatisticamente significantes (Tabela 12). Os usuários idosos foram os que deram as notas mais altas, enquanto que os que estavam na faixa de 18 a 29 anos deram as notas mais baixas. Para o quesito Escolaridade, encontrou-se que os usuários que não eram alfabetizados deram as notas maiores, ao passo que aqueles com ensino superior completo deram as menores notas.

Tabela 12- Descrição da nota ao cuidado recebido pelo dentista segundo as características sociodemográficas dos usuários dos CEO. Brasil, 2014.

		Mediana <9		Mediana ≥9		Total		p-valor
		n	%	n	%	n	%	
Idade	18 a 29 anos	377	14,5	1.884	85,5	2.261	100,0	,000*
	30 a 59 anos	679	12,1	4.926	87,9	5.605	100,0	
	> 60 anos	67	7,6	816	92,4	883	100,0	
Sexo	Masculino	351	13,3	2.280	86,7	2.631	100,0	,073
	Feminino	732	12,0	5.386	8,08	6.118	100,0	
Cor/Raça	Branca	401	11,5	3.101	88,5	3.502	100,0	,056
	Preta	139	13,7	876	86,3	1.015	100,0	
	Amarela	26	15,7	140	84,3	166	100,0	
	Parda/ Mestiça	501	12,8	3.417	87,2	3.918	100,0	
	Indígena	5	6,1	77	93,9	82	100,0	

	Ignorada	11	16,7	55	83,3	66	100,0	
	Não é alfabetizado	17	4,8	338	95,2	355	100,0	
	É alfabetizado	30	9,9	272	90,1	302	100,0	
	Ensino fundamental incompleto	246	9,4	2.368	90,6	2.614	100,0	
	Ensino fundamental completo	123	12,6	852	87,4	975	100,0	
Escolaridade	Ensino médio incompleto	136	15,5	743	84,5	879	100,0	,000*
	Ensino médio completo	379	15,0	2.142	85,0	2.521	100,0	
	Ensino superior incompleto	67	12,8	458	87,2	525	100,0	
	Ensino superior completo	76	15,9	403	84,1	479	100,0	
	Pós-graduação	9	9,1	90	90,9	99	100,0	
	Menos de 1 salário mínimo	23	13,8	144	86,2	167	100,0	
	De 1 a 2 salários mínimos	157	12,8	1.073	87,2	1.230	100,0	
	De 2 a 3 salários mínimos	522	12,7	3.575	87,3	4.097	100,0	
Renda Familiar	De 3 a 5 salários mínimos	217	12,2	1.560	87,8	1.777	100,0	,349
	De 5 a 10 salários mínimos	117	11,8	876	88,2	993	100,0	
	Mais de 10 salários mínimos	20	7,7	241	92,3	261	100,0	
	Sem rendimento	27	12,1	197	87,9	224	100,0	

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo
p-valor: Teste do qui-quadrado de Pearson

A descrição da nota do cuidado recebido pelo dentista segundo o perfil dos serviços apontou que as variáveis Tipo de CEO, Cobertura de Saúde Bucal e Regiões brasileiras apresentaram resultados estatisticamente significantes (Tabela 13). Para o quesito Tipo de CEO, os usuários que atribuíram as maiores notas foram aqueles atendidos no CEO Tipo I, enquanto que os do CEO Tipo II deram notas mais baixas. Os usuários dos municípios com mais de 50% de cobertura de saúde bucal deram notas maiores. A região sul foi a que teve mais usuários que deram notas superiores à mediana e os da região norte deram um maior percentual de notas abaixo da mediana.

Tabela 13- Descrição da nota ao cuidado recebido pelo dentista segundo o perfil dos serviços. Brasil, 2014.

		Mediana <9		Mediana ≥9		Total		p-valor
		n	%	n	%	n	%	
Tipo de CEO	Tipo I	364	11,2	2.872	88,8	3.236	100,0	,039*
	Tipo II	579	13,2	3.810	86,8	4.389	100,0	
	Tipo III	140	12,5	983	87,5	1.123	100,0	
Tempo de implantação	Até 5 anos	698	12,1	5.092	87,9	5.790	100,0	,197
	Acima de 5 anos	385	13,0	2.573	87,0	2.958	100,0	
IDH	Até 0,7	1.002	12,6	6.956	87,4	7.958	100,0	,057
	Acima de 0,7	81	10,3	709	89,7	790	100,0	
Cobertura de saúde bucal	<50%	706	13,0	4.716	87,0	5.422	100,0	,020*
	≥50%	377	11,3	2.949	88,7	3.326	100,0	
Regiões brasileiras	Centro-Oeste	83	15,0	470	85,0	553	100,0	,000*
	Nordeste	443	13,3	2.897	86,7	3.340	100,0	
	Norte	85	17,5	400	82,5	485	100,0	
	Sudeste	351	10,8	2.901	89,2	3.252	100,0	
	Sul	119	10,7	990	89,3	1.109	100,0	

