

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva

Elisa Shizuê Kitamura

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS ASSISTIDOS PELOS CENTROS  
DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

Juiz de Fora  
2013

Elisa Shizuê Kitamura

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS ASSISTIDOS PELOS CENTROS  
DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Juiz de Fora

2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Kitamura, Elisa Shizuê .

Avaliação da satisfação dos usuários assistidos pelos Centros de Especialidades Odontológicas / Elisa Shizuê Kitamura. -- 2013.

89 f.

Orientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

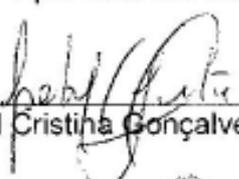
1. Satisfação do Usuário. 2. Saúde Bucal. 3. Atenção Secundária. 4. Especialidades Odontológicas. I. Leite, Isabel Cristina Gonçalves, orient. II. Título.

ELISA SHIZUÊ KITAMURA

**“Avaliação da Satisfação dos Usuários Assistidos pelos  
Centros de Especialidades Odontológicas.”**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte  
dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 16/12/2013

  
\_\_\_\_\_  
Isabel Cristina Gonçalves Leite – UFJF

  
\_\_\_\_\_  
Efigênia Ferreira e Ferreira – UFMG

  
\_\_\_\_\_  
Sérgio Murta Maciel – UFJF

*A todos os verdadeiros mestres que  
passaram pela minha vida, encantando  
com suas ideias, instigando a busca  
constante pelo conhecimento e servindo  
de inspiração...*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, meu escudo e minha sustentação.

À minha filha Helena, por entender e me perdoar pelos momentos em que estive ausente, sempre com um abraço apertado e um beijinho de amor.

À minha querida orientadora Isabel, verdadeiramente mestre, tanto pela competência e conhecimentos técnicos, quanto pela amizade e humildade que a fazem ser uma pessoa especial.

Aos meus pais, meus exemplos, meu refúgio.

Ao meu esposo, Alex, que prometeu seguir comigo em todos os momentos de nossas vidas, e assim tem feito. Companheiro de viagem, motorista e confidente neste estudo!

Aos meus irmãos, Helder e Érica, pelos momentos de alegria e carinho que preenchem a minha vida.

Aos colegas mestrandos, em especial Paloma, Renan e Luana, pelas caronas, troca de conhecimentos, informações, auxílio, momentos de descontração e muitas risadas que me proporcionaram. Agradeço, especialmente, a amizade fraterna da Luana, palpiteira e companheira nessa difícil caminhada.

À acadêmica de Odontologia, Pamella Valente, pelo auxílio na concretização desta pesquisa.

À Liliane e Cida, técnica e auxiliar em saúde bucal, respectivamente, sem as quais seria impossível conciliar tantas obrigações de serviço e de estudo.

À secretária Municipal de Saúde de Leopoldina, por entender a necessidade de educação permanente de seus funcionários e permitir que cursasse esta pós-graduação.

A todos os Coordenadores e funcionários dos Centros de Especialidades Odontológicas dos municípios que percorri, pela permissão para desenvolver este estudo e pela acolhida sempre gentil.

Aos professores e funcionários do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, pela valorosa participação na realização deste projeto. Especial agradecimento ao Professor Ronaldo Bastos pela contribuição na análise estatística dos dados.

Aos usuários dos serviços de saúde que participaram deste trabalho pela contribuição na pesquisa e por me proporcionarem vivências ímpares.

*“A percepção é forte e a visão é fraca.  
Em estratégia, é importante ver o que está  
distante como se estivesse próximo e ter uma  
visão distanciada do que está próximo.”  
Myamoto Musashi*

## RESUMO

Implantados nacionalmente desde 2006, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) ofertam serviços odontológicos públicos de nível secundário. Como todos os serviços de saúde, os CEOs devem ser frequentemente monitorados, avaliados e reordenados, objetivando a melhoria da atenção prestada. Uma das formas de se avaliar a qualidade dos serviços de saúde é a partir do grau de satisfação do usuário. O objetivo do presente estudo foi avaliar a satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, Brasil. Trata-se de um estudo de avaliação realizado por meio de inquérito, abrangendo 11 CEOs em oito municípios, com amostra composta por 256 pacientes atendidos nos CEOs no período de março de 2013 a julho de 2013. Para tanto, utilizou-se como instrumento de coleta de dados o Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB). Variáveis relativas aos indicadores municipais (extensão territorial, porte populacional, densidade demográfica, IDH, PIB e tipo de CEO), ao cumprimento da produção mínima de procedimentos, ao usuário (idade, sexo, nível socioeconômico), ao acesso, à referência de dor de origem dentária, à autopercepção de saúde e ao tempo de espera por tratamento foram descritas. Utilizou-se o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 15.0 para processamento dos dados. Foram encontradas avaliações positivas para todas as dimensões analisadas. Ao se avaliar as variáveis contidas no QASSaB (relação dentista-paciente, relação com outros profissionais, desconforto, obtenção de vaga, tempo de espera, equipamento, limpeza da recepção, limpeza dos banheiros, explicação do tratamento, aparência dos dentes, capacidade de mastigação) encontrou-se diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre os CEOs pesquisados. Um escore foi criado a partir da pontuação final obtida com a aplicação do QASSaB a fim de categorizar a satisfação do usuário. A análise final apresentou como resultados: Pouco Satisfeitos (10,2%), Satisfeitos (86,7%) e Muito Satisfeitos (3,1%). Após regressão linear múltipla, as variáveis independentes que se mostraram associadas à satisfação do usuário foram “autopercepção de saúde bucal” ( $p = 0,001$ ) e “tempo de espera no consultório” ( $p < 0,001$ ). Conclui-se que a maioria dos usuários está satisfeita com o serviço prestado embora haja diferença na satisfação encontrada entre os CEOs. Acredita-se que variáveis não analisadas no presente estudo, incluindo infraestrutura, recursos humanos e gestão, podem ter tido influência na diferença encontrada entre os CEOs. Espera-se que os resultados encontrados nesse estudo possam ser úteis para a gestão e, num espectro maior, contribuir para práticas e políticas de saúde bucal.

Palavras chave: Satisfação do Usuário. Saúde Bucal. Atenção Secundária. Especialidades Odontológicas.

## ABSTRACT

Implemented nationally beginning in 2006, Specialized Dental Centers (SDCs) offer dental services at the secondary care level. Like all health services, SDCs should be frequently monitored, evaluated, and reorganized, aiming to improve the care they provide. One way of evaluating health services quality is on the basis of patient satisfaction levels. The aim of this study was to evaluate patient satisfaction at the Specialized Dental Centers (SDCs) in the Southeast Macro-region of Minas Gerais, Brazil. This is an evaluation study conducted through a survey covering 11 SDCs in eight municipalities, with a sample of 256 patients attended at SDCs between March 2013 and July 2013. Data were collected using the Dental Health Services Quality Assessment Questionnaire (known in Brazil as the QASSaB). Variables related to the municipality (land area, population size, demographic density, HDI, GDP, and type of SDC), to meeting minimum requirements in services provided, to the patient (age, sex, socioeconomic status), to access, and regarding dental pain, self-perceived health, and the waiting time for treatment, were all described. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 15.0, was used to process the data. Positive ratings were observed for all the dimensions analyzed. Upon assessing the variables contained in the QASSaB (dentist-patient relationship, patient relationship with other professionals, discomfort, getting an appointment, waiting time, equipment, reception area and facilities cleanliness, explanation of treatment, teeth appearance, chewing capacity), significant differences ( $p < 0.05$ ) were found between the SDCs surveyed. A score was created from the final ratings obtained from applying the QASSaB in order to categorize patient satisfaction. The final analysis showed the following results: Poorly Satisfied (10.2%), Satisfied (86.7%), and Very Satisfied (3.1%). After multiple linear regression, the independent variables that were associated with patient satisfaction were "self-perceived oral health" ( $p = 0.001$ ) and "waiting time at the clinic" ( $p < 0.001$ ). Our conclusion is that most patients are satisfied with the service provided although there is a difference in satisfaction observed among the SDCs. We believe that variables not analyzed in this study, including infrastructure, human resources, and management, could have influenced the differences found among the SDCs. We hope that the results found in this study may be useful in the management area, and in a broader spectrum, contribute to oral health practices and policies.

Key Words: Patient Satisfaction, Oral Health, Secondary Care, Dental Specialties.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Mapa das Macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais .....27
- Figura 2.** Mapa da Macrorregião Sudeste e suas microrregiões de saúde .....28
- Figura 3.** Caracterização dos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais devidamente cadastrados no CNES em Outubro de 2012 .....29

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b>	Caracterização demográfica dos municípios da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais que possuem CEOs, 2013 .....	42
<b>Tabela 2.</b>	Caracterização socioeconômica e de acesso da amostra de 256 usuários entrevistados nos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013 .....	45
<b>Tabela 3.</b>	Características relacionadas à percepção do usuário quanto à saúde bucal da amostra de 256 usuários entrevistados nos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013 .....	46
<b>Tabela 4.</b>	Características em relação à espera por tratamento da amostra de 256 usuários entrevistados nos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013 .....	47
<b>Tabela 5.</b>	Avaliação individualizada da satisfação dos usuários por CEO da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013 .....	49
<b>Tabela 6.</b>	Escore Final do QASSAB aplicado na amostra de 256 usuários dos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013.....	51
<b>Tabela 7.</b>	Resultados da análise de regressão linear múltipla para a pontuação final do QASSAB aplicado na amostra de 256 usuários dos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013.....	51

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Cumprimento da Produção Mínima nos CEOs da macrorregião Sudeste do Estado de Minas Gerais, segundo Portaria n. 1464, de 24 de junho de 2011, no ano de 2012.....43
- Quadro 2.** Avaliação da satisfação dos usuários nos CEOs da Macrorregião Sudeste Mineira, segundo as dimensões de qualidade, Brasil, 2013 .....47

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEOs	Centros de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRS	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
QASSaB	Questionário para Avaliação da Satisfação dos usuários com os Serviços Públicos de Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	18
2.1	O ADVENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE BUCAL.....	18
2.2	AS REDES DE SERVIÇO DE SAÚDE: FLUXOS E ACESSO.....	23
2.3	AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	29
<b>3</b>	<b>HIPÓTESE</b> .....	33
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	34
4.1	OBJETIVO GERAL.....	34
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	35
5.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	35
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	35
5.3	AMOSTRAGEM E POPULAÇÃO .....	35
5.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	37
<b>5.4.1</b>	<b>Variável dependente</b> .....	37
<b>5.4.2</b>	<b>Variáveis independentes</b> .....	37
5.5	COLETA DE DADOS.....	38
5.6	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	38
5.7	ANÁLISE DOS DADOS .....	39
5.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	40
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	41
6.1	ANÁLISE DESCRITIVA E BIVARIADA.....	41
<b>6.1.1</b>	<b>Caracterização demográfica dos municípios participantes da pesquisa</b> .....	41

<b>6.1.2</b>	<b>Caracterização dos CEOs quanto ao cumprimento de metas .....</b>	<b>42</b>
<b>6.1.3</b>	<b>Caracterização socioeconômica, de percepção e de acesso da amostra.....</b>	<b>44</b>
<b>6.1.4</b>	<b>Caracterização da satisfação do usuário .....</b>	<b>47</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>53</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>59</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>67</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal, inserida no contexto dos modelos assistenciais, excludentes ao longo da história, acabou refletindo as mesmas práticas curativistas, tecnicistas e biologicistas dos modelos médico-centrados. No Brasil, assistiu-se a um avanço social e político com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), redefinindo as atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal e criando novos espaços de participação social (OLIVEIRA, 2008).

Como proposta de uma nova forma de atuação no âmbito da saúde, visando à integralidade da assistência e considerando o indivíduo em sua dimensão globalizante, foi lançado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). A partir do ano 2000, com a Portaria n.1.444, de 28 de dezembro (BRASIL, 2000b), houve a incorporação oficial do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (PNSB). Na busca pela integralidade da assistência, através desta política pública, houve a inserção de procedimentos mais complexos na atenção primária e a proposta de uma rede de serviços de atenção à saúde bucal no SUS, com oferta de serviços especializados (BRASIL, 2004).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) têm sido, desde então, a estratégia desta política (PNSB) para a garantia da atenção secundária pública no país, devendo realizar no mínimo as seguintes atividades: diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer bucal, periodontia, endodontia, cirurgia e atendimento a portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2006b).

Representativos do serviço de saúde bucal, os CEOs devem ser avaliados, objetivando a melhoria do atendimento, principalmente na dimensão de resultados, através da avaliação da satisfação do usuário (LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010). Além da necessidade da avaliação para a tomada de decisões e do consequente reordenamento dos serviços de saúde, admite-se o desafio do constante monitoramento dos serviços, para a melhoria da qualidade e vigilância em saúde bucal (GOES et al., 2012).

O aprimoramento da prática de monitoramento e avaliação – no intuito de contribuir para a tomada de decisões, planejamento, programação e organização do serviço, levando em conta os sujeitos envolvidos na prática do mesmo – ainda é

visto como grande desafio para o sistema de saúde público (BUENO; CORDONI JÚNIOR; MESAS, 2011).

A avaliação da qualidade da atenção à saúde tem a possibilidade de ser construída a partir do estudo do grau de satisfação do usuário, a quem se deve o porquê da existência de um serviço de saúde (OLIVEIRA et al., 2009).

Mesmo cientes que a qualidade percebida pelo paciente possa estar muito mais relacionada à maneira como ele é tratado do que com os aspectos técnicos da assistência propriamente dita, ressalta-se a relevância de estudos de avaliação da satisfação do usuário, pois esta é uma maneira democrática de avaliação, possibilitando a participação social preconizada pela reforma sanitária brasileira (LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010). Além disso, esse tipo de avaliação pode ser auxiliar nos processos de tomada de decisão, planejamento, distribuição de recursos e priorização das ações em saúde bucal (MENDES, 2006).

Diante do exposto, é perceptível que a avaliação da satisfação dos usuários dos CEOs, num panorama de escassas pesquisas sobre a atenção secundária no Brasil (FIGUEIREDO; GOES 2009; GOES et al., 2012), faz-se necessária como instrumento de formulação de políticas que visem à ampliação do acesso (CHAVES et al., 2011).

Dentro dessa perspectiva, o presente estudo foi dividido em cinco grandes partes. A primeira é dedicada à revisão da literatura, a qual é fundamentada na consolidação do SUS, particularmente, no ideário da integralidade, e das políticas públicas, destacando-se a PNSB, que possibilitou a criação dos CEOs. Discute-se a concepção da rede de atenção e seus fluxos, além das avaliações dos serviços de saúde, dando destaque àquelas de satisfação do usuário.

A segunda parte diz respeito tanto ao objetivo principal que foi avaliar a satisfação do usuário dos CEOs, quanto a uma série de objetivos secundários que podem ajudar no entendimento da variável dependente.

Na terceira parte constituída pela metodologia, respeitando o delineamento do estudo epidemiológico descritivo transversal, descreve-se o ambiente e os sujeitos da pesquisa, além de aspectos referentes à coleta de dados e a aspectos éticos.

Os resultados foram apresentados na quarta parte do trabalho, ressaltando-se os achados principais. Finalizou-se com uma discussão sobre esses achados e, também, algumas considerações finais.

Nesse contexto, buscando subsidiar novas políticas de saúde, o enfoque da presente pesquisa baseou-se na percepção dos usuários em relação ao atendimento dos CEOs, a fim de entender os limites e potencialidades desse nível de atenção à saúde bucal.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O ADVENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE BUCAL

O Brasil dos anos 80, em meio às mudanças propostas pelo movimento da Reforma Sanitária, experimentou um momento de recuperação das liberdades democráticas e florescimento de movimentos sociais por melhores condições de vida, além de novos atores no cenário social. Nesse contexto, o modelo de prática odontológica vigente também começou a ser criticado. Além do traço iatrogênico e mutilador, foram denunciados seu caráter centrado na figura do cirurgião-dentista e sua orientação fortemente ligada à tradição liberal-privatista da profissão (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, marcou o momento em que esse panorama começou a ganhar contornos claros, ao ampliar o elenco de atores envolvidos e explicitar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema. A ampla legitimidade conquistada ao longo do processo de mobilização em torno da Reforma Sanitária, aliada à capacidade de elaborar propostas foram fatores cruciais para que o texto constitucional, aprovado em 1988, contemplasse a maior parte das proposições da 8ª CNS (BRASIL, 2009).

A promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 representou um marco na gestão de saúde, com implicações para a saúde bucal que, entendida como uma dimensão inseparável da saúde, passou também a ser considerada um direito de todos e um dever do Estado (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

A partir do início de 1990, com o processo de implementação do SUS, houve uma redefinição de responsabilidades e competências de cada nível de governo, atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde (OLIVEIRA et al., 2009). Nesse período, condições de viabilização do direito à saúde foram criadas com a regulamentação do SUS, através das Leis Orgânicas da Saúde (Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990). De acordo com a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), a saúde não se restringe à ausência de doenças, sendo socialmente determinada por

fatores relacionados à alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer, etc. A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), valoriza a participação popular, regulamentando a colaboração da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

Tendo como base o artigo 198 da CF, foram estabelecidos, na Lei Orgânica da Saúde, princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde; bem como os princípios que dizem respeito a sua operacionalização: descentralização, regionalização e a hierarquização da rede de serviços e participação social (BRASIL, 2000a).

