



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

DEBORAH ELLEN WANDERLEY GOMES

**AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS
ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO BRASILEIRO**

CAMPINA GRANDE
2014

DEBORAH ELLEN WANDERLEY GOMES

**AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS
ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação de Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do grau
de Bacharel em Odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Renata Cardoso Rocha
Madruga

CAMPINA GRANDE
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

G633a Gomes, Deborah Ellen Wanderley.
Avaliação do acesso efetivo aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela estratégia saúde da família em município brasileiro [manuscrito] / Deborah Ellen Wanderley Gomes. - 2014. 63 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.
"Orientação: Profa. Dra. Renata Cardoso Rocha Madruga, Departamento de Odontologia".

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Saúde Bucal. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Título.

21. ed. CDD 617.6

DEBORAH ELLEN WANDERLEY GOMES

**AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM
ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO
BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação de Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em: 15/07/2014


Profª Drª Renata Cardoso Rocha Madruga / UEPB
Orientadora


Profª Drª Renata de Souza Coelho Soares / UEPB
Examinadora

Profª Drª Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas / UEPB
Examinadora

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Laura e Salomão, pois essa vitória é nossa e não minha. E ao meu esposo Leandro, pois ninguém nesse mundo é feliz sem ter alguém com quem compartilhar nossas felicidades e conquistas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por todos os dias de vida. Obrigada por cada obstáculo que enfrentei, por cada dor e cada sofrimento. Foi assim que eu aprendi. E acima de tudo, obrigada por cada vitória, por cada felicidade, pois me deu forças para seguir em frente e chegar até aqui;

Aos meus pais que foram fundamentais na minha jornada até aqui, e por todo amor e cuidado. Vocês me apoiaram em cada decisão que tomei, confiaram que seguiria o caminho certo, graça à Educação, ao amor e à confiança que recebi todos os dias da minha vida. A vocês pertence o meu amor maior e a minha eterna gratidão;

À querida professora Dr^a Renata Cardoso Rocha Madruga por todos os ensinamentos e que muitas vezes confundia o papel de professora com o de mãe e de amiga. Não tenho palavras para agradecer por tudo o que eu aprendi e, acima de tudo, por todo carinho e confiança que teve em mim;

Ao meu esposo Leandro Freire, companheiro de todas as horas, obrigada pelo apoio e amor de sempre. Você foi fundamental também nesse trabalho, por sempre me levar para todos os bairros mais distantes que fui;

À minha irmã, luz das nossas vidas. Sem você seria sozinha e a vida não seria doce e tão feliz;

Aos meus avós por todo amor e incentivo. Vocês estiveram presentes desde sempre e agradeço por estarem à frente da minha torcida sempre;

Aos meus tios, pelo apoio, carinho e cuidado;

Aos meus amigos de turma que foram fundamentais na caminhada, pelas noites de estudo, pela amizade;

Às duplas que eu tive durante esse período, Andressa Kelly e Milena Rayane, pelo companheirismo e aprendizado juntas, amigas que ficarão para sempre no meu coração;

Aos professores do curso por tudo que me ensinaram nesses anos de ensinamentos que espero levar para toda a vida;

Aos funcionários da UEPB, que sempre nos ajudaram tanto com tamanha eficiência e educação;

E por último, e não menos importante, Marília, Elisa, Thaynná e Heloísa, pois sem elas esse trabalho não seria possível de forma alguma.

RESUMO¹

A Saúde Bucal é um importante componente da qualidade de vida. Mesmo assim, no Brasil, grande parte da população ainda não tem pleno acesso aos serviços odontológicos. Embora haja um aumento na utilização dos serviços odontológicos pela população brasileira, ainda perduram importantes desigualdades no acesso aos serviços. Sabe-se que a forma como vem se dando a implantação e a execução das ações de Saúde Bucal, dentro do modelo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, com exceção de algumas poucas experiências, não têm sido realizadas, da mesma forma, a análise do efeito de suas ações na saúde da população. **Objetivo:** Essa pesquisa realizada no Município de Campina Grande teve como objetivo avaliar a situação do acesso aos Serviços de Saúde Bucal em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo do tipo transversal, de base populacional. A amostra foi selecionada em múltiplo estágio, seguindo o fluxo setores censitários→ domicílios→ indivíduos considerando as áreas cobertas pela ESF, o que exultou numa amostra final de 723 indivíduos. A técnica utilizada foi de observação direta intensiva através de formulário adaptado a partir da agregação de formulários previamente validados: PNAD- 2003, instrumento utilizado por Goes em 2001 e QASSaB. Foi realizada análise estatística descritiva dos dados através do programa estatístico SPSS versão 20.0. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB e aprovado sob o CAAE: 20260313.1.0000.5187. **Resultados:** 547 indivíduos são do sexo feminino. Em relação à renda familiar, 511 indivíduos não possuía renda ou afirmava receber até um (01) salário mínimo e 380 pessoas afirmaram ter grau de comprometimento em relação a sua saúde bucal, considerando-a entre “mais ou menos” ou “ruim”. **Conclusão:** O atendimento recebido foi considerado bom ou muito bom pela maior parte dos indivíduos. Mais da metade da amostra utilizou o serviço particular. Está havendo resolutividade quanto aos problemas que levaram os usuários ao serviço. O ambiente físico dos serviços é considerado limpo e confortável. Quanto à Equidade, um número significativo de pessoas respondeu que não tinha acesso a um tratamento igualitário.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família / Serviços de Saúde Bucal / Acesso aos serviços de saúde