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

p-valor: Teste do qui-quadrado de Pearson

6 DISCUSSÃO

Observa-se um avanço na institucionalização da avaliação da atenção odontológica do SUS sob a perspectiva dos usuários (BORDIN *et al.*, 2017; CAVALCANTI, CARDOSO e PADILHA, 2018). A escuta do paciente pode ser considerada como uma ferramenta de gestão participativa e de democratização. Diversos autores (SANTOS, 1995; JESUS e CARVALHO, 2002; MENDES, 2003; ESPERIDIÃO e TRAD, 2005; VAITSMAN e ANDRADE, 2005; SILVA, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2009; SUDA, UEMURA e VELASCO, 2009; MOIMAZ *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2010; HOLLANDA *et al.*, 2012; SILVA, 2014; SANTOS, 2015; TORRES e COSTA, 2015; GOMES *et al.*, 2016) abordam em seus estudos a satisfação do usuário nos serviços de saúde, e mais especificamente dos usuários dos CEO (LIMA, CABRAL e VASCONCELOS, 2010; MAGALHÃES *et al.*, 2015; KITAMURA *et al.*, 2016; CAVALCANTI, CARDOSO e PADILHA, 2018), corroborando com a ideia de que a opinião desses usuários deve ser valorizada e respeitada pelos gestores, a fim de conhecerem melhor quem são esses pacientes de forma que consigam oferecer um serviço com mais qualidade e voltado para atender as suas necessidades.

A escuta da opinião de quem recebe a assistência é um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde, bem como na forma que o sistema de saúde se organiza para viabilizar o atendimento. A incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço (MOIMAZ *et al.*, 2010). Indivíduos satisfeitos contribuem para melhorar resultados finais de ações de saúde, como a adesão a políticas preventivas e ao tratamento (BASTOS e FASOLO, 2013). Observa-se, a partir destes resultados, a relevância da qualidade do atendimento aos usuários como constructo determinante do seu nível de satisfação, evidenciando a necessidade de o serviço qualificar, cada vez mais, o processo de atendimento ao paciente (MOIMAZ *et al.*, 2010).

Este estudo contribuiu para o fortalecimento de evidências às pesquisas sobre avaliação dos serviços, tendo em vista que as avaliações de satisfação do usuário podem indicar o efeito de uma intervenção, permitindo uma análise do serviço, o que pode contribuir para a melhoria da efetividade das ações e para a tomada de decisões. Ademais, há uma escassez de estudos que avaliam a satisfação dos usuários na Atenção Secundária em saúde bucal em caráter nacional, portanto, este demonstra um panorama dos CEO após 10 anos de

sua implantação, particularmente sobre a relação usuário-profissional nos CEO, investigada a partir da avaliação externa do PMAQ/CEO.

A boa relação entre os profissionais e o paciente é a maior contribuição que se pode oferecer ao usuário, com efeitos positivos no tratamento. Em alguns casos, este fator determina diferenças sensíveis entre dois serviços iguais. Acredita-se que essa “boa relação” pode compensar falhas do cuidado técnico (RIGHI, SCHMIDT e VENTURINI, 2010), sendo importante para a resolutividade e qualidade do cuidado em saúde, onde o olhar deve se dirigir para a produção do cuidado daquele sujeito, sempre ampliando suas ações (TEIXEIRA, 2006).

O desempenho profissional também é avaliado pelo usuário. Isso se dá através do interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e orientações dadas, bem como na resolutividade das condutas. O bom atendimento, baseado na escuta do usuário, e o bom desempenho profissional propiciam o vínculo do binômio usuário-serviço de saúde. Esse vínculo otimiza o processo da assistência, permitindo que os profissionais conheçam seus pacientes e as prioridades de cada um, facilitando-lhes o acesso (MOIMAZ *et al.*, 2010).

Diante deste quadro, ressalta-se o caráter inovador do estudo, quando da elaboração de dois Índices e de um Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação Usuário-Profissional dos CEO, uma vez que os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde, refletindo a situação sanitária de uma população e servindo para a vigilância das condições de saúde (RIPSA, 2008).

O perfil sociodemográfico observado no estudo se assemelha a de outros estudos quanto ao sexo: maioria mulheres (SAWYER, LEITE e ALEXANDRINO, 2002; PANDOLFI, BARCELLOS e MIOTTO, 2006; RIBEIRO *et al.*, 2006; MOIMAZ *et al.*, 2010; LIMA, CABRAL e VASCONCELOS, 2010), pois as mulheres foram as que mais procuraram atendimento (TORTAMANO *et al.*, 2007; CHÁVEZ, 1998); cor ou raça: parda/mestiça (LIMA, CABRAL e VASCONCELOS, 2010); escolaridade: maior proporção de ensino fundamental incompleto (MAGALHÃES *et al.*, 2015; MARINHO *et al.*, 2018); e renda familiar: 1 a 2 salários mínimos (MOIMAZ *et al.*, 2010; MAGALHÃES *et al.*, 2015; MARINHO *et al.*, 2018). Essas características estão de acordo com o perfil sociodemográfico da população que utiliza os serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde (SILVA *et al.*, 2011; MAGALHÃES *et al.* 2015).