A partir dos princípios e diretrizes que norteiam a política nacional, com o objetivo de definir a integralidade em saúde, o artigo 7º, da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, a caracteriza como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a, p. 18056).

Considera-se, neste estudo, a integralidade na perspectiva da garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos serviços de saúde (CHAVES et al., 2010).

Sendo um dos pilares de sustentação do SUS, o princípio da integralidade apresenta-se como um desafio para a atual política de saúde brasileira. Para que haja o respeito a esse princípio, é necessária a oferta articulada de ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

A fim de possibilitar essa atenção integral, oportuna, eficiente e efetiva, Mendes (2009) propõe o conceito de redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si de forma cooperativa e interdependente, com constante intercâmbio de recursos, estabelecidos sem hierarquias, com oferta coordenada pela atenção primária a saúde.

Contudo, a estruturação de redes foi, inicialmente, pensada de maneira hierarquizada, com níveis crescentes de complexidade dos serviços e articulação de ações de baixa, média e alta complexidade (BRASIL, 2000a). Entrementes, em ambas perspectivas, há de se pensar na regionalização como ferramenta para

efetivação de ações integrativas, num país com a extensão territorial do Brasil (BRASIL, 2006a).

A história das políticas públicas de saúde bucal tem sido marcada pela omissão do Estado, limitadas a ações reguladoras e a odontologia de mercado, modelo em que as condições de saúde bucal resultam da prestação de assistência odontológica mediante pagamento direto ou indireto, com preço de cada serviço definido conforme as regras do mercado (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A atenção odontológica pública no Brasil ficou historicamente atrelada ao sistema incremental, tecnologia associada ao planejamento normativo, centralizado e vertical, que limitava a atenção à população escolar com ações na abordagem da cárie dentária. A outros segmentos populacionais, como o dos adultos, restava um modelo público limitado à população inserida no mercado formal de trabalho, com atenção calcada na demanda espontânea, com predomínio de ações curativas e de caráter mutilador (PINTO; MATOS; LOYOLA FILHO, 2012). Apesar dos avanços pós-SUS, este modelo de sistema incremental ainda é reproduzido em muitos municípios (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

O processo de realocação dos recursos odontológicos de unidades escolares para unidades de saúde, reorientando a atenção básica e criando condições para maior integração das ações de saúde bucal com os programas de saúde em diferentes níveis de sistema, foi impulsionado com o surgimento do PSF, em 1994, e com a incorporação oficial do cirurgião-dentista de saúde da família a partir de 2000. Surgiu, então, a possibilidade de rompimento com os modelos assistenciais excludentes em saúde bucal (OLIVEIRA et al., 2009).

Com a incorporação do odontólogo no PSF, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto a população urbana quanto a rural. Os levantamentos organizados anteriormente, em 1986 e em 1996, consideravam dados coletados apenas em capitais e no Distrito Federal. Este terceiro levantamento, identificado como “*SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira*”, foi realizado em 2003, examinando-se 108.921 pessoas em 250 municípios. Com os resultados deste levantamento ficaram evidente as desigualdades sociais nos indicadores do processo saúde-doença e também no padrão de utilização de serviços (BRASIL, 2005b).

Em 2004, com a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), vislumbrou-se a possibilidade de construir, coletivamente, novos rumos para a Política Nacional de Saúde Bucal. Com o tema “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”, o objetivo era produzir mudanças necessárias para assegurar a todos o acesso a ações e serviços de saúde bucal com qualidade (MENDES, 2006).

Especificamente sobre a atenção secundária, a 3ª CNSB deliberou que, para a garantia de um atendimento integral, seria necessária a definição de critérios para implantação dos CEOs que levassem em conta não só o número de habitantes, mas também a realidade socioeconômica e as características epidemiológicas das diversas regiões brasileiras (BRASIL, 2005a).

Após tentativas fracassadas de consolidação de uma efetiva política nacional de saúde bucal, processo este iniciado na luta contra a ditadura e fortalecido nas CNS e CNSB, ainda em 2004, sistematizou-se um conjunto de propostas que se expressaram na Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) é considerada um marco na história das Políticas Públicas no Brasil, pois traduz, em seus pressupostos operacionais, os princípios do SUS, objetivando a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal vigente.

As diretrizes da PNSB visam ao acesso universal e à integralidade da atenção à saúde bucal pela interface entre níveis de atenção (CHAVES et al, 2010). Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado. Desta forma, devem ser compreendidas como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micropolítica, onde ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais (BRASIL, 2004).

Assim, a PNSB faz parte da política de saúde do Governo Federal e tem como objetivo ampliar o atendimento odontológico e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira (PUCCA JÚNIOR, 2006). Para isso, é estruturada em grandes frentes de ação: reorganização da atenção básica por meio

da Estratégia de Saúde da Família (ESF), garantia de acesso a tratamento especializado na rede pública, com a criação dos CEOs e promoção da saúde.

As Portarias Ministeriais n. 599 e n. 600, ambas de 23 de março de 2006 (BRASIL, 2006b), tratam, respectivamente, da implantação dos CEOs, estabelecendo critérios, normas e requisitos para seu credenciamento; e do financiamento dos CEOs. No tocante ao financiamento, a Portaria n. 1.464, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), altera um anexo que o institui e a Portaria n. 1.223, de 13 de junho de 2012 (BRASIL, 2012), redefine os recursos financeiros destinados ao custeio mensal dos serviços especializados de saúde bucal.

Os CEOs devem se constituir em unidades de referência para a atenção primária, integrados ao processo de planejamento locorregional, ofertando minimamente as seguintes especialidades: periodontia, endodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca e cirurgia oral menor (GOES et al., 2012). Além disso, devem cumprir metas mínimas mensais de procedimentos por subgrupos de especialidade definidas pela Portaria n. 1.464 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b).

Os CEOs podem ser de três tipos e diferenciam-se principalmente pela quantidade de consultórios odontológicos, o que reflete diretamente na quantidade de recursos humanos e no tipo de financiamento recebido pelo Ministério da Saúde. O CEO tipo I é formado por três consultórios odontológicos completos e recebe mensalmente R\$ 8.250,00 para custeio e R\$ 60 mil em parcela única para implantação – correspondente ao custo com reformas, ampliação do espaço físico e aquisição de equipamentos. Para o CEO tipo II, com quatro a seis consultórios, o valor mensal é de R\$ 11 mil e R\$ 75 mil para a implantação. Já o CEO tipo III, que possui no mínimo sete consultórios, tem recurso de custeio no valor de R\$ 19.250,00 e de implantação de R\$ 120 mil reais (BRASIL, 2012).

A expansão da implantação dos CEOs no Brasil vem sendo crescente, contando em junho de 2012, com 890 unidades no país. Em Minas Gerais, nessa mesma data, havia 80 CEOs credenciados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A implementação dos CEOs constitui estratégia relevante visando a integralidade da atenção no âmbito odontológico, tanto no sentido de integração entre ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, quanto na

perspectiva da garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos serviços de saúde (CHAVES et al, 2010).

Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010, conhecida como *Projeto SB Brasil 2010*, foram auxiliares na avaliação do impacto da PNSB, assim como na identificação de problemas e na reorientação das estratégias de prevenção e assistência, especialmente as relacionadas à implementação da ESF e dos CEOs. O *Projeto SB Brasil 2010*, analisou a situação da população brasileira com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, necessidades de próteses dentais, condições da oclusão, fluorose, traumatismo dentário e ocorrência de dor de dente, dentre outros aspectos.

Em linhas gerais, comparando-se os resultados desse projeto com os de seu antecessor, o *SB Brasil 2003*, reporta-se a ampliação da atenção a grupos etários pouco assistidos, como a população adulta. Notou-se um menor ataque de cárie entre crianças, adolescentes e adultos, com um maior acesso do último grupo, a serviços odontológicos para restaurações dentárias. Esta é uma importantíssima inversão de tendência registrada no país: os procedimentos mutiladores, representados pelas extrações de dentes, cedendo espaço aos tratamentos restauradores (BRASIL, 2011a).

## 2.2 AS REDES DE SERVIÇO DE SAÚDE: FLUXOS E ACESSO

A interface ideal entre os serviços de atenção básica e secundária deve considerar características como: a equidade – todos os casos que requerem um nível de maior complexidade devem ser referenciados sem barreiras; a integralidade – disponibilidade e acesso a todos os níveis de atenção com fluxo garantido na rede de serviços; eficiência e eficácia – com mecanismos apropriados de referência e contrarreferência (MORRIS; BURKE, 2001).

A busca por mecanismos facilitadores do estabelecimento de processo de referência e contrarreferência pode ser considerada fundamental para a concretização do princípio da integralidade (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Por referência, entende-se o encaminhamento do usuário para um nível de maior

grau de complexidade; já a contrarreferência diz respeito ao reencaminhamento desse usuário à APS (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

A relação entre as unidades assistenciais de uma rede de serviços deve se dar com o estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência, premissa para a determinação das linhas de cuidado na busca da integralidade assistencial. Neste sentido, a questão do acesso assume um caráter regulador sobre o sistema de saúde, definindo fluxos, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário (CECÍLIO, 1997).

A conceituação de acesso é abrangente e muito discutida, mas prevalece a ideia de que o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta, centrando-o na entrada inicial nos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Nesse sentido, o acesso é um importante determinante do uso de serviços de saúde, mas não o único. Este uso efetivo resulta de uma multiplicidade de fatores individuais, contextuais e relativos à qualidade do cuidado, que influenciam a efetividade e a continuidade do atendimento (SOUZA, 2009; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde pode ser medido pela acessibilidade, caracterizada pela oferta (uso) de serviços, e pelo acesso, ligado a entrada e continuidade no serviço de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A acessibilidade pode ser entendida como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, distinguindo-se em duas dimensões que se inter-relacionam: acessibilidade sócio-organizacional e acessibilidade geográfica. A acessibilidade que abrange as características que obstruem ou aumentam a capacidade da utilização do serviço pelas pessoas, excetuando-se os aspectos geográficos, pode ser conceituada como sócio-organizacional. A acessibilidade geográfica se relaciona a distância média entre a população e os recursos, considerando características físicas, como as barreiras geográficas (DONABEDIAN, 1973).

A organização de uma rede hierarquizada de serviços é um dos dispositivos do planejamento para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde. Assenta-se sobre o “modelo sanitaria planificador”, que tem como princípios

fundamentais a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, com vistas a estabelecer universalidade, equidade e integralidade (JESUS; ASSIS, 2010).

O processo de regionalização e hierarquização na era SUS vem sendo formatado com base na apresentação da dimensão organizativa dos modelos assistenciais e seus fluxos, com vistas ao estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade tecnológica. Dessa maneira, visa garantir o acesso dos usuários com universalidade, equidade e integralidade. Parte-se de ponderações teórico-conceituais até o desenvolvimento de estratégias de organização de redes assistenciais, avançando inclusive para a avaliação de resultados, utilizando-se metodologias participativas, incluindo os diversos sujeitos no processo de discussão (JESUS; ASSIS, 2010).

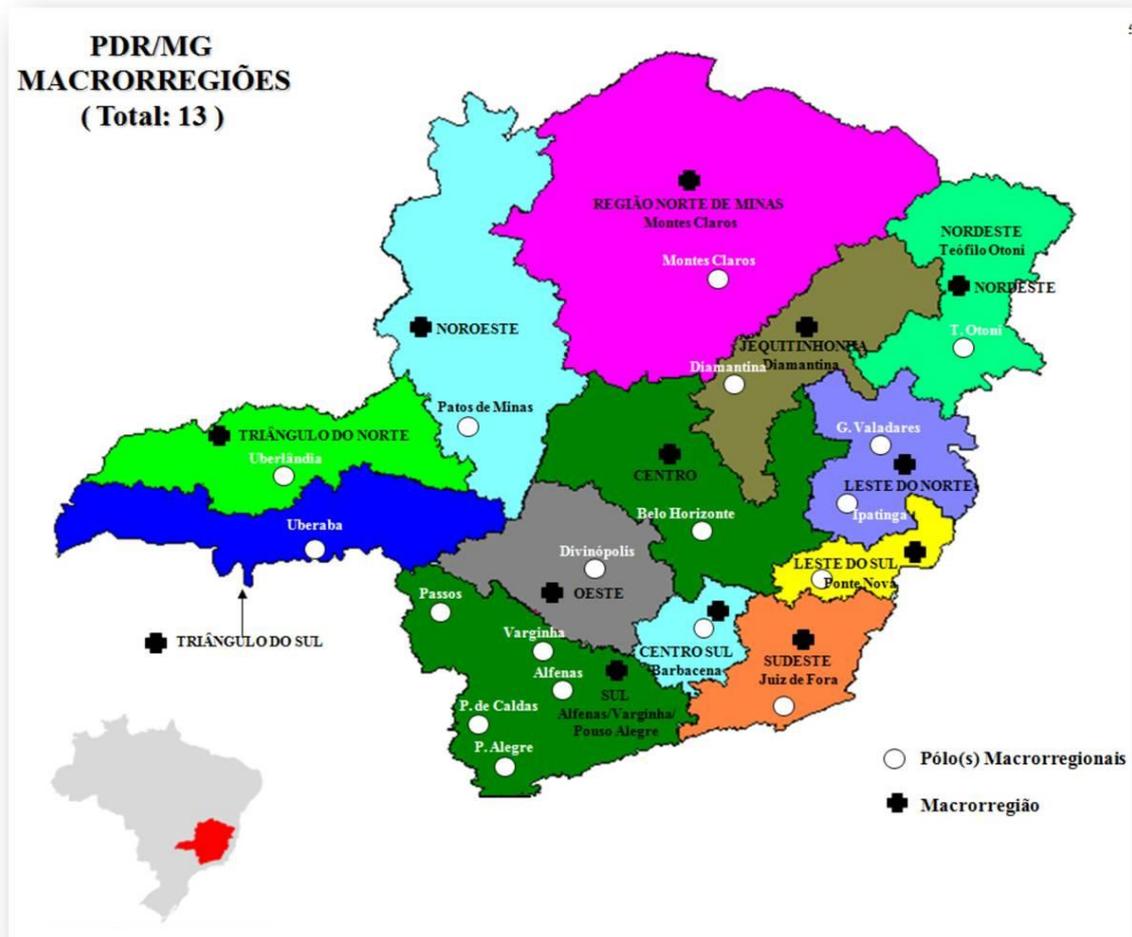
Conforme a Constituição de 1988, a regionalização deveria permitir a descentralização do processo decisório para Estados e Municípios, que orientariam o investimento dos recursos conforme a realidade e as necessidades locais da população, compartilhando com a União as responsabilidades sob a gestão do sistema de saúde. A regionalização é retomada no Pacto pela Saúde, encaminhado pelo Ministério da Saúde em 2006, reforçando o reconhecimento da diversidade e flexibilidade do processo de regionalização da saúde em um país com dimensões continentais como o Brasil (SILVA; RAMIRES, 2010).

Para oferecer serviços necessários numa distância que viabilize o deslocamento do usuário, foi embutido o conceito de região, privilegiando a questão dos fluxos. Institucionalizado como ferramenta pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02), o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR-MG) tem sido utilizado para orientar a organização das redes de atenção à saúde e fornecer as bases para os cálculos dos recursos e o monitoramento dos indicadores de saúde, da equidade e da integralidade (MINAS GERAIS, 2012).

Assim, o PDR-MG estabeleceu três tipos de região em ordem crescente de base territorial: Município, Microrregiões de Saúde e Macrorregiões de Saúde. Ao município cabe desenvolver seus sistemas de atenção básica. O segundo nível de atenção são as Microrregiões de Saúde, responsáveis pelo atendimento de nível secundário com oferta de serviços de média complexidade aos municípios. As microrregiões devem contar com uma população mínima de 150.000 habitantes,

salvo quando a distância ou dificuldade de acesso ao município polo microrregional inviabilize esta escala operacional. A acessibilidade a este polo também é considerada, não devendo localizar-se a mais de 150 km de distância de cada município de sua microrregião. Finalmente, as Macrorregiões de Saúde se classificam como a terceira e maior região hierarquicamente definida, responsável pelos serviços de maior nível tecnológico ou de grande especialidade de diagnósticos conhecidos por serviços de Alta Complexidade. Como normalmente estes serviços são relativamente menos utilizados, as Macrorregionais precisam abranger áreas em torno de um milhão de habitantes. Suas sedes devem polarizar as microrregiões e oferecer a elas todo o aparato técnico profissional necessário para atender toda a demanda de alta complexidade. Semelhantemente à microrregional, a cidade polo da macrorregião deve dispor de fácil acessibilidade e infraestrutura urbana capaz de receber os munícipes das cidades por ela polarizadas, além da autossuficiência nos serviços de atenção terciária (SILVA; RAMIRES, 2010). O espaço territorial mineiro dos 853 municípios foi recortado em 76 microrregiões e em 13 macrorregiões de saúde (Figura 1).

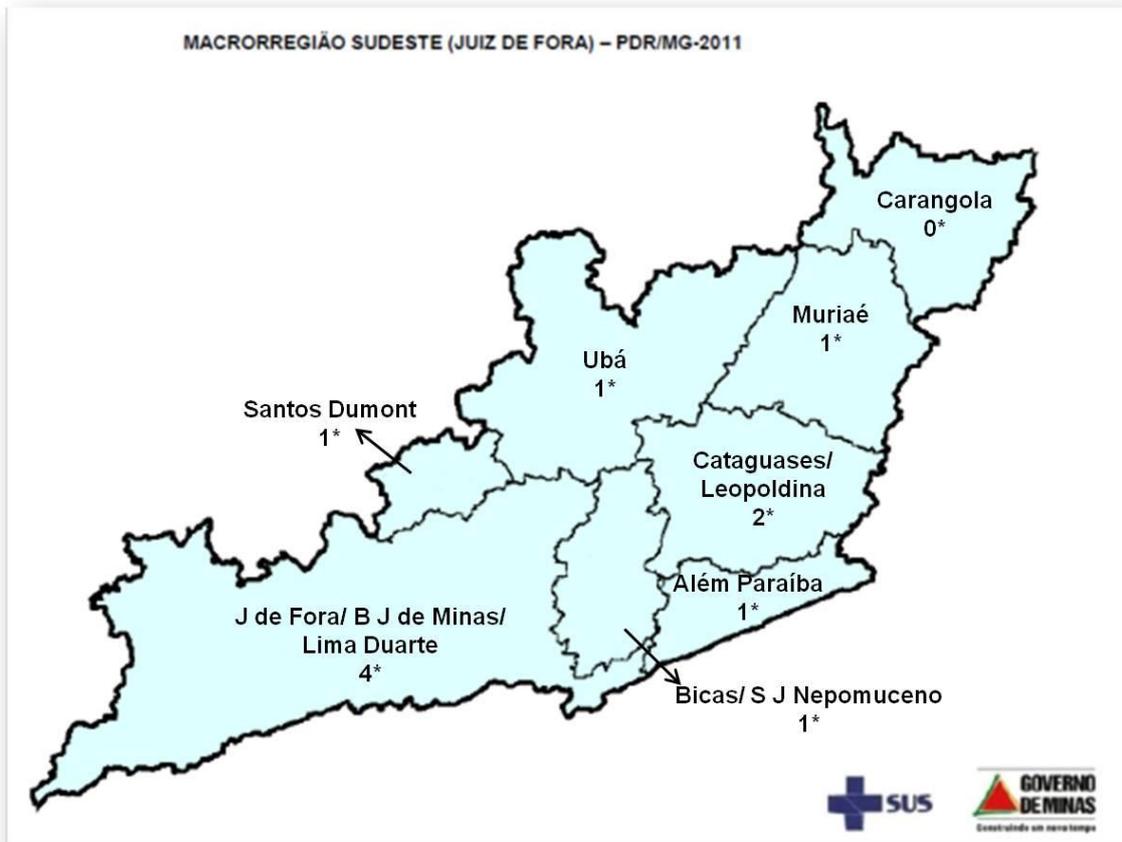
**Figura 1.** Mapa das Macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais



**Fonte:** Adaptado de Malachias, Leles e Pinto (2010, p.81).

A Macrorregião Sudeste de Minas Gerais é composta por 08 microrregiões de saúde, a saber: Além Paraíba (05 municípios), Carangola (11 municípios), Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas (25 municípios), Leopoldina/Cataguases (10 municípios), Muriaé (11 municípios), Santos Dumont (03 municípios), São João Nepomuceno/Bicas (09 municípios), Ubá (20 municípios). Dentre os municípios, há um definido como pólo: Juiz de Fora (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

**Figura 2.** Mapa da Macrorregião Sudeste e suas microrregiões de saúde



**Fonte:** Adaptado de Malachias, Leles e Pinto (2010, p.234).

**Legenda:** \* Número de CEOs por Microrregião

Para gerir o sistema de saúde de maneira a otimizar os investimentos e garantir assistência a maior parcela da população, é preciso, dentre diversas ações, promover o seu atendimento de forma regionalizada. A delimitação das áreas de atenção favorece a gestão racional das regiões de saúde, definindo os responsáveis por aquela parcela territorial, uma vez que todo município deve estar contido em uma macrorregião de saúde (SILVA; RAMIRES, 2010).

Nesse contexto, a média complexidade em odontologia, caracterizada pelos CEOs, serve de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção primária e, integrada ao processo de planejamento loco-regional, oferta procedimentos clínicos odontológicos especializados no âmbito do SUS (DEITOS, 2009).

Na macrorregião Sudeste de Minas Gerais, pode-se encontrar, cadastrados no CNES em Outubro de 2012, 11 CEOs em funcionamento. A Figura 3 resume esses estabelecimentos.

**Figura 3.** Caracterização dos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais devidamente cadastrados no CNES em Outubro de 2012

MICRORREGIONAL DE SAÚDE	MUNICÍPIO	NOME CEO	TIPO DE CEO	COMPETÊNCIA INICIAL
Além Paraíba	Além Paraíba	Unidade Microrregional de Referência CMEC	2	11/2008
Bicas/São João Nepomuceno	São João Nepomuceno	CEO Alcea Cardoso de Azevedo	1	05/2007
Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas	Juiz de Fora	CEO COAPE	1	03/2006
Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas	Juiz de Fora	Unidade Odontológica Norte	2	01/2006
Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas	Juiz de Fora	Unidade Odontológica Oeste	1	01/2006
Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas	Juiz de Fora	Unidade Odontológica Centro	2	09/2005
Leopoldina/Cataguases	Leopoldina	Centro de Especialidades Odontológicas Tipo 1	1	01/2006
Leopoldina/Cataguases	Cataguases	CEO Marília Guimarães Costa	2	10/2006
Muriaé	Patrocínio do Muriaé	Centro de Saúde Jorge Tannus	1	01/2006
Santos Dumont	Santos Dumont	Centro de Especialidades Odontológicas	2	10/2009
Ubá	Ubá	Centro de Especialidades Odontológicas	2	04/2012

**Fonte:** Adaptado de Brasil ([c20--a])<sup>1</sup>

Após uma primeira fase de sucesso pós-implantação da PNSB na reorganização da atenção especializada em saúde bucal no país, faz-se necessário, agora, um maior desenvolvimento da gestão, tendo como instrumentos o monitoramento e avaliação dos serviços, visando à melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira (DEITOS, 2009).

### 2.3 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O sentido fundamental ao se teorizar no campo da avaliação dos serviços de saúde é, sobretudo, buscar converter os conceitos em estratégias, critérios e padrões de medição, a fim de contribuir para a produção de medidas úteis que

<sup>1</sup> Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>> Acesso em: 20 out. 2012.

auxiliem na tomada de decisão e subsidiem aperfeiçoamentos no âmbito dos serviços (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Avaliar pode ser definido como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Para a área de saúde bucal – além da utilização da avaliação em saúde para a tomada de decisão, conseqüentemente o reordenamento das políticas, programas e serviços de saúde – outro desafio posto é conjugar essa tarefa ao constante monitoramento dos serviços para melhoria da qualidade, bem como vigilância em saúde bucal (GOES et al., 2012).

Os objetos da avaliação em saúde são diversos, desde um procedimento específico até um sistema de saúde, cada um com diferentes características, objetivos e estratégias, exigindo diferentes processos de avaliação (COLUSSI; CALVO, 2012).

Na avaliação da qualidade em saúde, um dos referenciais, amplamente empregado pelos pesquisadores e órgãos governamentais, é o Modelo Donabediano, que contempla a análise do tripé *estrutura-processo-resultado*. Neste modelo, o item *estrutura* corresponde às características relativamente estáveis das instituições: área física, recursos humanos, materiais e financeiros, bem como o modelo organizacional. O item *processo* refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na produção em geral, e no setor saúde, nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários dos serviços - desde a busca de assistência até o diagnóstico e o tratamento. Finalmente, o item *resultado* diz respeito às características dos produtos ou serviços, cuja qualidade se traduz nos efeitos na saúde do cliente e da população (DONABEDIAN, 1992).

Dessa forma, a avaliação da satisfação do usuário, como um indicador de resultado, pode ser considerada tão indispensável como o desempenho e a administração dos sistemas de cuidados de saúde (LIMA; CABRAL;

VASCONCELOS, 2010). Os interesses dos usuários deveriam desempenhar um papel relevante no processo avaliativo, com a utilização de medidas que levem em conta a satisfação dos pacientes com os serviços (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992).

Embora haja uma lacuna relativa à avaliação dos serviços públicos de saúde bucal, alguns estudos avaliativos têm sido realizados com esforços a desenvolver instrumentos válidos para tal fim, versando, inclusive, sobre a qualidade de serviços odontológicos, especificamente sob a ótica do usuário (GOES et al., 2012).

O processo de avaliar a satisfação do usuário é complexo e deve acontecer por meio de ferramentas apropriadas para este fim. O instrumento designado para medir essa satisfação precisa ser baseado na compreensão do usuário quando expressa sua opinião sobre a natureza dos serviços que recebe (FERNANDES, 2002). O conceito de satisfação, neste sentido, é a percepção e a avaliação que o usuário tem sobre dimensões definidas dos serviços de saúde (SANTOS, 2007).

O instrumento de pesquisa Questionário para Avaliação da Satisfação dos Usuários com Serviços Públicos de Saúde Bucal (QASSaB) foi construído para os serviços brasileiros, sendo devidamente validado (FERNANDES, 2002). Levando em consideração as dimensões da qualidade do serviço, esse questionário visa medir a satisfação dos usuários com o serviço, usando uma escala do tipo Likert, com manifestação de respostas variando de excelente a péssimo, sendo tratadas como variáveis ordinais (LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010).

Desenvolvido com base no modelo ampliado de avaliação da qualidade proposto por Donabedian, resultou, após análise fatorial, em sete dimensões da qualidade: acessibilidade, resolutividade, ambiente físico e limpeza, relações humanas, qualidade técnico-científica, eficácia e aceitabilidade (FERNANDES, 2002).

Por *Disponibilidade dos Serviços* ou *Acessibilidade* entende-se o quanto esse serviço está disponível a seus usuários. *Resolutividade* ou *Efetividade* expressa-se como a capacidade do serviço de resolver as situações de sua competência, requeridas pelos usuários, em situação rotineira. *Ambiente Físico* e *Limpeza* caracterizam o conforto e a limpeza desse ambiente. *Relações humanas* trata de como se dão as relações interpessoais entre profissional e o usuário dentro do serviço. *Qualidade Técnico-Científica* refere-se a quanto os equipamentos utilizados pelo serviço encontram-se adequados à tecnologia atual. *Eficácia* diz

respeito à capacidade do serviço de produzir o resultado esperado em condições ideais. A *Aceitabilidade* ocorre quando o fornecimento do serviço está de acordo com as normas culturais, sociais e com as expectativas do usuário (SANTOS, 2007).

A percepção dos brasileiros sobre o serviço público é de um serviço destinado aos pobres, portanto desprovido de qualidade (ALBUQUERQUE, 2002). Ressalta-se, então, a importância da avaliação como instrumento de mudança desse paradigma, incentivando que os serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010).

A qualidade dos serviços de saúde está sendo cada vez mais exigida pela sociedade, principalmente dos serviços prestados por órgãos públicos. Para atender a essa exigência é fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação da qualidade assistencial que abordem avaliações da estrutura, da gestão, dos resultados e da satisfação dos pacientes (BRASIL, 2006c).

As avaliações de satisfação de usuário de serviços públicos de saúde são importantes instrumentos para dar voz aos pacientes, permitindo oportunidades de expressão nas quais podem monitorar e controlar o serviço prestado, fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercendo controle social (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

É preciso ressaltar que na avaliação de serviços de saúde públicos, evidencia-se o viés da gratidão, omissão de críticas negativas dos usuários por medo de perder o acesso e pela relação de dependência e afetividade com os profissionais de saúde. Cita-se, ainda, a usual dificuldade de conseguir atendimento, resultando em baixa expectativa do usuário, como explicação da produção da satisfação, pelo simples fato de ter sido atendido; o que não significa que o serviço atendeu às expectativas do usuário (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Para minimizar a subjetividade presente nas avaliações de satisfação do usuário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2000, propôs o conceito de responsividade, que se refere ao quanto o sistema de saúde adequa-se às expectativas legítimas dos usuários (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010). Dessa forma, pode-se distinguir responsividade, que avalia as percepções individuais sobre as expectativas citadas anteriormente, de satisfação do usuário, que representa uma mistura complexa de necessidades percebidas, expectativas determinadas individualmente e experiência de cuidado (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

### **3 HIPÓTESE**

A avaliação positiva dos serviços dos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, sob a ótica do usuário, assemelha-se àquela identificada em estudo prévio de outra região do Brasil (LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010). Dentro das distintas dimensões de qualidade, pode haver variação no grau de satisfação.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) de oito municípios da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os municípios das microrregiões que possuem CEOs implantados: extensão territorial, porte populacional, densidade demográfica, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Produto Interno Bruto (PIB) e tipo de CEO;
- Descrever o cumprimento de metas estabelecidas pela Portaria n. 1464, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b) de todos os CEOs da Macrorregião Sudeste;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos entrevistados e o acesso ao serviço de saúde;
- Descrever a autopercepção de saúde bucal dos usuários entrevistados;
- Identificar variáveis associadas à satisfação dos usuários dos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de avaliação com delineamento observacional, analítico e transversal, realizado por meio de inquérito aplicado pela pesquisadora.

### 5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado com os usuários que receberam atendimento nos onze CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. A Macrorregião de Saúde Sudeste conta com uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012) de 1.584.338 habitantes, sendo dividida em oito microrregiões, das quais Juiz de Fora é o polo macrorregional (Apêndice A).

Os municípios participantes da pesquisa foram aqueles identificados no CNES em Outubro de 2012. Esses municípios fizeram parte do estudo por meio dos seus CEOs com a seguinte nomenclatura: Juiz de Fora – CEO 1, Santos Dumont – CEO 2, Além Paraíba – CEO 3, Cataguases – CEO 4, Ubá – CEO 5, São João Nepomuceno – CEO 6, Patrocínio do Muriaé – CEO 7 e Leopoldina – CEO 8. Optou-se, para fins de avaliação neste estudo, condensar os resultados dos 4 CEOs de Juiz de Fora. Como já mencionado, os dados desse município encontram-se unificados no estrato CEO 1.

### 5.3 AMOSTRAGEM E POPULAÇÃO

A população de referência foi composta de pessoas com idade superior a 18 anos, assistidas nos CEOs e, no caso de pacientes com necessidades especiais,

seus acompanhantes. Para a realização do cálculo do tamanho da amostra, foi utilizado o programa estatístico Epi Info, versão 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), com intervalo de confiança de 95% (IC 95%), precisão de 5% e fator de correção 1, admitindo uma frequência de satisfação de 90% (SOUZA, 2009), acrescidos 20% para compensação de recusas. Para a maximização da amostra, considerou-se uma população finita, estimada em 1185 em cada CEO, tendo por base os atendimentos nos CEOs de Juiz de Fora por serem os de maior fluxo de sujeitos, resultando em uma amostra de 256 pacientes igualmente distribuídos, sendo 32 respondentes de cada município pesquisado, divididos em torno de 08 por especialidade.

Utilizando a agenda diária dos profissionais, foram convidados a participar, na ordem do agendamento, todos os pacientes de cada um deles até completar o total de 32 pacientes, 08 para cada especialidade, sendo que as especialidades de cirurgia e diagnóstico bucal eram feitas pelo mesmo especialista em todas as unidades pesquisadas. Foram excluídos os casos de pacientes menores de 18 anos e com necessidades especiais cognitivas que dificultavam a comunicação e que estavam desacompanhados. Dos pacientes previamente selecionados na agenda, aqueles que faltaram à consulta foram prontamente substituídos pelos próximos nomes da lista de agendamento.

A fim de oferecer uma amostra representativa do serviço, a coleta de dados foi realizada em diferentes horas do dia, contemplando diversas especialidades e profissionais. Os pacientes submetidos à cirurgia, que já haviam sido atendidos anteriormente pelo profissional para procedimento similar, foram entrevistados previamente ao procedimento, evitando-se a dificuldade de comunicação posterior à intervenção.

## 5.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

### 5.4.1 Variável dependente

Grau de satisfação do usuário, categorizada nas sete dimensões previstas no QASSaB; (Anexo A).