A percepção individual do usuário sobre o seu papel no sistema de saúde (AKERMAN e NADANOVSKY, 1992) e as características sociais e demográficas desse usuário (GOUVEIA *et al.*, 2005; FERNANDES, 2002) podem influenciar na sua satisfação com os serviços de saúde. Portanto, além do perfil sociodemográfico, também foi apresentado o perfil dos Centros de Especialidades Odontológicas, denotando as características do contexto dos serviços. A maioria dos usuários investigados foi de CEO Tipo II, com menos de 5 anos de tempo de implantação, de cidades com IDH acima de 0,7, com menos de 50% de cobertura de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e da Região Nordeste.

LIMA, CABRAL e VASCONCELOS (2010) alertam que a avaliação dos serviços de saúde tem um caráter multidimensional, sugerindo que a qualidade percebida pelo paciente pode estar muito mais relacionada à maneira como ele é tratado do que com os aspectos técnicos da assistência propriamente ditos, isto porque na maioria dos estudos realizados, quem utiliza os serviços – sejam eles chamados de pacientes ou usuários – são muito pouco críticos em relação à sua qualidade. Desta feita, optou-se por aprofundar a avaliação sobre a relação usuário-profissional, a partir dos índices de satisfação e de percepção; do indicador global de satisfação e percepção e da Nota ao cuidado recebido pelo dentista em relação aos fatores individuais e contextuais.

Dentre os fatores individuais, os achados mostraram melhores resultados para o Índice de Percepção da relação Usuário-Profissional dos CEO e Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação Usuário-Profissional dos CEO para o sexo masculino, apesar da maioria dos usuários investigada ser do sexo feminino. Todavia, quanto ao sexo não existe um consenso na literatura sobre possíveis associações (CHÍNDIA, 2011; NASEER, ZAHIDIE e SHAIKH, 2012).

Quanto à idade, houve significância para o Índice de Satisfação da relação Usuário-Profissional dos CEO, para o Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação Usuário-Profissional dos CEO e para a Nota ao cuidado recebido pelo dentista, com o predomínio de pessoas idosas. No entanto, aponta-se que as pessoas idosas se mostram mais satisfeitas por apresentarem expectativas menores (NASEER, ZAHIDIE e SHAIKH, 2012). MARTINS *et al.* (2016) ainda referem a questão do viés de memória, pela dificuldade dos idosos lembrarem de experiências passadas. NEVES *et al.* (2015) confirmam a hipótese de associação de um alto potencial de resiliência com a satisfação dos idosos em relação aos serviços odontológicos. Achados esses que corroboram com nossos resultados.

Apesar da maioria dos usuários investigados se autodeclararam de cor “parda/mestiça”, essa categoria não apresentou os melhores resultados de satisfação e percepção. Observou-se que os usuários de cor “branca” foram os mais satisfeitos para o Índice de Satisfação da relação Usuário-Profissional dos CEO, para o Índice de Percepção da relação Usuário-Profissional dos CEO e para o Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação Usuário-Profissional dos CEO. Todavia, a literatura é escassa sobre esta relação.

Sobre a renda, foi encontrado que os usuários mais satisfeitos (resultados estatisticamente significantes) estavam na categoria dos 10 salários mínimos para o Índice de Satisfação da relação Usuário-Profissional dos CEO, para o Índice de Percepção da relação Usuário-Profissional dos CEO e para o Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação Usuário-Profissional dos CEO apresentando resultados que divergem de outros estudos que afirmam que os menores índices de renda apresentam um maior percentual de satisfação (CHÍNDIA, 2011; NASEER, ZAHIDIE e SHAIKH, 2012; MARINHO *et al.*, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2015).

Apesar da importância de se estabelecer a relação entre características sociais e demográficas (GOUVEIA *et al.*, 2005; FERNANDES, 2002), a literatura recente é incipiente em evidenciar análises sobre os fatores contextuais e a satisfação. Sendo assim, descortina-se neste trabalho alguns achados para estas relações que poderão contribuir ao aprofundamento de estudos posteriores. Os usuários mais satisfeitos eram aqueles dos CEO tipo I e II, para o Índice de Percepção da relação Usuário-Profissional dos CEO, para o Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação Usuário-Profissional dos CEO e para a Nota ao cuidado recebido pelo dentista. Os usuários de cidades com IDH maior que 0,7 e da região sul obtiveram melhores resultados (estatisticamente significantes) para o Índice de Satisfação da relação Usuário-Profissional dos CEO, para o Índice de Percepção da relação Usuário-Profissional dos CEO e para o Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação Usuário-Profissional dos CEO. A variável Regiões brasileiras deu resultado estatisticamente significativo para todos os Índices, Indicador e Nota atribuída ao dentista, sendo a região sul a que apresentou os usuários mais satisfeitos e que atribuíram as melhores notas.