### 5.4.2 Variáveis independentes

- Indicadores municipais: extensão territorial, porte populacional, densidade demográfica, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Produto Interno Bruto (PIB) e tipo de CEO;
- Cumprimento da produção mínima mensal de procedimentos, segundo a Portaria n. 1464, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b) (Anexo B): dicotomizado em sim e não, distintos nos subgrupos procedimentos básicos, periodontia, endodontia, cirurgia oral. Utilizando-se o indicador Cumprimento Global das Metas, construído por Figueiredo e Goes (2009), categorizou-se a meta atingida por cada CEO nos subgrupos de procedimentos odontológicos especializados pelo seu desempenho em: ruim, regular, bom e ótimo. Os CEOs que atingiram meta em apenas um subgrupo foram classificados com desempenho ruim; aqueles que cumpriram metas em dois subgrupos, regular; os que cumpriram três metas, bom; e a totalidade de metas, ótimo.
- Idade do usuário: idade em anos completos;
- Sexo: feminino ou masculino;
- Nível socioeconômico: categorizado com base em informações coletadas segundo critérios propostos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (c2010) (Anexo C);
- Forma com que acessou o serviço: via Atenção Primária, diretamente no CEO ou por serviço particular.

- Episódio de dor de dente nos últimos seis meses: dicotomizada em sim e não;
- Autoavaliação da saúde bucal: percepção do usuário em relação à sua própria saúde bucal, dicotomizada em muito boa/ boa e regular/ruim;
- Tempo levado para conseguir o atual tratamento no CEO desde a data do encaminhamento: em dias;
- Tempo esperado para ser atendido pelo dentista na consulta do dia da entrevista desde o horário agendado: em minutos.

## 5.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista pessoal padronizada, aplicada pela pesquisadora principal, em uma sala do próprio CEO, resguardando a privacidade do entrevistado.

O formulário de entrevista foi constituído por partes estruturadas, a primeira relativa a dados demográficos, socioeconômicos e de percepção do ambiente do entrevistado (Apêndice B); e a segunda, constituída pelo QASSaB.

## 5.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O presente estudo fez uso de três instrumentos para a coleta de dados: um questionário estruturado (Apêndice B); o QASSaB (Anexo A) e planilha para verificação de cumprimento de produção mínima, segundo a Portaria n. 1464, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b) (Anexo B).

## 5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados e organizados em um banco de dados, utilizando o *software Statistical Package for Social Sciences*<sup>®</sup> (SPSS), versão 15.0. O tratamento estatístico incluiu a codificação, digitação e edição dos dados. Para minimizar possíveis inconsistências, a digitação dos dados foi realizada por dois pesquisadores e confrontada posteriormente.

Os dados foram submetidos à análise descritiva para a obtenção de frequências absoluta e relativa das variáveis analisadas por meio do software mencionado acima, visando identificar variáveis independentes associadas ao grau de satisfação dos usuários.

Para a análise da pontuação obtida com a aplicação do QASSaB, criou-se um escore final categorizado em três estratos: pouco satisfatório, satisfatório e muito satisfatório. Utilizou-se como amostra de referência aquela relativa à Juiz de Fora, dada sua representatividade macrorregional e diversidade de modalidades de credenciamento. A pontuação final do CEO de Juiz de Fora apresentou distribuição normal pelo teste K-S, tendo como parâmetros média 42,09 e desvio padrão 5,05. Assim sendo, a estratificação do escore final seguiu distribuição Z, com 90% centrais da distribuição correspondendo à categoria satisfatório.

Na amostra deste estudo, para as variáveis contínuas, o teste Kolmogorov-Smirnov foi usado para verificar a aderência à normalidade. Uma vez que não foi encontrada a distribuição normal, optou-se por utilizar o teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Para aquelas variáveis que seguiram distribuição normal, aplicou-se o teste ANOVA. Para as variáveis categóricas, as comparações de proporções foram feitas pelo teste Qui-quadrado com correção pelo teste exato de Fischer, quando necessário. Para identificação de variáveis associadas à satisfação com o atendimento, foi conduzida a análise multivariada pelo método *forward stepwise*, utilizando a análise de variância para testar o poder de previsão da variável dependente.

## 5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora em 18 de outubro de 2012, conforme o parecer 131.886 (Anexo D).

O projeto, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, apresenta, em anexo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), que contempla os aspectos mencionados no Capítulo IV da Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996). Mediante a aprovação do mesmo, a pesquisa teve início. Cada sujeito foi convidado a participar da pesquisa, optando de modo livre e espontâneo em fornecer os dados para entrevista, após ser-lhe informado o objeto e objetivos da pesquisa, e manifestar-se esclarecido sobre os mesmos. Ao mesmo, foram expostos os riscos desta modalidade de pesquisa, que são mínimos, podendo ser danos morais ou que residem na esfera da subjetividade, garantindo-lhes anonimato e interrupção de sua participação a qualquer momento.

O estudo foi autorizado pela Gerência Regional de Saúde (GRS) de cada microrregião por meio de uma carta de autorização (Apêndice D) de seu representante legal, confirmando a possibilidade de realização da pesquisa nos CEOs cadastrados.

## 6 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados nas subsecções 6.1 Análise Descritiva e Bivariada e 6.2 Análise Multivariada.

### 6.1 ANÁLISE DESCRITIVA E BIVARIADA

Após estudo amostral, 256 usuários foram entrevistados nos CEOs de 8 municípios. A descrição desses municípios encontra-se apresentada na Tabela 1. Em cada uma das unidades CEOs avaliadas, foram entrevistados 32 usuários. Particularmente no caso do município de Juiz de Fora, que possui 4 CEOs cadastrados no CNES, fez-se 8 entrevistas em cada estabelecimento, respeitando-se o número de entrevistas mínimas por especialidade atendida.

#### 6.1.1 Caracterização demográfica dos municípios participantes da pesquisa

O município de Juiz de Fora é polo macrorregional e apresenta o maior IDH dentre os municípios apresentados, tendo ainda a maior densidade demográfica e área territorial. Mas, quando o PIB per capita é analisado, este município fica aquém dos números apresentados pela cidade de Além Paraíba.

Patrocínio do Muriaé (CEO 7) se caracteriza por possuir os índices mais baixos de IDH, além da menor densidade demográfica e população dentre todos os municípios pesquisados. Sobre o porte populacional, os municípios que abrigam os CEOs 1 e 5 apresentam mais de 100.000 habitantes; os CEOs 4 e 8, entre 50.000 e 100.000; os CEOs 2, 3 e 6, entre 10.000 e 50.000; e o CEO 7, menos de 10.000 habitantes.

Com exceção de Juiz de Fora, que possui CEOs do Tipo 1 e 2, os outros municípios possuem cada um apenas um CEO do Tipo 1 ou 2. Foram unidades de pesquisa cinco CEOs Tipo 1 e seis CEOs Tipo 2 (Tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização demográfica dos municípios da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais que possuem CEOs, 2013

Variáveis	CEO 1	CEO 2	CEO 3	CEO 4	CEO 5	CEO 6	CEO 7	CEO 8
Município	Juiz de Fora	Santos Dumont	Além Paraíba	Cataguases	Ubá	São João Nepomuceno	Patrocínio do Muriaé	Leopoldina
Área da unidade territorial (km <sup>2</sup> )*	1.435,664	637,373	511,2	491,767	407,452	407,427	108,245	943,076
População (2010)	516.247	46.284	34.349	69.757	101.519	25.057	5.287	51.130
Densidade demográfica (hab/km <sup>2</sup> )	359,59	72,62	67,30	141,85	249,16	61,50	48,84	54,22
IDH	0,828	0,766	0,777	0,794	0,773	0,763	0,742	0,778
PIB per capita (R\$)*	16.105,53	11.093,00	18.845,30	14.994,52	13.557,91	8.357,73	8.442,45	11.107,92
Tipo de CEO (n)	Tipo 1 (2) Tipo 2 (2)	Tipo 2 (1)	Tipo 2 (1)	Tipo 2 (1)	Tipo 2 (1)	Tipo 1 (1)	Tipo 1 (1)	Tipo 1 (1)

**Fonte:** Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012) e Brasil ([c20--a])

**Legenda:** \* Dados referentes ao período de 2010.

### 6.1.2 Caracterização dos CEOs quanto ao cumprimento de metas

Considerando-se o monitoramento da produção mínima a ser realizada nos CEOs, verificada por meio dos Sistemas de Informação do SUS, conforme Portarias n. 600, de 23 de março de 2006 (BRASIL, 2006c) e n. 1.464, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), constatou-se que nenhuma das unidades de serviço cumpriu as metas estipuladas para todas as especialidades, no ano de 2012, como descritas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Cumprimento da Produção Mínima nos CEOs da macrorregião Sudeste do Estado de Minas Gerais, segundo Portaria n. 1464, de 24 de junho de 2011, no ano de 2012

Procedimentos	CEO 1	CEO 2	CEO 3	CEO 4	CEO 5	CEO 6	CEO 7	CEO 8
Básicos (Pacientes Especiais)	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM
Periodontia	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
Endodontia	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO
Cirurgia Oral	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Desempenho	Regular	Regular	Regular	Bom	Ruim	Ruim	Regular	Regular

**Fonte:** A autora.

**Nota:** Informações obtidas de Brasil ([c20--b])

Cabe ressaltar que os procedimentos de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca são realizados, em todos os CEOs pesquisados, pelos profissionais responsáveis pelos procedimentos de cirurgia oral.

O CEO 5 foi avaliado por meio de cálculo de proporções, uma vez que sua competência inicial é de Maio de 2012 e o presente monitoramento ocorreu para os doze meses do ano citado.

Analisando o rol de procedimentos básicos, que devem ser exclusivos para o atendimento de pacientes especiais, nota-se que o número de procedimentos mínimos foi alcançado por todos os CEOs. Mas, em respeito à Portaria n. 1.464, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), que estabelece como obrigatória a realização de 50% de procedimentos restauradores para essa especialidade, observa-se que o CEO 5 e o CEO 6 não atenderam a essa exigência.

O cumprimento da produção mínima nos oito CEOs avaliados foi efetivo: em 75% (6/8) para a especialidade de Atendimento a Pacientes Especiais; 62,5% (5/8) para a especialidade de Periodontia; 25% (2/8) para Endodontia e somente 12,5 % (1/8) para procedimentos de Cirurgia Oral.

Utilizando-se o indicador Cumprimento Global das Metas, constatou-se que nenhum CEO cumpriu a totalidade das metas. Quanto ao Cumprimento Global das Metas, 62,5% (5/8) dos CEOs apresentaram desempenho regular, 25% (2/8), ruim e somente 12,5% (1/8), apresentou um bom desempenho (Apêndice E).

### **6.1.3 Caracterização socioeconômica, de percepção e de acesso da amostra**

A Tabela 2 apresenta as variáveis demográficas e socioeconômicas da população estudada. A idade dos entrevistados variou entre 18 e 77 anos, com uma média de 38,27 anos (DP = 13,38). A maioria entrevistada foi do sexo feminino, 62,6% (160/256). Quanto ao nível de escolaridade, a maior parte respondeu ter cursado até o ensino fundamental (67,6% – 173/256). A caracterização quanto ao nível socioeconômico, segundo critérios da ABEP (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, c2010), mostra um percentual de 69,1% (177/256) da amostra no nível C, o que equivale à renda média familiar entre R\$1024,00 a R\$1541,00, em valores brutos.

**Tabela 2.** Caracterização socioeconômica e de acesso da amostra de 256 usuários entrevistados nos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013

Variáveis	CEO 1		CEO 2		CEO 3		CEO 4		CEO 5		CEO 6		CEO 7		CEO 8		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<i>Faixa Etária (anos)</i>																			0,304	
18-30	4	12,5	14	43,8	11	34,4	6	18,8	10	31,3	13	40,6	10	31,3	13	40,6	13	40,6	81	31,5
31-50	19	59,4	10	31,3	17	53,1	17	53,1	14	43,8	15	46,9	14	43,8	14	43,8	14	43,8	120	46,9
51-80	9	28,1	8	25,0	4	12,5	9	28,1	8	25,0	4	12,5	8	25,0	5	15,6	5	15,6	55	21,5
<i>Sexo</i>																			0,045	
Feminino	16	50,0	23	71,9	18	56,2	21	65,5	28	87,5	17	53,1	19	59,4	18	56,3	18	56,3	160	62,6
Masculino	16	50,0	9	28,1	14	43,8	11	34,5	4	12,5	15	46,9	13	40,6	14	43,7	14	43,7	96	37,5
<i>Escolaridade</i>																			0,579	
Analf./fund.	21	65,6	22	68,8	19	59,4	18	56,3	21	65,6	23	71,9	24	75,0	25	78,1	25	78,1	173	67,6
Med./sup.	11	34,4	10	31,2	13	40,6	14	43,7	11	34,4	9	28,1	8	25,0	7	21,9	7	21,9	83	32,4
<i>Classe social</i>																			0,047	
A/B	6	18,8	2	6,3	8	25,0	5	15,6	6	18,8	5	15,6	3	9,4	2	6,3	2	6,3	37	14,5
C	16	50,0	25	78,1	19	59,4	23	71,9	26	81,2	24	75,0	18	56,3	26	81,2	26	81,2	177	69,1
D/E	10	31,2	5	15,6	5	15,6	4	12,5	0	0,0	3	9,4	11	34,4	4	12,5	4	12,5	42	16,4
<i>Referência</i>																			<0,001	
APS	21	70,0	29	90,6	22	68,8	28	87,5	29	90,6	25	78,1	9	28,1	27	84,4	27	84,4	190	74,8
CEO	9	30,0	3	9,4	9	28,1	4	12,5	2	6,3	6	18,8	23	71,9	4	12,5	4	12,5	60	23,6
Particular	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	1	3,1	1	3,1	0	0,0	1	3,1	1	3,1	4	1,6

**Fonte:** A autora

**Legenda:** Analf./fund. - analfabeto/fundamental; Med./sup. - Médio/superior

Em relação à utilização dos serviços de saúde, 74,8% (190/256) foi referenciado para a atenção secundária, a partir de uma unidade de atenção primária pública. Em contrapartida, o CEO 7 possui como porta de entrada de eleição do usuário no sistema de saúde a própria atenção secundária (71,9%).

De acordo com o delineamento do estudo, incluíram-se questões sobre referência de dor de origem dentária e a autopercepção de saúde bucal. Dos 254 usuários que responderam ao questionamento sobre ter sentido dor de dente nos últimos seis meses, 128 (50,4%) responderam não ter sentido. A maior parte dos indivíduos (56,64% - 145/256) classificou sua saúde bucal como “muito boa” ou “boa”. Os CEOs 1 e 8 apresentaram tendência inversa, tendo a maior parte dos entrevistados percebido sua saúde bucal como regular/ruim. A Tabela 3 apresenta essas distribuições.

**Tabela 3.** Características relacionadas à percepção do usuário quanto à saúde bucal da amostra de 256 usuários entrevistados nos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013

Variáveis	CEO 1	CEO 2	CEO 3	CEO 4	CEO 5	CEO 6	CEO 7	CEO 8	p	TOTAL
<i>Sentiu dor nos últimos 6 meses</i>										
Sim	18	16	12	16	14	14	16	20		126
Não	14	15	19	16	18	18	16	12	0,566	128
<i>Autopercepção de saúde bucal</i>										
Muito boa/boa	13	20	16	19	19	26	18	14	0,042	145
Regular/Ruim	19	12	16	13	13	6	14	18		111

Fonte: A Autora

O tempo médio para que um usuário inicie seu tratamento é de 63,06 dias, podendo ser atendido no mesmo dia da procura por tratamento ou aguardar até 1080 dias. Quando as especialidades são analisadas em relação a esse tempo, observa-se que na Endodontia, 42,2% dos usuários esperaram mais de 30 dias para conseguir iniciar o tratamento especializado. Entretanto, nas demais especialidades, a maioria dos usuários aguardou menos de 30 dias.

Nos CEOs avaliados, o usuário espera, em média, 33,48 minutos para ser atendido no dia da consulta. A Tabela 4 apresenta os dados descritivos referentes a essas questões.

**Tabela 4.** Características em relação à espera por tratamento da amostra de 256 usuários entrevistados nos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013

Variáveis	CEO 1	CEO 2	CEO 3	CEO 4	CEO 5	CEO 6	CEO 7	CEO 8	p	Total
<i>Tempo para início do trat (dias)</i>									< 0,001	
Média	185,22	91,66	41,32	36,93	68,34	16,65	11,28	48,87		63,06
Mínimo	0	1	0	0	0	1	0	0		0
Máximo	1080	365	365	365	545	90	60	210		1080
<i>Tempo de espera no consultório (minutos)</i>									< 0,001	
Média	18,57	30,19	48,09	31,87	14,19	31,72	60,16	31,19		33,48
Mínimo	0	1	15	5	0	5	5	0		0
Máximo	75	130	180	105	45	145	155	180		180

Fonte: A autora

#### 6.1.4 Caracterização da satisfação do usuário

Considerando o QASSaB, os resultados das diversas dimensões de qualidade mostram avaliações positivas para todas as dimensões e encontram-se apresentados no Quadro 2.

**Quadro 2.** Avaliação da satisfação dos usuários nos CEOs da Macrorregião Sudeste Mineira, segundo as dimensões de qualidade, Brasil, 2013

DIMENSÃO DA QUALIDADE	SATISFAÇÃO DO USUÁRIO n (%)							
DIMENSÃO 1 – Relações humanas	Dentista/Paciente	Excelente (5)	Boa (4)	Regular (3)	Ruim (2)	Péssima (1)	Total	
		159 (62,1)	89 (34,8)	6 (2,3)	1 (0,4)	0 (0)	255 (99,6)	
DIMENSÃO 2 – Relações humanas	Outros Profissionais	Excelente (5)	Boa (4)	Regular (3)	Ruim (2)	Péssima (1)	Total	
		134 (52,3)	109 (42,6)	7 (2,7)	3 (1,2)	3 (1,2)	256 (100)	
DOMENSÃO 3 – Eficácia	Desconforto	Não senti nada (5)	Pouco desconforto (4)	Senti desconforto (3)	Muito desconforto (2)	Total desconforto (1)	Total	
		183 (71,5)	29 (11,3)	24 (9,4)	2 (0,8)	3 (1,2)	241 (94,1)	
DIMENSÃO 4 – Acessibilidade/ Disponibilidade	Obtenção de vaga	Muito fácil (5)	Fácil (4)	Nem difícil nem fácil (3)	Difícil (2)	Muito difícil (1)	Total	
		17 (6,6)	132 (51,6)	52 (20,3)	49 (19,1)	5 (2,0)	255 (99,6)	
	Tempo de espera	Muito curto (5)	Curto (4)	Nem longo nem curto (3)	Longo (2)	Muito longo (1)	Total	
		19 (7,4)	106 (41,4)	95 (37,1)	31 (12,1)	5 (2,0)	256 (100)	
DIMENSÃO 5 – Qualidade técnico- científica	Equipamento	Muito moderno (5)	Moderno (4)	Mais ou menos (3)	Desatualizado (2)	Ultrapassado (1)	Total	
		11 (4,3)	139 (54,3)	72 (28,1)	19 (7,4)	0 (0)	241 (94,1)	
DIMENSÃO 6 – Ambiente físico/ limpeza	Recepção	Excelente (5)	Boa (4)	Regular (3)	Ruim (2)	Péssima (1)	Total	
		92 (35,9)	143 (55,8)	21 (8,2)	0 (0)	0 (0)	256 (100)	
DIMENSÃO 7 – Aceitabilidade	Explicação do tratamento	Banheiros	43 (16,8)	74 (28,9)	12 (4,7)	6 (2,3)	2 (0,8)	137 (53,5)
		Sempre me explica tudo (5)	Na maioria das vezes me explica (4)	Não me lembro (3)	Raras vezes me explica (2)	Nunca me explica (1)	Total	
		132 (51,6)	33 (12,9)	18 (7,0)	8 (3,1)	65 (25,4)	256 (100)	
DIMENSÃO 8 – Efetividade/ Resolutividade	Aparência dos dentes	Totalmente satisfeito (5)	Muito satisfeito (4)	Satisfeito (3)	Um pouco satisfeito (2)	Insatisfeito (1)	Total	
		35 (13,7)	52 (20,3)	131 (51,2)	25 (9,8)	12 (4,7)	255 (99,6)	
	Capacidade de mastigação	27 (10,5)	41 (16,0)	139 (54,3)	36 (14,1)	13 (5,1)	256 (100)	

Fonte: A autora

A maioria dos entrevistados avaliou a atenção recebida pelo cirurgião dentista como excelente (62,1% - 159/256), assim como pelos outros profissionais do serviço (52,3% - 134/256). Quanto ao desconforto pós-tratamento, 71,5% (183/256) relataram não ter sentido qualquer incômodo. Na dimensão da acessibilidade, 51,6% (132/256) consideraram fácil a obtenção de vaga para tratamento e relataram um tempo de espera curto no dia do atendimento (41,4% - 106/256).

A maior parte dos usuários considerou os equipamentos modernos (54,3% - 139/256), disseram sempre receber informações sobre o tratamento (51,6% - 132/256) e estarem satisfeitos tanto com a aparência dos dentes anteriores (51,2% - 131/256) quanto com a capacidade de mastigação (54,3% - 139/256).

Com relação à dimensão ambiente físico, a limpeza da recepção teve avaliação positiva pela maioria dos usuários, sendo considerada boa por 55,9% (143/256) deles; entretanto, apenas 53,5% (137/256) da amostra souberam qualificar a limpeza dos banheiros, destes, 28,9% classificaram a limpeza como boa.

Quando se avaliam as dimensões de qualidade relativas a cada CEO pesquisado, encontra-se, como demonstra a Tabela 5, diferença significativa em todas as dimensões.

**Tabela 5. Avaliação individualizada da satisfação dos usuários por CEO da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013**

Variáveis	CEO 1 n (%)	CEO 2 n (%)	CEO 3 n (%)	CEO 4 n (%)	CEO 5 n (%)	CEO 6 n (%)	CEO 7 n (%)	CEO 8 n (%)	P
<i>Dimensão 1 - Relações humanas - Dentista/Paciente</i>									
Excelente/boa (5/4)	32 (100,0)	30 (96,8)	29 (90,6)	32 (100,0)	32 (100,0)	31 (96,9)	31 (96,9)	31 (96,9)	0,010
Regular/ruim/péssima (3/2/1)	0 (0,00)	1 (3,2)	3 (9,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)	1 (3,1)	1 (3,1)	
<i>Dimensão 2 - Relações humanas - Outros Profissionais</i>									
Excelente/boa (5/4)	27 (84,4)	32 (100,0)	30 (93,7)	32 (100,0)	32 (100,0)	27 (84,4)	31 (96,9)	32 (100,0)	< 0,001
Regular/ruim/péssima (3/2/1)	5 (15,6)	0 (0,0)	2 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (15,6)	1 (3,1)	0 (0,0)	
<i>Dimensão 3 - Eficácia</i>									
Desconforto									0,012
Não senti nada/pouco desconforto (5/4)	31 (100,0)	30 (93,8)	21 (77,8)	25 (83,3)	29 (93,5)	22 (75,9)	25 (86,2)	29 (90,6)	
Desconforto/muito/ total desconforto (3/2/1)	0 (0,0)	2 (6,2)	6 (22,2)	5 (16,7)	2 (6,5)	7 (24,1)	4 (13,8)	3 (9,4)	
<i>Dimensão 4 - Acessibilidade/Disponibilidade</i>									
Obtenção de vaga									<0,001
Muito fácil/fácil/nem difícil nem fácil (5/4/3)	18 (56,3)	20 (62,5)	27 (84,4)	26 (83,9)	27 (84,4)	29 (90,6)	27 (84,4)	27 (84,4)	
Difícil/muito difícil (2/1)	14 (43,8)	12 (37,5)	5 (15,6)	5 (16,1)	5 (15,6)	3 (9,4)	5 (15,6)	5 (15,6)	
Tempo de espera									
Muito curto/curto/ nem longo nem curto (5/4/3)	26 (81,3)	26 (81,3)	27 (84,4)	28 (87,5)	30 (93,8)	30 (93,8)	25 (78,1)	27 (84,4)	
Longo/muito longo (2/1)	6 (18,8)	6 (18,8)	5 (15,6)	4 (12,5)	2 (6,3)	2 (6,3)	7 (21,9)	5 (15,6)	
<i>Dimensão 5 - Qualidade técnico-científica</i>									
Equipamento									< 0,001
Super moderno/moderno (5/4)	22 (68,8)	23 (76,7)	8 (27,6)	24 (85,7)	31 (100,0)	19 (65,5)	7 (21,9)	16 (53,3)	
Mais ou menos/desatualizado/ Ultrapassado (3/2/1)	10 (31,3)	7 (23,3)	21 (72,4)	4 (14,3)	0 (0,0)	10 (34,5)	25 (78,1)	14 (46,7)	
<i>Dimensão 6 - Ambiente físico - limpeza</i>									
Recepção									< 0,001
Excelente/boa (5/4)	31 (96,9)	30 (93,8)	27 (84,4)	30 (93,8)	32 (100,0)	27 (84,4)	26 (81,3)	32 (100,0)	
Regular/ruim/péssima (3/2/1)	1 (3,1)	2 (6,3)	5 (15,6)	2 (6,3)	0 (0,0)	5 (15,6)	6 (18,8)	0 (0,0)	
<i>Banheiros</i>									
Excelente/boa (5/4)	13 (76,5)	22 (100,0)	18 (75,0)	15 (100,0)	18 (100,0)	7 (50,0)	10 (83,3)	14 (93,9)	0,002
Regular/ruim/péssima (3/2/1)	4 (23,5)	0 (0,0)	6 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (50,0)	2 (16,7)	1 (6,7)	
<i>Dimensão 7 - Aceitabilidade</i>									
Explicação do tratamento									0,016
Sempre explica/na maioria das vezes (5/4)	24 (75,0)	25 (78,1)	21 (65,6)	20 (62,5)	26 (81,3)	16 (50,0)	15 (46,9)	18 (56,3)	
Não lembrou/rares vezes explica/nunca explica (3/2/1)	8 (25,0)	7 (21,9)	11 (34,4)	12 (37,5)	6 (18,8)	16 (50,0)	17 (53,1)	14 (43,8)	
<i>Dimensão 8 - Efetividade/Resolutividade</i>									
Aparência dos dentes									<0,001
Totalmente satisfeito/muito satisfeito/satisfeito (5/4/3)	28 (87,5)	30 (93,8)	24 (75,0)	25 (78,1)	24 (75,0)	30 (93,8)	28 (87,5)	28 (90,3)	
Pouco satisfeito/insatisfeito (2/1)	4 (12,5)	2 (6,3)	8 (25,0)	7 (21,9)	8 (25,0)	2 (6,3)	4 (12,5)	3 (9,7)	
<i>Capacidade de mastigação</i>									
Totalmente satisfeito/muito satisfeito/satisfeito (5/4/3)	30 (93,8)	30 (93,8)	21 (65,6)	24 (75,0)	26 (81,3)	23 (71,9)	25 (78,1)	28 (87,5)	<0,001
Pouco satisfeito/insatisfeito (2/1)	2 (6,2)	2 (6,2)	11 (34,4)	8 (25,0)	6 (18,8)	9 (28,1)	7 (21,9)	4 (12,5)	

Fonte: A autora

As respostas foram avaliadas de forma dicotomizada, indicando respostas positivas e negativas, conforme a impressão subjetiva colhida com a aplicação do questionário.

Nas dimensões de Relações humanas, observamos que todos os CEOs receberam, em sua maioria, avaliações positivas, tanto na relação dentista/paciente, quanto com outros profissionais.

Na dimensão de eficácia, pode-se notar que o CEO 1 apresentou 100% da amostra referindo não ter sentido nada ou pouco desconforto após o tratamento. Os demais CEOs também apresentaram maioria de respostas afirmando não ter sentido nada ou pouco desconforto pós-tratamento.

Já na dimensão de acessibilidade/disponibilidade, quanto à obtenção de vaga para tratamento, destaca-se positivamente o CEO 6, apresentando 90,6% dos usuários com respostas “muito fácil”, “fácil” e “nem difícil nem fácil”. Em contrapartida, o CEO 1 mostrou 43,8% dos usuários considerando a obtenção de vaga “difícil” ou “muito difícil”. Quanto ao tempo de espera no dia do tratamento, as respostas “muito curto”, “curto”, “nem longo nem curto” foram maioria em todos os CEOs.

No que tange a modernidade dos equipamentos, na dimensão da qualidade técnico-científica, os CEOs 3 e 7 apontam, ao contrário dos demais, maioria de respostas negativas com 72,4% e 78,1% dos usuários, respectivamente, classificando os equipamentos como “nem modernos nem desatualizados”, “desatualizados” e “ultrapassados”.

Ao serem perguntados sobre a utilização dos banheiros, 46,48% (119/256) dos usuários não souberam qualificar a limpeza dos mesmos. Os CEOs 1, 2, 3 e 5 apresentaram maiores taxas de qualificação dos banheiros.

Nota-se que, na dimensão Aceitabilidade, o CEO 7 foi o único que apresentou maioria de resultados negativos quanto à explicação sobre o tratamento mais adequado ou mais correto para o problema de saúde bucal do usuário.

De acordo com a pontuação final, considerou-se um escore final categorizado em pouco satisfatório, satisfatório e muito satisfatório. A Tabela 6 apresenta a distribuição desse escore em cada CEO avaliado. A maioria da amostra (86,7% – 222/256) mostrou-se satisfeita com o serviço oferecido nos CEOs.

**Tabela 6.** Escore Final do QASSAB aplicado na amostra de 256 usuários dos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013

Variáveis	CEO 1 n (%)	CEO 2 n (%)	CEO 3 n (%)	CEO 4 n (%)	CEO 5 n (%)	CEO 6 n (%)	CEO 7 n (%)	CEO 8 n (%)	<i>p</i>	Total n (%)
Pouco satisfeito	2 (6,3)	3 (9,4)	4 (12,5)	4 (12,5)	0 (0,0)	5 (15,6)	6 (18,8)	2 (6,3)	0,068	26 (10,2)
Satisfeito	29 (90,6)	27 (84,4)	28 (87,5)	28 (87,5)	31 (96,9)	27 (84,4)	26 (81,3)	26 (81,3)		222 (86,7)
Muito satisfeito	1 (3,1)	2 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (12,5)		8 (3,1)

Fonte: A autora

## 6.2 ANÁLISE MULTIVARIADA

As variáveis independentes que alcançaram um nível de significância menor ou igual a 0,05 foram aquelas referentes ao sexo, à classe social, referência ao serviço, à autopercepção de saúde bucal e aquelas relativas à espera por tratamento. Aplicou-se o modelo de regressão linear múltipla, selecionando as variáveis pelo método de stepwise; tendo como variável dependente a pontuação final do QASSaB (Tabela 7).

**Tabela 7.** Resultados da análise de regressão linear múltipla para a pontuação final do QASSAB aplicado na amostra de 256 usuários dos CEOs da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013.

Variável	$\beta$	<i>p</i>
Sexo		
Feminino	0,086	0,164
Masculino		
Classe Social		
A/B	- 0,041	0,520
C		
D/E		
Referência ao serviço		
APS	- 0,005	0,941
CEO		
Particular		
Autopercepção de saúde bucal		
Muito boa/boa	- 0,204	0,001
Regular/Ruim		
Tempo para início do tratamento (dias)	- 0,024	0,693
Tempo de espera no consultório (minutos)	- 0,025	< 0,001

Fonte: A autora

As regressões foram acompanhadas da análise de variância para testar o poder de previsão da variável dependente. Dessa forma, as variáveis que permaneceram significativas foram “autopercepção de saúde bucal” e “tempo de espera no consultório”.

## 7 DISCUSSÃO

De acordo com a metodologia utilizada e com a análise de resultados obtidos, pode-se concluir que a satisfação do usuário na amostra estudada, em relação ao atendimento nos Centros de Especialidades Odontológicas, foi de 89,9%; e como fatores associados à satisfação, foram encontrados autopercepção de saúde bucal e tempo de espera no consultório.

A satisfação dos usuários com o serviço oferecido nos CEOs, revelada neste estudo, é semelhante a de outros achados da literatura. Em um estudo sobre satisfação do usuário dos CEOs no Município do Recife, foram encontradas avaliações positivas individuais nas sete dimensões de qualidade para a avaliação dos serviços sob a ótica do usuário. Outra pesquisa de avaliação de desempenho, um estudo exploratório realizado por Souza (2009) nos CEOs de Natal, revela a satisfação com o atendimento relatada por 90,9% dos usuários.

É importante evidenciar que todos os usuários entrevistados conseguiram atendimento nos CEOs, ou seja, utilizou-se uma amostra de demanda ao invés de uma amostra de base populacional. Posto isso, o estudo identificou apenas aqueles que tiveram acesso ao serviço, fato que pode ter influenciado na satisfação dos usuários com o mesmo. Essa avaliação positiva deve ser também entendida à luz de alguns fatores, tais como: receio de sanção no atendimento (ANDRADE; FERREIRA, 2006), sentimento de gratidão do usuário pelo serviço gratuito, baixa expectativa e impossibilidade de acessar outro serviço (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Contudo, a avaliação dos serviços de saúde, especialmente os públicos, permite a expressão do usuário, que exerce o controle social. Além disso, a orientação deste tipo de avaliação visa trazer ao cotidiano dos serviços de saúde um aperfeiçoamento que propicie benefício ao próprio usuário, aos profissionais da saúde e à gestão dos serviços.

Dessa forma, considerando os limites da avaliação dos serviços centrada no usuário e buscando minimizar a subjetividade presente neste tipo de avaliação, utilizou-se um questionário validado para a realidade brasileira, além de se levar em conta aspectos relevantes da amostra e dos municípios.