Apesar das inúmeras características exploradas neste trabalho, a literatura traz que a percepção da saúde bucal dos usuários, seria o principal fator relacionado à satisfação com serviços odontológicos, onde aqueles que apresentam uma condição clínica bucal adequada se mostram mais satisfeitos (MARTINS *et al.*, 2016; LIMA, CABRAL e VASCONCELOS, 2010). Isso poderia ser citado como um fator limitante da metodologia original do

instrumento avaliativo utilizado no estudo, que poderia ser corrigida com a incorporação da avaliação desta condição para ser investigada em estudos futuros. Outro fator limitante da metodologia original da pesquisa, é o fato de ter sido utilizada uma amostra de demanda, onde todos os usuários entrevistados haviam conseguido atendimento nos CEO, em detrimento dos que não conseguiram, o que pode ter provocado o alto índice de satisfação (KITAMURA *et al.*, 2016). Uma opção para retratar melhor a situação seria a realização de estudos de base populacional.

Muito embora, tenha-se verificado que os achados mostraram resultados positivos com relação à satisfação do usuário com os serviços odontológicos recebidos nos CEO, o que coincide com os estudos de BOTTON *et al.* (2006); FERNANDES (2002); LIMA, CABRAL e VASCONCELOS (2010); MAGALHÃES *et al.* (2015); KITAMURA *et al.* (2016), há algumas limitações e críticas sobre os estudos avaliativos sobre a satisfação do usuário.

A questão da subjetividade pode ser considerada um problema metodológico dos estudos. Esta, por estar associada a vivências, expectativas e especificidades de cada usuário, dificulta a “categorização” da satisfação (MAGALHÃES *et al.*, 2015; REYES *et al.*, 2015). Uma outra questão, que é a expectativa, é uma das mais complexas, pois os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços e uma boa avaliação pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários. O contrário também pode acontecer, ou seja, uma avaliação mais baixa pode ser feita por pacientes com alto grau de exigência. Para tentar minimizar este efeito às análises, apesar de não haver um consenso na literatura na distinção desses dois conceitos, buscou-se separar os conceitos de “Satisfação” e “Percepção”, elaborando-se índices separados e um global.

Outra crítica comumente encontrada é o viés de gratidão, que gera um alto grau de satisfação (VAITSMAN e ANDRADE, 2005), ou efeito de elevação das taxas de satisfação (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005). Argumenta-se que o *gratitude bias* (sentimento de gratidão) pode dificultar uma visão mais crítica do atendimento (VAITSMAN e ANDRADE, 2005; TRAVERSO-YÉPEZ e M., MORAIS, 2004), constituindo fatores que explicariam tal avaliação por pacientes de países cujos serviços públicos de atenção à saúde são predominantemente utilizados por usuários de baixa renda. Portanto, os resultados das pesquisas de satisfação dos usuários não necessariamente representam uma avaliação crítica dos mesmos (MAGALHÃES *et al.*, 2015). VAITSMAN e ANDRADE (2005) exemplificam referindo que, em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, a dificuldade usual de conseguir atendimento resulta em baixa expectativa. O simples fato de

ser atendido já pode produzir satisfação, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas.

Contudo, apesar dos limites e críticas aos estudos avaliativos, os achados deste estudo advêm de um programa (PMAQ-CEO) que se constituiu o primeiro estudo avaliativo de base nacional, incluindo a avaliação de satisfação e percepção dos seus usuários, portanto os seus resultados devem ser vistos como relevantes e o juízo de valor emitido podem contribuir para a tomada de decisão, à essência dos estudos de avaliação, por isso se prestam a cumprir o seu propósito.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou, de uma forma geral, uma avaliação positiva da relação usuário- profissional dos CEO.

A satisfação/percepção do usuário é de extrema importância ao se dimensionar o reflexo das ações que vêm sendo desenvolvidas no setor saúde, e serve como vetor de direcionamento e planejamento do serviço. A boa relação entre os profissionais e o paciente é um grande diferencial na adesão ao tratamento e, conseqüentemente no sucesso do mesmo.

O perfil sociodemográfico dos usuários do nosso estudo foi de pessoas do sexo feminino, na faixa etária de 30 a 59 anos, de cor parda/mestiça, com ensino fundamental incompleto e com renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos. Apesar desse perfil houve diferenças nos resultados de satisfação e percepção em função das características individuais e contextuais pesquisadas.

Sobre os dados referentes ao contexto foi encontrado que a maioria dos pesquisados era dos CEO tipo II, com menos de 5 anos de implantação, de cidades com IDH maior que 0,7, com menos de 50% de cobertura de saúde bucal e da região nordeste.

Também foi possível reconhecer a relevância deste estudo nos seguintes aspectos: primeiro por haver discreto número de pesquisas sobre avaliação de serviços da atenção secundária de saúde bucal no Brasil; segundo, pelo fato de a satisfação do usuário constituir uma maneira democrática de avaliação, possibilitando a participação social nos serviços de saúde preconizada pela reforma sanitária brasileira.