A análise do cumprimento de procedimentos mínimos, propostos pela Portaria n. 1464, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), apontou que 62,5% dos CEOs pesquisados apresentaram desempenho regular, ou seja, cumpriram metas em apenas dois subgrupos de procedimentos. Quando os subgrupos são analisados por metas alcançadas, a distribuição fica da seguinte forma: Procedimentos Básicos – Atendimento a Pacientes Especiais (75%), Periodontia (62,5%), Endodontia (25%) e Cirurgia Oral (12,5%). Resultados semelhantes nos subgrupos foram encontrados por Figueiredo e Goes, 2009, no estado de Pernambuco. Esses autores encontraram correlação estatisticamente significativa entre o desempenho dos CEOs e o porte populacional dos municípios, assim como Magalhães e outros (2012), concluindo que quanto menor o município e menor seu IDH, pior seu desempenho. Embora não tenhamos constatado correlação significativa entre essas variáveis e o desempenho, notamos que, nos dois CEOs de menor IDH e menor PIB per capita, tivemos os maiores índices de pouco satisfeitos com o serviço. Um estudo realizado na Bahia (CHAVES, et al., 2011) constatou baixa taxa de utilização dos serviços públicos odontológicos especializados, ou seja, há uma oferta disponível subutilizada; quadro que pode revelar problemas de gestão do serviço. Souza e Chaves (2010) citam que a principal barreira organizacional é a dissociação entre oferta potencial e a utilização dos serviços dos CEOs.

Goes e outros (2012) encontraram, ao avaliar 613 CEOs de diferentes regiões brasileiras, desempenho ruim no que se refere ao cumprimento de metas para a maioria das regiões. A região Sudeste apresentou-se como uma das exceções, onde a maioria dos serviços obteve bom desempenho, sendo a região com maior porcentagem de CEOs com ótimo desempenho. Quando avaliaram os subgrupos de metas, também ressaltaram o fato de que menores percentuais de cumprimento são observados para o subgrupo de Cirurgia Oral.

Alguns estudos abarcam a dificuldade em atingir a produtividade proposta, referindo-se à insuficiência do número de profissionais por especialidades, a menor taxa de utilização para a especialidade de cirurgia e a queixa sobre a produção mínima ser alta.

A análise dos dados mostrou uma maior utilização do serviço por mulheres (62,6%), o que não diferiu de achados em outros estudos (CHAVES et al., 2010; PINTO; MATOS; LOYOLA FILHO, 2012; SALIBA et al., 2013). Segundo a PNAD,

2003 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005), 70% das pessoas que buscam por serviços de saúde bucal são do gênero feminino.

Pinto, Matos e Loyola Filho (2012) conduziram uma investigação sobre fatores associados à utilização de serviços odontológicos na população adulta brasileira, utilizando o banco de dados do Projeto SB Brasil 2003. Dentre as características associadas a esta utilização, encontraram: sexo feminino (68,2%), média de idade de 39,2 anos, baixo nível socioeconômico e avaliação do tratamento recebido como regular. Sugeriram que uma maior utilização de serviços odontológicos públicos pelas mulheres pode estar associada a uma maior disponibilidade de tempo para comparecer às unidades de saúde pública no horário de funcionamento das mesmas, visto que as mulheres apresentam um nível de ocupação (percentual de pessoas ocupadas) mais baixo que os homens. A essa constatação também pode ser somada a crença, vigente em nossa sociedade, que o cuidado consigo e com o outro são valores associados à feminilidade.

Após regressão linear múltipla duas variáveis permaneceram associadas, ambas negativamente, à satisfação do usuário: autopercepção em saúde bucal e tempo de espera pelo atendimento no dia da consulta. Aqueles usuários que se percebiam com pior saúde bucal, mostravam-se mais insatisfeitos com o serviço ofertado pelos CEOs. Da mesma maneira, os usuários com espera mais longa pelo atendimento no dia da consulta, também mostraram-se mais insatisfeitos.

A autopercepção positiva quanto a saúde bucal com 56,64% dos respondentes considerando-a muito boa e boa, foi consoante com os achados expostos no relatório final do SB Minas 2013 (MINAS GERAIS, 2013), que encontrou 60,96% dos entrevistados, na faixa etária de 12 a 74 anos, satisfeitos e muito satisfeitos com seus dentes e boca. Um projeto realizado com 1500 idosos na área urbana de São Paulo (LEBRÃO; DUARTE, 2003), referiu 59,3% deles se declarando “sempre” contentes com a aparência dos dentes. Já Oliveira (2008) encontrou no Recife, percentual elevado (64,2%) de indivíduos percebendo sua saúde bucal como “mais ou menos” ou “ruim”.

O relatório final do SB Minas (MINAS GERAIS, 2013) aponta em seus resultados que, na análise das variáveis socioeconômicas em relação ao perfil de doenças bucais, existem importantes desigualdades regionais que devem ser levadas em conta nas estratégias de planejamento e avaliação. Nesse contexto, a avaliação da atenção especializada em seis estados brasileiros realizada por Deitos

(2009), mostra que o perfil predominante do paciente atendido nos CEOs é de classe baixa (92,73%), embora tenha encontrado predominância de pacientes de classe média em alguns CEOs. Este autor não deixa explícito qual o critério utilizado para designar a classe social do usuário.

Utilizando o Critério de Classificação Econômica Brasil -2012 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, c2010), encontrou-se 69,1% dos respondentes pertencentes à classe C (renda entre 2 e 3 salários mínimos). Dados dissonantes quanto ao indicador de renda também são encontrados em estudo nos CEOs de Olinda, 2008, no qual se observou uma amostra predominantemente de baixa renda (66,1%), apresentando rendimento familiar de até um salário mínimo. As diferenças nas prevalências entre os estudos citados podem ser atribuídas tanto ao delineamento e metodologias adotadas, quanto ao fato notório das diferenças regionais existentes no Brasil.

A priorização de encaminhamentos vindos da atenção primária, critério definido na PNSB, foi observada em 74,8% da amostra. Outros estudos apontam percentuais parecidos. Entretanto, para o CEO 7, em particular, 71,9% indicaram o próprio CEO como porta de entrada. Esse referenciamento “impróprio” pode ser entendido quando se analisa a rede de serviços local, a falta de cumprimento de pactuações intermunicipais e até a necessidade do usuário em buscar atendimento onde o acesso ao sistema é mais fácil ou possível.

Frazão e Narvai, (2009), resumem o desafio que emerge dos sistemas de referência e contrarreferência: “não sucumbir às pressões clientelísticas e resistir à tentação de transformar os CEOs em portas de entrada do sistema de atenção”. Para que essa interface realmente exista, atendendo de maneira integral o usuário, faz-se necessária a utilização de protocolos que transcendam do meramente teórico para o prático, respeitando as particularidades regionais.

Esperidião e Trad (2005) citam que a desorganização dos processos de trabalho dos profissionais, dentre outros fatores, pode levar a insatisfação dos usuários com o serviço público. Outra consideração feita pelos autores é quanto ao tempo de espera pelo atendimento, que também pode gerar insatisfação.

O tempo médio para que um usuário inicie seu tratamento nos CEOs avaliados é de 63,06 dias, com diferença estatisticamente significativa entre os CEOs pesquisados. Para que a demanda seja atendida, diminuindo o tempo de espera por tratamento, além da ampliação de recursos humanos e horários de

atendimento, adequação estrutural das unidades e organização dos serviços, deve-se pensar no correto encaminhamento, ou seja, que a demanda encaminhada necessite de procedimentos especializados. Vários estudos sobre os CEOs (GOES et al., 2012; OLIVEIRA, 2008; RODRIGUES; VIEIRA; LEITE, 2013; SOUZA, 2009) relatam a necessidade de que os centros ofereçam realmente serviços de média complexidade, evitando a transformação num “grande ambulatório odontológico”.

Uma investigação americana sobre o não comparecimento de usuários a consultas agendadas revelou que a variável mais associada a este desfecho foi o maior tempo de espera até o dia da consulta agendada (NORRIS et al., 2012). Lacy e outros (2004), sugerem que, para a redução das taxas de absenteísmo e aumento da satisfação com o serviço, haja revisão nos tempos de espera e maior compreensão do usuário com o sistema de agendamento.

Essa hipótese é sustentada pelos resultados do presente estudo. Corroborando com esses achados, um estudo epidemiológico de abrangência nacional, comparando a utilização de serviços públicos e privados em odontologia, complementa citando que a insatisfação com o atendimento odontológico público pode estar relacionada mais à diminuição da oferta e à demora em receber o atendimento do que com a avaliação da capacidade técnica do profissional envolvido e dos equipamentos utilizados.

Problemas relacionados ao acesso têm sido referidos como um dos principais fatores dificultadores da assistência (JUNQUEIRA; RAMOS, 2007; RAMOS; LIMA, 2003). Dentre esses, o tempo de espera prolongado pelo atendimento foi o mais citado numa pesquisa, abordando a visão do usuário, em unidades de saúde de Porto Alegre. 33,4% dos usuários classificaram o tempo de espera como “longo” ou “muito longo” e esse tempo variou entre cinco minutos e uma hora e vinte e cinco minutos.

Os achados do presente estudo demonstram que o tempo médio de espera para atendimento nos CEOs pesquisados foi de 33,48 minutos, com 84,4% dos entrevistados classificando esse tempo como “muito curto”, “curto” ou “nem longo nem curto”. Outrossim, encontra-se a associação dessa variável com a satisfação do usuário.

Os resultados encontrados com a aplicação do QASSaB, revelam elevados percentuais de satisfação nas dimensões de relações humanas, tanto com o dentista quanto com outros profissionais, congruentes com achados em outras pesquisas. O

usuário que utiliza o serviço do CEO revela-se satisfeito com a limpeza do ambiente (recepção e banheiros) e sem queixas de desconforto pós-tratamento (eficácia). Relata ainda, boa acessibilidade (obtenção de vaga e tempo de espera) e satisfação com a resolutividade do serviço (aparência dos dentes e capacidade de mastigação).

Embora haja maioria de avaliações positivas em todas as dimensões, nas questões que envolvem explicação sobre o tratamento (aceitabilidade) e qualidade técnico-científica dos equipamentos, encontramos menores índices de satisfação.

Algumas particularidades podem ser salientadas como o fato de menores taxas de aceitabilidade e maior tempo de espera no dia do atendimento serem observadas em municípios menos populosos, de menores IDH e PIB per capita. Além disso, como já citado, nesses municípios foram encontrados maiores índices de usuários pouco satisfeitos com o serviço.

No município de maior porte, mais populoso e polo da macrorregião, os usuários relataram ter maior dificuldade em obter vaga para tratamento. Lima e outros (2002) afirmam que as desigualdades em nível regional refletem, de um modo geral, as diferenças no tamanho e complexidade da rede de serviços. No estudo de Baldani, Almeida e Antunes (2009), observou-se a tendência de os municípios mais carentes apresentarem maior número de dentistas e equipamentos odontológicos por habitante; o que implica numa maior oferta de serviços de saúde para esses municípios com piores condições socioeconômicas.

Esses achados indicam que intervenções devem ser feitas tanto em termos de recursos humanos quanto em infraestrutura em alguns CEOs.

Algumas limitações podem ser ressaltadas, como, por exemplo, a ausência de escuta de gestores e profissionais da saúde e a falta de avaliação da infraestrutura do serviço. Cabe relatar também a questão da *gratitude bias*, sentimento de gratidão pelo acesso ao serviço, que pode dificultar uma visão mais crítica do atendimento.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção odontológica pública, na média complexidade, é uma realidade relativamente nova, ainda em construção, com particularidades regionais, mas que, quando avaliadas em conjunto, retratam as conquistas obtidas desde a sua implantação.

É inegável que algumas adequações em critérios e normas para implantação e monitoramento destes serviços devem ser repensadas, e que os sistemas de avaliação são incipientes, quando existentes.

Este estudo esteve pautado no pressuposto da utilização da avaliação para a melhoria da qualidade e da informação para a ação, aperfeiçoando o processo de tomada de decisão. Visto isso, relatórios técnicos foram encaminhados para os gestores de cada município participante da pesquisa.

O alto índice de satisfação do usuário encontrado corrobora com alguns apontamentos da literatura. Entretanto, para melhor compreensão dos resultados, há necessidade de identificação de fatores associados que não foram abordados nesta pesquisa. Acredita-se que variáveis não analisadas no presente estudo, incluindo infraestrutura, recursos humanos e gestão, podem ter tido influência na diferença encontrada entre os CEOs.

Os resultados do presente estudo poderão ser úteis para o planejamento e execução de outros trabalhos que envolvam a avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas. Espera-se, também, que os resultados possam influenciar gestores e beneficiar as práticas e políticas de saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil – 2012**. c2010. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso em: 3 abr. 2012.
- AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 361-365, out./dez. 1992.
- ALBUQUERQUE, F. J. B. Psicologia social e formas de vida rural no Brasil. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 37-42, jan./abr. 2002.
- ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da Inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 123-130, jan./mar. 2006.
- BALDANI, M. H.; ALMEIDA, E. S.; ANTUNES, J. L. F. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 446-454, maio/jun. 2009.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. p. 18055.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. p. 25694.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 44p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestadas nos municípios por meio do programa de saúde da família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 2000b. Seção 1, p. 85.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde – Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 148p. Série D. Reuniões e Conferências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 68p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006a. Seção 1, p. 43.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de especialidades odontológicas (CEOS) e de laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPDS) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 mar. 2006b. Seção 1, p. 51.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 mar. 2006c. Seção 1, p. 52.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Cadernos de Atenção Básica, n. 17.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009. 100 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 92p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.464, de 24 de junho de 2011. Altera o anexo da Portaria n. 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jun. 2011b. Seção 1, p.112.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.223 de 13 de junho de 2012. Define os recursos financeiros destinados ao custeio mensal dos serviços especializados de saúde bucal, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jun. 2012. Seção 1, p. 57.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Secretaria de Assistência a Saúde. **Cobertura de saúde da família**. c2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)> Acesso em: 24 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Consulta pública. [c20--a]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>> Acesso em: 20 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. Consulta pública. [c20--b]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 20 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Cidades que possuem Centros de Especialidades Odontológicas – CEO**. [c20--c]. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/CNSB/mapa\\_centro\\_especialidades/CEO\\_MG.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/mapa_centro_especialidades/CEO_MG.php)> Acesso em: 20 out. 2012.

BUENO, V. L. R. C.; CORDONI JÚNIOR, L.; MESAS, A. E. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3069-3082, set. 2011.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CHAVES, S. C. L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de saúde pública**, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, dez. 2010.

CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 143-154, jan. 2011.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Saúde e transformação social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 92-100, jan. 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006.

DEITOS, A. R. **Avaliação na atenção especializada em saúde bucal**. 2009. 168f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas)– Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

- DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for healthcare.** Cambridge: Harvard University Press, 1973.
- DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K. L. (Ed.). **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.** Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1992. p. 382-404. (Publicación Científica, 534).
- ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 303-312, set./dez. 2005. Suplemento.
- FERNANDES, L. M. A. G. **Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal.** 2002. 226f. Tese (Doutorado em Odontologia)– Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, Camaragibe, 2002.
- FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, fev. 2009.
- FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 65-72, jan./mar. 2008.
- FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 64-71, jan./abr. 2009.
- 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, p. s81-s89, 2012. Suplemento.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde**, 2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@.** 2012. Disponível em:  
<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=31&search=minas-gerais>>.  
Acesso em: 23 out. 2012.
- JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010.

JUNQUEIRA, C. R.; RAMOS, D. L. P. Aspectos éticos da percepção do paciente em atendimento odontológico. **Revista brasileira de ciências da saúde**, João Pessoa, v. 11, n. 1, p. 95-102, 2007.

LACY, N. L. et al. Why we don't come: patient perceptions on no-shows. **Annals of family medicine**, v. 2, n. 6, p. 541-545, nov. 2004. Disponível em: <<http://annfammed.org/content/2/6/541.full>>. Acesso em: 18 out. 2013.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **SABE** – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS, 2003. 255 p.

LIMA, A. C. S.; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 991-1002, maio 2010.

LIMA, J. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Saúde em debate**. Londrina, v. 26, n. 60, p. 62-70, jan./abr. 2002.

MAGALHÃES, B. G. et al. Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal. **Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 107-112, jan./mar. 2012.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENDES, S. F. **Avaliação da qualidade da assistência odontológica municipal da cidade do Rio de Janeiro**. 2006. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública)– Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório de análise macrorregional da assistência**. Belo Horizonte: SES/MG, 2012. 47 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. **SB Minas Gerais: pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira: resultados principais**. Belo Horizonte: SES/MG, 2013. 71 p.

MORRIS, A.J.; BURKE, F.J.T. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. **British dental journal**, London, v. 191, p. 660-664, 2001.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

NORRIS, J. B. et al. An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at outpatient clinics. **Decision support systems**, Amsterdam, Nov. 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167923612003235>>. Acesso em: 18 out. 2013.

OLIVEIRA, R. S. **Acesso aos serviços de saúde bucal e avaliação da satisfação do usuário em Olinda, Pernambuco.** 2008. 82 f.. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública)– Faculdade de Ciências Sociais e Aplicadas, Campina Grande, 2008.

OLIVEIRA, R. S. et al. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. **Revista brasileira de pesquisa em saúde**, Vitória, v. 11, n. 4, p. 34-38, out./dez. 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil.** 2003. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2003.aspx?indiceAccordion=1&li=li\\_Atlas2003](http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2003.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2003)>. Acesso em: 23 out. 2012.

PINTO, R. S.; MATOS, D. L.; LOYOLA FILHO, A. I. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 531-544, fev. 2012.

PUCCA JÚNIOR, G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, jan./mar. 2006.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

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**, Santa Catarina, v. 10, n. 3, p. 649-669, set. 2010.

RODRIGUES, I. A.; VIEIRA, J. D. M.; LEITE, I. C. G. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. **Cadernos de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 40-45, jan./mar. 2013.

SALIBA, N. A. et al. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Revista de odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 42, n. 5, p.317-323, set./out. 2013.

SANTOS, Z. F. G. **Avaliação da satisfação dos usuários dos serviços odontológicos do SUS, Curitiba**. 2007. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007.

SILVA C. B.; RAMIRES, J. C. L. Regionalização da saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas. **HYGEIA**, Uberlândia, v. 6, n. 11, p. 60-79, dez. 2010.

SOUZA, G. C. A. **Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal**. 2009. 115f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)– Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

SOUZA, L. F.; CHAVES, S. C. L. Política Nacional de Saúde Bucal: acessibilidade e utilização de serviços públicos especializados em um município de médio porte na Bahia. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador, v. 34, n. 2, p. 371-387, abr./jun. 2010.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

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.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Caracterização dos municípios componentes da Microrregião Sudeste de Minas Gerais<sup>2</sup>

	Extensão territorial (km <sup>2</sup> ) (IBGE, 2012)	População estimada para 2012 (IBGE)	IDH (PNUD)	Cobertura de PSF (%)	Nº de Equipes de Saúde da Família	Nº de ESB Implantadas Modalidade I	Nº de ESB Implantadas Modalidade II
<b>MICRORREGIÃO DE ALÉM PARAÍBA</b>	<b>1243,4</b>	<b>55.950</b>					
<b>Além Paraíba *</b>	<b>511,2</b>	<b>de 10.000 a 50.000</b>	<b>0,777</b>	<b>50,22</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
Estrela Dalva	131,4	até 10.000	0,731	100	1	1	0
Pirapetinga	190,7	de 10.000 a 50.000	0,759	100	4	2	2
Santo Antonio do Aventureiro	202,0	até 10.000	0,709	97,51	1	1	0
Volta Grande	208,1	até 10.000	0,732	100	2	2	0
<b>MICRORREGIÃO DE CARANGOLA</b>	<b>2066,3</b>	<b>124.509</b>					
Caiana	106,5	até 10.000	0,71	100	2	2	0
Caparaó	130,7	até 10.000	0,716	100	2	1	0
Carangola	353,4	de 10.000 a 50.000	0,783	74,78	7	6	0
Divino	337,8	de 10.000 a 50.000	0,692	73,13	4	2	0
Espera Feliz	317,6	de 10.000 a 50.000	0,7	100	7	5	0
Faria Lemos	165,2	até 10.000	0,716	100	1	1	
Fervedouro	357,7	de 10.000 a 50.000	0,686	100	4	2	1
Orizânia	121,8	até 10.000	0,648	94,73	2	1	0
Pedra Bonita	173,9	até 10.000	0,685	100	3	3	0
Pedra Dourada	70,0	até 10.000	0,71	100	1	1	0
Tombos	285,1	até 10.000	0,754	100	4	3	0
<b>MICRORREGIÃO DE JUIZ DE FORA/ BOM JARDIM DE MINAS/LIMA DUARTE</b>	<b>8767,1</b>	<b>646.855</b>					
Andrelândia	1005,3	de 10.000 a 50.000	0,733	100	4	2	0
Arantina	89,4	até 10.000	0,736	100	1	1	0
Belmiro Braga	393,1	até 10.000	0,735	100	1	1	0
Bias Fortes	283,5	até 10.000	0,713	90,96	1	1	0
Bocaina de Minas	503,8	até 10.000	0,724	100	2	0	0
Bom Jardim de Minas	412,0	até 10.000	0,759	100	3	2	0
Chácara	152,8	até 10.000	0,724	100	1	0	0
Chiador	252,9	até 10.000	0,719	100	1	1	0
Coronel Pacheco	131,5	até 10.000	0,736	100	1	1	0
Ewbanck da Camara	103,8	até 10.000	0,715	100	2	2	0
Goianá	152,0	até 10.000	0,741	94,29	1	1	0
<b>Juiz de Fora *</b>	<b>1435,6</b>	<b>mais de 100.000</b>	<b>0,828</b>	<b>52,13</b>	<b>78</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Liberdade	401,3	até 10.000	0,736	100	2	0	0
Lima Duarte	848,6	de 10.000 a 50.000	0,739	100	5	2	1
Matias Barbosa	157,1	de 10.000 a 50.000	0,782	100	4	1	1
Olaria	178,2	até 10.000	0,69	100	1	1	0
Passa Vinte	246,6	até 10.000	0,74	100	1	1	0
Pedro Teixeira	113,0	até 10.000	0,684	100	1	0	1
Piau	192,2	até 10.000	0,732	100	1	0	1
Rio Novo	209,3	até 10.000	0,766	100	3	0	3
Rio Preto	348,1	até 10.000	0,752	100	2	1	1
Santa Bárbara do Monte Verde	417,8	até 10.000	0,693	100	1	1	0
Santa Rita de Jacutinga	420,9	até 10.000	0,736	100	2	1	1
Santana do Deserto	182,6	até 10.000	0,744	89,38	1	0	1
Simão Pereira	135,7	até 10.000	0,76	100	1	0	1
<b>MICRORREGIÃO DE CATAGUASES/ LEOPOLDINA</b>	<b>2835,0</b>	<b>175.272</b>					
Argirita	159,4	até 10.000	0,735	0	0	0	0
Astolfo Dutra	158,9	de 10.000 a 50.000	0,771	100	4	3	0
<b>Cataguases *</b>	<b>491,7</b>	<b>de 50.000 a 100.000</b>	<b>0,794</b>	<b>84,08</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>0</b>
Dona Euzébia	70,2	até 10.000	0,743	100	3	3	0
Itamarati de Minas	94,6	até 10.000	0,751	84,58	1	0	1
Laranjal	204,9	até 10.000	0,769	100	3	3	0
<b>Leopoldina *</b>	<b>943,0</b>	<b>de 50.000 a 100.000</b>	<b>0,778</b>	<b>80,97</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>0</b>
Palma	316,5	até 10.000	0,744	100	3	1	2
Recreio	234,3	de 10.000 a 50.000	0,746	100	3	2	0
Santana de Cataguases	161,5	até 10.000	0,739	100	2	1	1

\* Municípios em negrito possuem CEO.

<sup>2</sup> Quadro construído a partir das informações de Brasil (c20--c) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (c2012).

	Extensão territorial (km <sup>2</sup> ) (IBGE, 2012)	População estimada para 2012 (IBGE)	IDH (PNUD)	Cobertura de PSF (%)	Nº de Equipes de Saúde da Família	Nº de ESB Implantadas Modalidade I	Nº de ESB Implantadas Modalidade II
<b>MICRORREGIÃO DE MURIAÉ</b>	<b>2427,5</b>	<b>165.647</b>					
Antônio Prado de Minas	83,8	até 10.000	0,72	100	1	1	0
Barão de Monte Alto	198,3	até 10.000	0,694	100	3	3	0
Eugenópolis	309,4	de 10.000 a 50.000	0,739	100	4	4	0
Miradouro	301,7	de 10.000 a 50.000	0,698	100	4	2	0
Mirai	320,7	de 10.000 a 50.000	0,724	100	5	4	0
Muriaé	841,7	mais de 100.000	0,773	95,87	28	28	0
<b>Patrocínio do Muriaé *</b>	<b>108,2</b>	<b>até 10.000</b>	<b>0,742</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
Rosário da Limeira	111,1	até 10.000	0,713	100	2	1	0
São Francisco do Glória	164,6	até 10.000	0,692	100	2	2	0
São Sebastião da Vargem Alegre	73,6	até 10.000	0,689	100	1	1	0
Vieiras	112,7	até 10.000	0,71	100	2	1	0
<b>MICRORREGIÃO DE SANTOS DUMONT</b>	<b>855,0</b>	<b>50.382</b>					
Aracitaba	106,6	até 10.000	0,684	100	1	1	0
Oliveira Fortes	111,1	até 10.000	0,695	100	1	1	0
<b>Santos Dumont *</b>	<b>637,3</b>	<b>de 10.000 a 50.000</b>	<b>0,766</b>	<b>44,72</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>MICRORREGIÃO DE BICAS/ SÃO JOÃO NEPOMUCENO</b>	<b>1566,7</b>	<b>69.799</b>					
Bicas	140,1	de 10.000 a 50.000	0,799	100	5	1	0
Descoberto	213,2	até 10.000	0,748	100	2	1	0
Guarará	88,6	até 10.000	0,75	100	2	0	1
Mar de Espanha	371,6	de 10.000 a 50.000	0,741	100	4	2	0
Maripá de Minas	77,3	até 10.000	0,749	100	1	1	0
Pequeri	90,8	até 10.000	0,746	100	1	0	0
Rochedo de Minas	79,4	até 10.000	0,75	100	1	1	0
<b>São João Nepomuceno *</b>	<b>407,4</b>	<b>de 10.000 a 50.000</b>	<b>0,763</b>	<b>55,07</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Senador Cortes	98,3	até 10.000	0,731	100	1	1	0
<b>MICRORREGIÃO DE UBÁ</b>	<b>4352,0</b>	<b>295.924</b>					
Brás Pires	223,3	até 10.000	0,705	100	2	1	0
Coimbra	106,9	até 10.000	0,756	97,82	2	2	0
Divinésia	117,0	até 10.000	0,724	100	1	1	0
Dores do Turvo	231,2	até 10.000	0,711	100	2	1	0
Ervália	357,5	de 10.000 a 50.000	0,7	100	8	7	0
Guarani	264,2	até 10.000	0,754	100	3	0	1
Guidoval	158,4	até 10.000	0,736	100	3	3	0
Guiricema	293,6	até 10.000	0,735	100	3	3	0
Mercês	348,3	de 10.000 a 50.000	0,717	99,83	3	1	0
Piraúba	144,3	de 10.000 a 50.000	0,759	95,29	3	3	0
Presidente Bernardes	236,8	até 10.000	0,699	100	2	1	0
Rio Pomba	252,4	de 10.000 a 50.000	0,771	60,49	3	0	0
Rodeiro	72,7	até 10.000	0,745	100	2	1	0
São Geraldo	185,7	de 10.000 a 50.000	0,732	100	3	2	0
Senador Firmino	166,5	até 10.000	0,73	100	3	1	0
Silveirânia	157,5	até 10.000	0,721	0	0	0	0
Tabuleiro	211,1	até 10.000	0,724	100	2	2	0
Tocantins	173,9	de 10.000 a 50.000	0,762	65,41	3	2	0
<b>Ubá *</b>	<b>407,4</b>	<b>mais de 100.000</b>	<b>0,773</b>	<b>61,17</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
Visconde do Rio Branco	243,3	de 10.000 a 50.000	0,753	72,74	8	8	0

\* Municípios em negrito possuem CEO.

## APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados



### Roteiro para Entrevista Estruturado

#### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM PESQUISA

Município/CEO: \_\_\_\_\_

1) Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

2) Endereço: \_\_\_\_\_ PSF ref: \_\_\_\_\_

3) Grau de Instrução do Chefe de Família:

- ( ) Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau (0)
- ( ) Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau (1)
- ( ) Fundamental completo/ 1º. Grau completo (2)
- ( ) Médio completo/ 2º. Grau completo (4)
- ( ) Superior completo (8)

4) Posse de Itens	Quantidade de itens					Subtotal 1:
	0	1	2	3	4 ou +	
Televisão em cores	( ) 0	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	
Rádio	( ) 0	( ) 1	( ) 2	( ) 6	( ) 7	
Banheiro	( ) 0	( ) 4	( ) 5	( ) 3	( ) 4	
Automóvel	( ) 0	( ) 4	( ) 7	( ) 9	( ) 9	
Empregada mensalista	( ) 0	( ) 3	( ) 4	( ) 4	( ) 4	
Máquina de lavar	( ) 0	( ) 2	( ) 2	( ) 2	( ) 2	
Videocassete e/ou DVD	( ) 0	( ) 2	( ) 2	( ) 2	( ) 2	
Geladeira	( ) 0	( ) 4	( ) 4	( ) 4	( ) 4	
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	( ) 0	( ) 2	( ) 2	( ) 2	( ) 2	
Subtotal 2						

#### RENDA FAMILIAR POR CLASSES (ABEP, 2012)

CLASSE	PONTOS	RENDA MÉDIA FAMILIAR (VALOR BRUTO EM R\$)
( ) A1	42 a 46	12.926
( ) A2	35 a 41	8.418
( ) B1	29 a 34	4.418
( ) B2	23 a 28	2.565
( ) C1	18 a 22	1.541
( ) C2	14 a 17	1.024
( ) D	8 a 13	714
( ) E	0 a 7	477

- 7) Como acessou o serviço? ( ) Urgência ( ) Agendamento no CEO (sem referência)
- ( ) Encaminhado pelo PSF referência ( ) Encaminhado por UBS tradicional
- ( ) Encaminhado por Unidade Regional (particularidade de Juiz de Fora)
- ( ) Encaminhado por outro serviço público. Qual? \_\_\_\_\_

- ( ) Encaminhado por serviço particular. Qual? \_\_\_\_\_
- 8) Por que procurou o serviço? ( ) Paciente especial ( ) Lesão suspeita  
( ) Endodontia ( ) Periodontia ( ) Cirurgia ( ) Outro \_\_\_\_\_
- 9) Quantas vezes você já foi encaminhado para o CEO? ( ) 1ª vez ( ) 2 ( ) 3 ( ) \_\_\_\_\_
- 10) Para quais especialidades você já foi anteriormente encaminhado?  
( ) Nunca foi encaminhado anteriormente ( ) Paciente especial ( ) Periodontia  
( ) Diagnóstico lesões suspeitas ( ) Endodontia ( ) Cirurgia ( ) Outro \_\_\_\_\_
- 11) Quanto tempo você demorou para conseguir iniciar o atual tratamento no CEO após ser encaminhado? \_\_\_\_\_
- 12) Quanto tempo você esperou, na consulta de hoje, para ser atendido pelo dentista? \_\_\_\_ minutos.
- 13) Você sentiu dor de dente nos últimos seis meses? ( ) Sim ( ) Não
- 14) Como você classifica sua saúde bucal? ( ) muito boa ( ) boa ( ) regular ( ) ruim  
( ) péssima.

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Elisa Shizuê Kitamura

ENDEREÇO: Campus Universitário, s/n. Bairro Martelos – Juiz de Fora/MG

CEP: 36036-330

FONE: (32) 2102-3841 ramal 206

E-MAIL: elisaskit@hotmail.com

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa, “Atenção Secundária em Saúde Bucal: avaliação da satisfação dos usuários assistidos pelos Centros de Especialidades Odontológicas pertencentes à Macrorregião Sudeste de Minas Gerais”, realizada pela mestrand: Elisa Shizuê Kitamura sob a orientação e responsabilidade da Prof<sup>a</sup>. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite. Esta pesquisa representa uma das etapas da tese de mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora. O objetivo dessa pesquisa é avaliar a satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO’s) pertencentes à Macrorregional Sudeste de Minas Gerais. Os dados serão coletados por meio de entrevistas individuais realizadas nos CEO’s , onde o(a) Sr(a) realiza tratamento. O(a) Sr(a) contribuirá fornecendo informações através de respostas a um questionário de avaliação aplicado pela própria pesquisadora. Para participar desta pesquisa, o(a) Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O(a) Sr(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação do(a) Sr(a) é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelos pesquisadores. As entrevistas serão arquivadas por 5 anos aos cuidados dos pesquisadores, contados a partir do término da pesquisa. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos, bem como para contribuir com o processo de trabalho e melhoria dos serviços prestados pela UBS. Os resultados da pesquisa estarão à disposição do(a) Sr(a) quando finalizada. O nome do(a) Sr(a) ou o material que indique participação do(a) Sr(a) não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa. Nesta pesquisa não está previsto nenhum tipo de experimento, procedimento clínico ou intervenção junto ao corpo. Em obediência a legislação brasileira sobre a ética em pesquisa envolvendo seres humanos, cabe que o Sr(a) seja esclarecido que toda pesquisa representa risco. Este estudo apresenta risco mínimo ao Sr. (a), e por esse motivo, o Sr.(a) tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa, direito esse assegurado pelos

pesquisadores responsáveis. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelos pesquisadores responsáveis na UFJF, e a outra será fornecida ao(à) Sr(a).