Um outro ponto a ser considerado sobre a relevância desse estudo foi a elaboração do Índice de Satisfação da relação usuário-profissional dos CEO, Índice de Percepção da relação usuário-profissional dos CEO e do Indicador Global de Satisfação e Percepção da relação usuário-profissional dos CEO, o que pode servir de subsídio para a reorientação das práticas profissionais baseadas nas necessidades dos usuários, melhorando assim, a qualidade dos serviços oferecidos com uma maior resolutividade.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, A.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1992; v. 8, p. 361-5.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 82-96, jan., 2015.
- BARBOSA, A. O PMAQ nas Equipes de Saúde da Família do Distrito Leste em Campinas, SP [dissertação]. Orientadora: Prof. Dra. Maria Filomena de Gouveia Vilela. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2016.
- BASTOS, G. A. N.; FASOLO, L. R. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. Rev. Bras. Epidemiol., Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 114-24, 2013.
- BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. Rev Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 46, n. 1, mar., 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v45n4/45n4a13.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2018.
- BOTTAN, E. R. *et al.* Avaliação de serviços odontológicos: a visão dos pacientes. Rev ABENO 2006; v. 6, p. 128-33.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 599 de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006 a; 24 mar.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Passo a passo das ações do Brasil Sorridente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- BROUSELLE, A. *et al.* Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CABRITO, B. G. Avaliar a qualidade em educação: avaliar o quê? Avaliar como? Avaliar para quê? *Cad. Cedes, Campinas*, v. 29, n. 78, p. 178-200, maio/ago. 2009.

CARRER *et al.* O avaliador externo e o usuário do CEO: narrativa de experiência durante o Ciclo I DO PMAQ-CEO. *In: FIGUEIREDO N.; GOES, P. S. A. de; MARTELLI, P.* Os caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, 2016. 264 p.

CASTRO, R. D. Avaliação em saúde bucal na perspectiva do usuário: enfoque ao estudo da acessibilidade organizacional [dissertação]. Orientador: Prof. Dr. Angelo Giuseppe Roncalli. Natal: UFRN; 2007.

CAVALCANTI, Y. W.; CARDOSO, A. M. R.; PADILHA, W. W. N. Satisfaction, Resolution and Social Participation of users of Centers for Dental Specialties in Brazil: A PMAQ-CEO Analysis. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2018, 18(1):e3774.

CHÁVEZ, O. F. M. Necessidades de tratamento odontológico dos pacientes da Clínica Integrada da FO Araraquara – UNESP no período de 1993 a 1996. [dissertação]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista; 1998.

CHÍNDIA, E. D. Estudo exploratório sobre satisfação do usuário de consultas externas do Hospital Josina Machel, Luanda, Angola [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2011.

COLUSSI C. F., CALVO M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 27, n. 9, p. 1731-45, 2011.

CREVELIM, M. A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

CRUZ, M. M. Avaliação: conceitos e métodos. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 28, n. 7, p. 1414-1415, jul, 2012.

DIAS, O. V.; RAMOS, L. H.; Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. *Revista Pró-univerSUS*, 2010, v. 1, n. 1, p. 11-26.

DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. *Arch. Pathol. Lab Med.* 1990; 114(11): 1115-1118.

DONABEDIAN, A. Criteria, norms and standards of quality: What do they mean? *Am J Public Health* 1981; 71(4):409-12.

DONABEDIAN, A. The quality care. How can it be assessed? *JAMA*, 1988; 260(12):1743-8. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 13, n. 1, p. 35-41, jan./fev., 2008.

ESPERIDIÃO, M. TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10 (Sup), p. 303-312, 2005.

FAVARO P., FERRIS L. E. Program evaluation with limited fiscal and human resources. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 425-38, 1991.

FERNANDES, L. M. A. G. Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco; 2002.

FIGUEIREDO N.; GOES, P. S. A. de; MARTELLI, Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais [recurso eletrônico]. Recife: Editora UFPE, 2016.

FIGUEIREDO N.; GOES, P. S. A. de; MARTELLI, P. Os caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, 2016. 264 p.

FREITAS, C. H. S. M. *et al.* Atenção em saúde bucal: avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas da Paraíba. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, jan./mar., 2016.

GOES, P. S. A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos Centros de Especialidades do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28 Sup: S81-S89, 2012.

GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and Methodological Aspects of the External Evaluation of the Improvement, Access and Quality of Centers for Dental Specialties Program Pesq Bras Odontoped Clin Integ 2018, 18(1): e3433.

GOMES, Y. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.

GOUVEIA. G. C. *et al.* GC. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl 1:S109-18.

JESUS, P. B. R.; CARVALHO, D. V. Percepção de usuários de unidade de saúde da família sobre a assistência à saúde: uma contribuição da enfermagem. *REME Rev. min. enferm.*, Belo Horizonte, v. 6, n. 1-2, p. 48-56, 2002.

HOLLANDA E. *et al.* Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3343-3352, 2012.

KITAMURA *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 25, n. 1, p. 137-148, jan./mar., 2016.

LIKERT, Rensis. Novos padrões de administração. São Paulo, Pioneira, 1971.

LIMA, A. C. S.; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Satisfação de usuários de Centros de Especialidades Odontológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 991-1002, mai., 2010.

LUCENA, E. H. G. *et al.* Avaliação externa do PMAQ-CEO: refletindo acerca dos indicadores de acesso e qualidade. *In: FIGUEIREDO N.; GOES, P. S. A. de; MARTELLI, P.* Os caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, 2016. 264 p.

MACHADO, F. C. A., SILVA, J. V., FERREIRA, M. A. F. Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149-63, 2015.

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

MARINHO, N. B. P. *et al.* Avaliação da satisfação de usuários de um serviço especializado em diabetes *mellitus*. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 71, supl.1, p. 644-51, 2018.