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa, “Atenção Secundária em Saúde Bucal: avaliação da satisfação dos usuários assistidos pelos Centros de Especialidades Odontológicas pertencentes à Macrorregião Sudeste de Minas Gerais”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar do estudo se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo e autorizo a usar o meu relato para pesquisa científica. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Nome	Assinatura do participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas a respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFJF

Campus Universitário – Pró-Reitoria de Pesquisa

Telefone: (32) 2102-3788

E-mail: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

**APÊNDICE D – Adequação das Unidades CEO e autorização do gestor municipal para pesquisa**

**ADEQUAÇÃO RESUMIDA DAS CONDIÇÕES DA UNIDADE CEO** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - **MUNICÍPIO:** \_\_\_\_\_

**Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES):** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Razão Social:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Unidade:** \_\_\_\_\_

**Esfera Administrativa:** \_\_\_\_\_

**Gestão:** \_\_\_\_\_

**Natureza da Organização:** \_\_\_\_\_

**Competência Inicial:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Microrregional de Saúde:** \_\_\_\_\_

A Unidade CEO \_\_\_\_\_ oferece atendimentos de saúde de nível secundário á população pertencente aos municípios que compõem sua microrregião, são eles:

\_\_\_\_\_. Oferece os serviços de \_\_\_\_\_

**Instalações Físicas para Assistência:**

**Odontologia:** \_\_\_\_\_

**Serviços de apoio:** \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ser verdadeira a infraestrutura acima descrita e estar de acordo com a realização da pesquisa “Atenção Secundária em Saúde Bucal: avaliação da satisfação dos usuários assistidos pelos Centros de Especialidades Odontológicas pertencentes à Macrorregião Sudeste de Minas Gerais”, proposta pela mestranda Elisa Shizuê Kitamura, devidamente matriculada no Mestrado em Saúde Coletiva – NATES, sob o número de matrícula 102250070, da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação da Prof. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite. Estou ciente que essa pesquisa não acarretará ônus para a Prefeitura Municipal de \_\_\_\_\_ assim como, não trará qualquer prejuízo ao atendimento dos usuários ou ao funcionamento da unidade.

CIB – Macrorregião Sudeste de Minas Gerais

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Gestor

## APÊNDICE E – Produção ambulatorial de procedimentos da Tabela Unificada (TABNET – DATASUS), referente ao ano 2012

Frequência por procedimento 2012	CEO 1				CEO 2	CEO 3	CEO 4	CEO 5	CEO 6	CEO 7	CEO 8
PROCEDIMENTOS	UOD CENTRO	UOD NORTE	UOD OESTE	COAPE							
<b>BÁSICOS</b>											
0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)	6	6	461	101	0	76	0	0	0	0	0
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	108	371	253	35	0	260	128	36	114	144	0
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	611	371	553	942	2	358	442	29	105	107	40
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	627	812	255	689	0	0	668	89	71	0	2
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	6864	6215	3811	194	59	0	2516	336	210	0	199
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR	463	901	137	15	0	365	108	34	42	468	1
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	1090	1271	747	88	87	199	899	62	73	413	0
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	3827	1330	1419	751	328	259	133	133	115	406	253
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	4756	2037	2762	846	1366	320	322	162	165	410	340
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA	112	181	162	203089	0	268	73	1	1	164	6
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (P	11530	3434	2413	2272	1	1717	869	100	761	72	89
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	431	255	344	231	0	1099	6	48	0	41	1
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	399	299	230	182	17	34	200	36	87	60	11
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	634	357	258	799	206	520	98	35	1024	100	28
<b>PERIODONTIA</b>											
0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	6986	1226	3284	518	1857	3790	2679	0	0	42	945
0414020081 ENXERTO GENGIVAL	9	0	1	0	0	2	23	0	0	0	0
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	11	29	36	39	5	74	38	0	9	0	6
0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	8	14	36	53	4	278	9	0	0	0	1
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	82	22	5	9	18	41	48	0	8	0	5
<b>ENDODONTIA</b>											
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	159	147	70	11	13	284	82	0	51	111	0
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	96	138	69	28	120	36	128	0	61	130	72
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RA	105	256	129	36	167	25	141	0	169	90	81
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	362	261	152	75	350	88	294	0	140	77	115
0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-	5	3	3	0	4	6	0	0	0	19	0
0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE COM	4	10	0	0	3	3	0	0	0	26	0
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-	12	19	0	0	20	8	0	0	9	0	0
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	0	0	0	0	5	0	0	0	4	0	0
<b>CIRURGIA ORAL</b>											
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	1	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0
0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	0	0	0	0	0	140	0	0	0	42	0
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	1	0	0	0	0	0	31	0	0	0	0
0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	0	0	0	0	0	0	1566	0	0	0	0
0414020022 APICECTOMIA COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	0	0	0	2	6	0	13	0	0	0	3
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	6	58	0	109	5	5	2	0	0	0	0
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	33	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL	843	243	96	223	0	0	0	0	0	0	0
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0
0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	131	71	251	96	535	715	0	0	0	0	0
0414020170 GLOSSORRAFIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS	0	0	7	0	0	0	1	0	0	0	0
0414020219 ODONTOSECCÃO / RADIECTOMIA / TUNELIZAÇÃO	118	142	310	47	302	0	0	0	89	0	0
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	301	137	678	69	219	86	437	0	243	28	434
0414020294 REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	0	7	0	34	0	3	0	0	1	0	0
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE	3	7	6	6	0	2	1	15	0	11	0
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA	0	2	2	0	0	5	0	18	0	52	0

\*Os procedimentos não constantes nesta tabela estão zerados para todas as unidades de pesquisa analisadas.

**ANEXOS**

## ANEXO A – Questionário para Avaliação da Satisfação dos Usuários com Serviços Públicos de Saúde Bucal (QASSaB)

DIMENSÃO 1	NÍVEIS				
RELAÇÕES HUMANAS (Dentista/Paciente)					
1) Como você classifica a atenção ou tratamento recebido do dentista neste serviço?	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	5	4	3	2	1
DIMENSÃO 2	NÍVEIS				
RELAÇÕES HUMANAS (Outros Profissionais)					
2) Como você classifica a atenção ou tratamento recebido dos outros profissionais de saúde deste serviço?	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	5	4	3	2	1
DIMENSÃO 3	NÍVEIS				
EFICÁCIA					
3) Após o tratamento odontológico você sentiu algum incômodo?	Senti total desconforto	Senti muito desconforto	Senti desconforto	Senti muito pouco desconforto	Não senti nada
	1	2	3	4	5
DIMENSÃO 4	NÍVEIS				
ACESSIBILIDADE / DISPONIBILIDADE					
4) Como você considera a obtenção de uma vaga e/ou ficha para tratamento neste serviço?	Muito fácil	Fácil	Nem difícil nem fácil	Difícil	Muito Difícil
	5	4	3	2	1
5) Como você classifica o tempo de espera entre sua chegada e o atendimento neste serviço?	Muito curto	Curto	Nem longo nem curto	Longo	Muito Longo
	5	4	3	2	1

<b>DIMENSÃO 5</b>	<b>NÍVEIS</b>				
<b>QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA</b>					
6) Como você classifica os equipamentos odontológicos em relação a atualização tecnológica? Em outras palavras o quanto eles são modernos?	Super modernos	Modernos	Nem uma coisa nem outra	Desatualizados	Ultrapassados
	5	4	3	2	1
<b>DIMENSÃO 6</b>	<b>NÍVEIS</b>				
<b>AMBIENTE FÍSICO- LIMPEZA</b>					
7) Como você classifica a limpeza da recepção/sala de espera?	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	5	4	3	2	1
8) Como você classifica a limpeza dos banheiros?	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	5	4	3	2	1
<b>DIMENSÃO 7</b>	<b>NÍVEIS</b>				
<b>ACEITABILIDADE</b>					
9) O profissional lhe explica sobre o tratamento mais adequado ou mais correto para o seu problema de saúde bucal (extração, restauração, canal, colocação ou substituição de próteses)?	Nunca me explica nada	Raras vezes me explica	Não me lembro	Na maioria das vezes me explica	Sempre me explica tudo
	1	2	3	4	5
<b>DIMENSÃO 8</b>	<b>NÍVEIS</b>				
<b>EFETIVIDADE / RESOLUTIVIDADE</b>					
10) O quanto você está satisfeito com a aparência dos dentes tratados?	Totalmente satisfeito	Muito satisfeito	Satisfeito	Um pouco satisfeito	Insatisfeito
	5	4	3	2	1
11) O quanto você está satisfeito com o tratamento dos dentes posteriores (de trás), ou seja, com a sua capacidade de mastigação?	Totalmente satisfeito	Muito satisfeito	Satisfeito	Um pouco satisfeito	Insatisfeito
	5	4	3	2	1

## ANEXO B – Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011.



**Ministério da Saúde**

**Gabinete do Ministro**

**PORTARIA Nº 1.464, DE 24 DE JUNHO DE 2011**

*Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO).*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006, que define a implantação e estabelece critérios de credenciamento/habilitação dos serviços especializados Centros de Especialidades Odontológicas - CEO Tipo 1, CEO Tipo 2, CEO Tipo 3;

Considerando a Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas;

Considerando a Portaria nº 321/GM/MS, de 8 de fevereiro de 2007, que institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria nº 718/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010, que altera, inclui e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o que estabelece a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente em relação à reorganização das práticas e à qualificação dos serviços oferecidos na Saúde Bucal, visando à integralidade das ações, resolve:

Art. 1º O Anexo da [Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 24 de março de 2006, Seção 1, página 52](#), passa a vigorar com a seguinte redação:

"I - O monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEOs, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS, conforme segue:

a) Para os CEOs Tipo 1:

80 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);

0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);

0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);

0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;

0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;

0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;

0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;

0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;

0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;

0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;

0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;

0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.

60 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE) ;

0414020081 ENXERTO GENGIVAL;

0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);

0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);

0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).

35 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;

0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;

0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;

0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;

0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;

0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;

0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;

0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.

80 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;

0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;

0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;

0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS;

0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;

0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS;

0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;

0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR;

0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;

0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;

0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;

0414010361 EXERERE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;

0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;

0401010082 FRENECTOMIA;

0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR

0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;  
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;  
0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;  
0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;  
0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;  
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;  
0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR;  
0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL/ ORO-NASAL  
0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;  
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);  
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;  
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;  
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;  
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;  
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;  
0414020146 EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE;  
0414020170 GLOSSORRAFIA;  
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;  
0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;  
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);  
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);  
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;  
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;  
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;  
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;  
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.

a) Para os CEOs Tipo 2:

110 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);  
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);  
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);  
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;  
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;  
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;  
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;  
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;  
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;  
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;  
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);  
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);  
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;  
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.

90 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE) ;  
0414020081 ENXERTO GENGIVAL;  
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);  
0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);  
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).

60 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;  
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;  
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;  
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;  
0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;  
0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;  
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;  
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.

90 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;  
0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;  
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;  
0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS;  
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;  
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS;  
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSÍNTESE;  
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR;  
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;  
0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;  
0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;  
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;  
0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;  
0401010082 FRENECTOMIA;  
0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;  
0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;

0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;  
0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;  
0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;  
0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;  
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE  
0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MA XILO-MANDIBULAR  
0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL  
0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;  
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);  
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;  
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;  
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;  
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;  
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;  
0414020146 EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;  
0414020170 GLOSSORRAFIA;  
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;  
0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;  
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);  
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);  
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;  
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;  
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;  
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;  
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.

a) Para os CEOS Tipo 3:

190 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);  
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);  
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);  
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;  
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;  
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;  
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;  
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;  
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;  
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;  
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);  
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);  
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;  
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.

150 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE) ;  
0414020081 ENXERTO GENGIVAL;  
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);  
0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);  
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).

95 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;  
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;  
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;  
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;  
0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;  
0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;  
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;  
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.

170 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;  
0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;  
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;  
0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS;  
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;  
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS;  
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSÍNTESE;  
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR;  
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;  
0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;  
0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;  
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;  
0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;  
0401010082 FRENECTOMIA;  
0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;  
0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;  
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;

0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;  
 0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;  
 0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;  
 0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;  
 0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR;  
 0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL  
 0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;  
 0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);  
 0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;  
 0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;  
 0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;  
 0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;  
 0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;  
 0414020146 EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;  
 0414020170 GLOSSORRAFIA;  
 0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;  
 0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;  
 0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);  
 0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);  
 0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;  
 414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;  
 0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;  
 0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;  
 0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.

§ 1º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 - restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 - restauração de dente permanente posterior.

§ 2º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos 0307020053 -obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

§ 3º Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.

§ 4º A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO será suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades acima citadas, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal. "

(NR)

Art. 2º Os procedimentos constantes do art. 1º desta Portaria fiquem identificados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) com o atributo complementar "Monitoramento CEO".

Art. 3º O fluxo a ser utilizado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), para os procedimentos previstos no Anexo à [Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006](#), fica definido da forma prevista abaixo:

- I - Quando da apresentação dos procedimentos no SIA/SUS, será verificado o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional que os realizou;
- II - Caso tenha sido por profissional do grupo 2232 (odontologia), será observado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) se o estabelecimento dispõe de habilitação CEO com a regra contratual 7107 - Estabelecimento, sem geração de crédito, nas ações especializadas de odontologia (incentivo CEO I, II e III);
- III - Neste caso, não haverá geração de crédito para estes procedimentos; e
- IV - Caso o profissional que realizou os procedimentos não seja do código de CBO 2232 ou o estabelecimento não tenha a habilitação CEO, será gerado crédito normalmente no SIA/SUS.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeito a contar da competência julho de 2011.

Art. 5º Fica revogada a [Portaria nº 2.898/GM/MS, de 21 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 251, de 31 de dezembro de 2010, Seção 1, Páginas 84, 85 e 86](#).

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**

## ANEXO C – Critério de Classificação Econômica Brasil – 2012<sup>3</sup>



**CRITÉRIO**  
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA  
**BRASIL**

**ABEP**  
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de classes econômicas.

### SISTEMA DE PONTOS

#### Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

#### Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1ª. Grau	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1ª. Grau	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1ª. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2ª. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

### CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – www.abep.org – abep@abep.org  
Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010 - IBOPE

1

<sup>3</sup> Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2012).

### PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos  
 Bem alugado em caráter permanente  
 Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses  
 Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos  
 Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses  
 Bem quebrado há mais de 6 meses  
 Bem alugado em caráter eventual  
 Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

### Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

### Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

### Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

### Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lezer e profissional) não devem ser considerados.

### Empregado doméstico

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 3 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 3 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

### Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomáticas. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

### Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

### Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira;

Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

### **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendem às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas

pele critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

### **RENDA FAMILIAR POR CLASSES**

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R\$)
		2010
A1	42 a 46	12.926
A2	35 a 41	8.418
B1	29 a 34	4.418
B2	23 a 28	2.563
C1	18 a 22	1.541
C2	14 a 17	1.024
D	8 a 13	714
E	0 a 7	477

**DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA****2010**

<b>CLASSE</b>	<b>Gde. FORT</b>	<b>Gde. REC</b>	<b>Gde. SALV</b>	<b>Gde. BH</b>	<b>Gde. RJ</b>	<b>Gde. SP</b>	<b>Gde. CUR</b>	<b>Gde. POA</b>	<b>DF</b>	<b>Total SRMs</b>
A1	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%	0,5%	0,4%	1,4%	0,6%	0,9%	0,5%
A2	3,5%	1,8%	3,1%	3,2%	2,6%	4,3%	4,2%	2,8%	6,6%	3,6%
B1	5,7%	5,4%	6,2%	9,8%	9,5%	10,6%	13,1%	10,4%	15,2%	9,6%
B2	13,8%	11,9%	11,7%	16,8%	21,1%	24,1%	27,6%	25,3%	23,7%	20,8%
C1	18,6%	21,1%	19,7%	26,3%	29,0%	27,9%	25,1%	31,3%	21,8%	26,3%
C2	28,3%	30,1%	32,1%	26,0%	23,9%	20,3%	17,2%	18,4%	19,5%	23,2%
D	25,9%	26,9%	25,5%	17,3%	13,2%	11,8%	10,9%	10,5%	11,9%	15,2%
E	3,8%	2,3%	1,4%	0,3%	0,2%	0,6%	0,5%	0,7%	0,4%	0,8%
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

## ANEXO D – Termo de Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Atenção Secundária em Saúde Bucal: avaliação da satisfação dos usuários assistidos pelos Centros de Especialidades Odontológicas pertencentes a Macrorregião Sudeste de Minas Gerais.

**Pesquisador:** Elisa Shizue Kitamura

**Área Temática:** Área 9. A critério do CEP.

**Versão:** 2

**CAAE:** 02694312.3.0000.5147

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE MEDICINA - UFJF

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 131.886

**Data da Relatoria:** 18/10/2012

**Apresentação do Projeto:**

Projeto bem elaborado e bem fundamentado

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivos claros e bem definidos

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos mínimos

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Bem descritos

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE apresentado

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O colegiado opta pela Aprovação do referido projeto por estar em Consonância com as normas éticas

JUIZ DE FORA, 26 de Outubro de 2012

---

Assinador por:  
Paulo Cortes Gago  
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br