MARTINS, A. B. *et al.* Availability of dental treatment is associated with satisfaction derived from Primary Health Care Services accessed by elderly. *Rev. Odontol. UNESP*, 2016, v. 45, n. 6, p. 344-350.

MENDES V. L. P. S. Avaliação dos serviços de saúde pelos usuários: questão de cidadania. *Rev. Baiana Enferm.*, Salvador, v. 18, n. 1/2, p. 98-110, 2003.

MENDES, V. L. P. S. *et al.* Política de qualidade, acreditação e segurança do paciente em debate. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 40, supl. 1, p. 232-249, jan./mar., 2016.

MILAN, G.S.; TREZ, G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE electron.*, São Paulo, v. 4, n. 2, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482005000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 maio. 2019.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

MORAES, P. N., IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho. *Saúde debate*, v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013.

NASEER, M.; ZAHIDIE, A.; SHAIKH, B. T. Determinants of patient's satisfaction with health care system in Pakistan: a critical review. *Pak J. Health*, 2012, v. 2, p. 2, p. 52.

NEVES M. *et al.* Can more resilient elderly people be more satisfied with dental services? *Rev. Odontol. UNESP*, 2015; AHEAD: 0-0.

OLIVEIRA R. S. *et al.* Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, v. 11, n. 4, p. 34-38, 2009.

PANDOLFI, M. BARCELLOS, L. A.; MIOTTO, M. H. M. B. Perfil dos usuários e motivo da procura pelos serviços odontológicos das unidades de saúde de Vitória – ES. *UFES Rev. Odontol.*, Vitória, v.8, n.2, p.37-44, maio/ago. 2006.

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

PINTO, V. P. T. *et al.* Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral. *Ciênc Saúde Colet.*, Ceará, v. 19, n. 7, p. 2235-2244, 2014.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 666-568, jul./set. 2006.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar., 1990.

REYES, F. S. *et al.* Satisfacción de usuarios con los servicios de salud bucal y factores asociados en Acapulco, México. *Rev Cubana Estomatol*, 2015, v. 52, n. 3, p. 19-28.

RIBEIRO, M. C. S. A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006; v. 11, p. 1011-22.

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

RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde – II. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações– 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

RODRIGUES, M. V. Ações para a qualidade. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, 368 p.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, 2012.

SANTIAGO *et al.* A Universidade, o CEO e o PMAQ-CEO. *In: FIGUEIREDO N.; GOES, P. S. A. de; MARTELLI, P.* Os caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, 2016. 264 p.

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília, v. 48, n. 2, p. 109-19, 1995.

SANTOS S. M. S. *et al.* Estratégia Saúde da Família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. *REME – Rev. Min. Enferm.*, v. 14, n. 4, p. 499-508, out./dez., 2010.

SANTOS, M. L. M. F. Satisfação dos usuários adultos com a atenção em saúde bucal na estratégia de saúde da família. *Cad. saúde colet.* Rio de Janeiro, vol.23, n. 2, Apr./June, 2015.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien. Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 7, p. 757-76, 2002.

SILVA, F. J. C. P. Avaliação da qualidade do serviço de saúde: a visão do cliente. 129 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, USP, São Paulo, 2014.

SILVA, C. J. P. *et al.* Percepção de saúde bucal dos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Coimbra/Minas Gerais. *Rev. Fac. Odontol. P. Alegre*, v. 47, n. 3, p. 23-8, 2006.

SILVA *et al.* A Importância das Ações de Gestão na Organização do Trabalho nos CEO. *In: FIGUEIREDO N.; GOES, P. S. A. de; MARTELLI, P. Os caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil.* Recife: Editora UFPE, 2016. 264 p.

SUDA, E. Y.; UEMURA, M. D.; VELASCO, E. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Fisioterapia de Santo André, SP. *Rev. Fisioterapia e Pesquisa*, v. 16, n. 2, p. 126-131, 2009.

TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a Odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 45-51, 2006.

TORRES S. C.; COSTA, I. C. C. Satisfação dos usuários atendidos nas Clínicas Integradas do Departamento de Odontologia da UFRN. *Rev. Ciênc. Plur.*, v. 1, n. 2, p. 4-18, 2015.

TORTAMANO, I. P. *et al.* Aspectos epidemiológicos e sociodemográficos do setor de urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. *RPG FO-USP*. 2007; 13:299-306.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-35, 1998.

TRAVERSO-YÉPEZ, M., MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, p 80-8, 2004.

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

ANEXO A - MÓDULO III – ENTREVISTA NA UNIDADE DE SAÚDE COM USUÁRIO

Este módulo busca verificar a percepção e satisfação dos usuários quanto ao CEO no que se refere ao seu acesso e utilização.

O questionário do Módulo III será aplicado para 10 (dez) usuários presentes no CEO no dia da avaliação externa, com mais de 18 anos de idade.

O avaliador irá escolher os usuários para entrevista

Aplicar os critérios de exclusão:

- Não continuar a entrevista se for a PRIMEIRA vez que o usuário vem até o CEO. - Se não elegível, entrevistar a próxima pessoa (recusas não serão registradas no tablet).

III.1	Identificação do usuário		
III.1.1	Sexo:		Masculino
			Feminino
III.1.2	Qual a data do seu aniversário?	___/___/___ (DD/MM/AAAA)	
III.1.3	Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?		Branca
			Preta
			Amarela
			Parda/mestiça
			Indígena
			Ignorada
III.1.4	O(a) senhor(a) mora nesse município?		Sim
			Não
III.1.5	A sua casa localiza-se na:		Área urbana
			Área rural
III.1.6	Sua casa é coberta (acompanhada) pela Estratégia Saúde da Família?		Sim
			Não
			Não sabe
III.1.7	Quantas pessoas vivem na sua casa incluindo o(a) senhor(a)?		1-3 Pessoas
			4-6 Pessoas
			7-10 Pessoas
			Mais de 10 Pessoas
III.1.8	Até quando o(a) senhor(a) estudou?		Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)
			É alfabetizado (sabe ler e escrever)
			Ensino fundamental incompleto
			Ensino fundamental completo
			Ensino médio incompleto
			Ensino médio completo
			Ensino superior incompleto
	Ensino superior completo		

			Pós-graduação
III.1.9	O(a) senhor(a) é aposentado(a)?		Sim
			Não
III.1.10	O(a) senhor(a) tem trabalho remunerado atualmente?		Sim
			Não
III.1.11	Qual a renda familiar?		Menos de 1 salário mínimo
			De 1 a 2 salários mínimos
			De 2 a 3 salários mínimos
			De 3 a 5 salários mínimos
			De 5 a 10 salários mínimos
			Mais de 10 salários mínimos
III.1.12	A sua família recebe o dinheiro do Programa Pro Bolsa-Família atualmente? <i>Se SIM, passar para o Bloco III.2.</i>		Sim
			Não
			Não sabe
III.1.13	Se NÃO, por qual(ais) motivo(s) não recebe?		Porque o cadastro está desatualizado e consta que a família não recebe o auxílio
			Porque a família saiu do critério do programa
			Não comprovou as condicionalidades
			Outro(s)
III.2	Acesso aos serviços do CEO		
As próximas perguntas serão sobre a utilização dos serviços de saúde neste Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)			
III.2.1	Quanto tempo o(a) Sr(a) leva para chegar ao CEO?		___ minutos
III.2.2	Como o(a) Sr(a) veio ao CEO?		Carro próprio ou da família
			Ônibus
			Táxi/ Vans/Lotação
			Bicicleta
			A pé
	Outro:		
III. 2.3	O(a) senhor(a) acha que as placas de identificação do CEO facilitam encontrar o serviço?		Sim
			Não
			Não percebi
III. 2.4	O horário de funcionamento deste CEO atende às suas necessidades? <i>Se SIM, passar para o Bloco III.3.</i>		Sim
			Não
III. 2.5	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que este CEO atendesse: <i>Pode ser marcada mais de uma opção.</i>		Mais cedo pela manhã
			Até às 18 horas
			À noite
			Aos sábados
			Domingo
			No horário de almoço
	Nenhuma das anteriores		

III.3		Marcação de consultas neste CEO	
As próximas perguntas serão sobre a utilização dos serviços deste CEO.			
III.3.1	Como o(a) senhor(a) fez para marcar consulta neste CEO?		Ligou para o CEO
			A Unidade Básica marcou e avisou
			Fez contato ou foi até a Secretaria de Saúde marcar
			Fez contato ou foi até o setor de marcação de consultas
			Recebeu a guia na UBS e fez a marcação direto no CEO
III.3.2	Para qual especialidade é seu tratamento?		Periodontia
			Endodontia
			Cirurgia Oral
			Estomatologia
			Atendimento a pacientes com necessidades especiais
			Radiologia
			Odontopediatria
			Ortodontia/Ortopedia
			Prótese
			Implantodontia
		Outro	
III.3.3	Quanto tempo o senhor(a) esperou para iniciar o tratamento neste CEO?		Até uma semana
			De uma semana a um mês
			Entre um e três meses
			Entre três e seis meses
			Entre seis e doze meses
			Mais de doze meses
III.3.4	Quanto a marcação da consulta, foi:		Com hora marcada
			Em horários ou turnos definidos do dia
			Por ordem de chegada
			Encaixe
			Outro
III.3.5	O(a) senhor(a) foi consultado sobre o melhor horário e dia para agendar o seu atendimento?		Sim
			Não
III.4		Acolhimento	
As próximas perguntas serão sobre quando o(a) senhor(a) vem à consulta neste CEO. Independente do profissional e especialidade.			
III.4.1	Como foi o seu acolhimento ao procurar o serviço do CEO?		Muito bom
			Bom
			Razoável
			Ruim
			Muito ruim
III.4.2			Sim, sempre

	O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?		Sim, algumas vezes
			Não
III.5	Atendimento		
As próximas perguntas serão sobre o atendimento neste CEO.			
III.5.1	Com relação ao conforto. Como o Sr(a) se sente durante o atendimento no consultório?		Muito bom
			Bom
			Razoável
			Ruim
			Muito ruim
III.5.2	Durante o seu tratamento, com qual frequência o(a) senhor(a) é orientado(a) pelos profissionais sobre os cuidados que deve tomar para se recuperar, tais como: a necessidade de repouso, alimentação adequada, utilização de medicamentos e outros?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
III.5.3	O(a) senhor(a) já conclui algum tratamento neste CEO? <i>Se NÃO, pular para o Bloco III.6.</i>		Sim
			Não
III.5.4	Quanto ao problema que levou o(a) senhor(a) a ser atendido nesse CEO, classificaria como:		Resolvido
			Não Resolvido
III.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?		Sim
			Não
III.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?		Sim
			Não
III.6	Vínculo e responsabilização		
As próximas perguntas serão sobre o trabalho dos profissionais deste CEO que atenderam o(a) senhor(a).			
III.6.1	Durante o atendimento o dentista esclareceu sobre o seu tratamento?		Sim
			Não
			Nunca
III.6.2	Os profissionais deste CEO lhe chamam pelo nome?		Sim
			Não
III.6.3	Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.6.4	Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
III.6.5	Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?		Sim, o ACS da UBS
			Sim, os profissionais do próprio CEO
			Não
			Nunca abandonou ou faltou

III.6.6	Quando o(a) senhor(a) é atendido(a) neste CEO e necessita ser encaminhado(a) para outros profissionais ou especialistas deste serviço, o que acontece?		Marca no próprio CEO	
			Retorna para unidade básica de saúde para pegar encaminhamento	
			A consulta é marcada pelo senhor(a) na central de marcação	
			Nunca precisou marcar para outro profissional do serviço	
III.7	Prótese dentária			
III.7.1	O(a) senhor(a) usa prótese dentária (dentadura)? <i>Se NÃO, pular para o Bloco III.8.</i>		Sim	
			Não	
III.7.2	Há quanto tempo o(a) Sr(a) usa?		1 ano	
			Entre 1 e 3 anos	
			Entre 3 e 5 anos	
			Entre 5 e 10 anos	
			Mais de 10 anos	
III.7.3	Onde o(a) senhor(a) fez a prótese dentária dentadura? <i>Se "CLÍNICA PARTICULAR OU CONSULTÓRIO PARTICULAR" ou "OUTRO", pular para o Bloco III.8.</i>		Neste CEO	
			Na Unidade Básica de Saúde	
			Clínica particular ou Consultório particular	
			Outro	
III.7.4	Quanto tempo levou para iniciar o tratamento da prótese depois do encaminhamento do Cirurgião Dentista da Atenção Básica?		Até 15 dias	
			De 15 a 30 dias	
			De 30 a 45 dias	
			Mais de 45 dias	
III.7.5	Quanto tempo levou para receber a dentadura?		Até 15 dias	
			De 15 a 30 dias	
			De 30 a 45 dias	
			Mais de 45 dias	
III.7.6	O(a) senhor(a) recebeu orientação do dentista sobre o uso e cuidados com a dentadura?		Sim	
			Não	
III.8	Insumos, equipamentos e ambiência			
As próximas perguntas serão sobre sua satisfação com relação ao trabalho da Equipe deste CEO, envolvendo fatores como: disponibilidade de materiais e equipamentos, condições de limpeza das instalações e atenção prestada pelos profissionais.				
III.8.1	Alguma vez o senhor já teve o atendimento interrompido por falta de material ou equipamento?		Sim, sempre	
			Sim, algumas vezes	
			Nunca	
III.8.2	De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações deste CEO:	Sim	Não	Estão em boas condições de uso
		Sim	Não	Estão em boas condições de limpeza
		Sim	Não	Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera
III.8.3	Como o senhor avalia as instalações deste CEO?		Muito bom	
			Bom	

			Regular
			Ruim
			Muito ruim
III.8.4	Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de CEO? <i>Se NÃO, passar para a questão III.8.6.</i>		Sim
			Não
III.8.5	Por que o(a) senhor(a) mudaria de CEO?		Distante de casa
			Por causa do horário de atendimento
			É mal atendido
			Por causa das instalações
			Outros
III.8.6	O(a) senhor(a) recomendaria este CEO para um amigo ou familiar?		Sim
			Não
III.8.7	Na sua opinião, de forma geral o atendimento que o (a) senhor(a) recebe neste CEO é:		Muito bom
			Bom
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
III.8.8	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) dentista?		0 A 10
III.8.9	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pelo(s) profissionais da recepção do CEO?		0 A 10
III.9	Mecanismos de participação e interação dos usuários		
As próximas perguntas serão sobre a participação e envolvimento dos usuários nas questões deste CEO.			
III.9.1	Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão, o(a) senhor(a) consegue? <i>Se NÃO ou NUNCA PRECISOU, passar para a questão III.9.3.</i>		Sim
			Sim, mas com dificuldade
			Não
			Nunca precisou
III.9.2	Quando o(a) senhor(a) fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno?		Sim, teve rapidamente
			Sim, mas demorou
			Não
III.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? <i>Se a resposta do usuário for negativa, informar que o número da ouvidoria geral do SUS é 136</i>		Sim
			Não