¹ A elaboração deste resumo obedece ao disposto na NBR 6028/2003

ABSTRACT

The oral health is an important component of quality of life. Despite this, in Brazil, much of the population still does not have full access to dental services. Although there is an increase in the use of dental services by the Brazilian population, still linger important inequalities in the access to these services. It is known that the way that the deployment e the execution of the actions of Oral Health has been coming, within the model of work of Family Health Teams, with the exception of a few experiments, have not been performed in the same way, the analysis of the effect of their actions on population health. **Objective:** This research conducted in the city of Campina Grande aimed to assess the state of access to oral health services in areas covered by the Family Health Strategy. **Methodology:** This was a cross-sectional study, a population-based. The sample was selected in multiple stages, following the flow of census tracts households individuals, considering the areas covered by the ESF, which resulted in a final sample of 723 individuals. The technique used was intensive direct observation through a form adapted from the aggregation of previously validated forms: PNAD-2003, instrument used by Goes in 2001 and Qassab. Descriptive statistical analysis of the data using the statistical program SPSS version 20.0 was performed. The study was submitted to the Ethics Committee in Research of UEPB and approved under CAAE: 20260313.1.0000.5187. **Results:** 547 subjects were female. Regarding family income, 511 individuals had no income or claimed to receive up to one (01) minimum wage and 380 people reported having degree of commitment regarding their oral health, considering it among "more or less" or "bad". **Conclusion:** The service received was considered good or very good by most individuals. Over half of the sample used the particular service. The problems that led users to the service are being solved. The physical environment of services is considered clean and comfortable. About equity, a significant number of people said they had no access to equal treatment.

KEYWORDS: Family Health Strategy / Dental Health Services / Health Services Accessibility

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Variáveis dependentes, definição e operacionalização.....	21
QUADRO 2 – Variáveis independentes, definição e operacionalização.....	21

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Frequência e percentual das variáveis independentes (Sexo, Idade, Estado Marital, Renda do Respondente, Renda Familiar, Escolaridade) Campina Grande/ PB – 2013/2014.....	24
TABELA 2- Frequência e percentual das variáveis independentes (Residência/Distrito Sanitário/Local de moradia, Casa/Tipo de Moradia) Campina Grande/ PB – 2013/2014.....	25
TABELA 3- Frequência e percentual das variáveis independentes (Saúde dos dentes e da boca/ autopercepção da saúde bucal, Satisfação com aparência dos dentes, Dor de dente na vida, Dor de dente nos últimos seis (06) meses, Severidade da dor) Campina Grande/ PB – 2013/2014.....	26
TABELA 4- Frequência e percentual das variáveis independentes (Utilização do serviços odontológicos, Avaliação do atendimento recebido, Avaliação das necessidades de saúde, Motivo para não procurar o serviço) Campina Grande/PB – 2013/2014.....	28
TABELA 5- Frequência e percentual das variáveis independentes (Acesso à palestra, reunião com o tem SB; Acesso a Kits de escovação, material educativo ou ATF; Visita do ACS, ASB ou CD com orientações sobre SB) Campina Grande/PB – 2013/2014.....	29
TABELA 6- Frequência e percentual da variável dependente (Última visita ao dentista/Acesso a serviços odontológicos e cirurgião-dentista que geralmente usa/ Tipo de serviço) Campina Grande/PB – 2013/2014.....	30
TABELA 7- Distribuição da frequência de resposta dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Disponibilidade destes serviços . Campina Grande/ PB 2013-2014.....	31
TABELA 8- Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Resolutividade destes serviços . Campina Grande/PB-2013/2014.....	32
TABELA 9- Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Limpeza e conforto dos ambientes destes serviços . Campina Grande/PB- 2013/2014.....	33
TABELA 10- Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo as Relações humanas dos profissionais/usuários destes serviços . Campina Grande/PB – 2013/2014.....	34
TABELA 11- Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo as Relações humanas do Cirurgião-dentista/Usuários destes serviços . Campina Grande/PB – 2013/2014.....	35
TABELA 12- Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Aceitabilidade dos usuários destes serviços . Campina Grande/PB – 2013/2014.....	36
TABELA 13- Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Equidade do tratamento destes serviços . Campina Grande/PB – 2013/2014.....	36
TABELA 14- Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Eficácia do tratamento destes serviços . Campina Grande/PB – 2013/2014.....	38

TABELA 15- Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a **Eficiência do tratamento destes serviços**. Campina Grande/PB – 2013/2014.....39

TABELA 16- Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a **Qualidade técnico-científica dos equipamentos destes serviços**. Campina Grande/PB – 2013/2014.....40

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPO-d	Cariados Perdidos e Obturados (Dentes) Índice
DATA SUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
QASSaB	Questionário de Avaliação da Satisfação dos Usuários com Serviços de Saúde Bucal
SB	Saúde Bucal
SMS - CG	Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	17
3.1	TIPOLOGIA DO ESTUDO.....	17
3.2	LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	17
3.3	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	17
3.3.1	População.....	17
3.3.2	Tamanho e seleção da amostra.....	17
3.3.3	Critério de Inclusão.....	18
3.3.4	Critério de Exclusão.....	18
3.3.5	Critério de Perda.....	18
3.4	COLETA DE DADOS.....	18
3.4.1	Abordagem aos participantes da pesquisa.....	18
3.4.2	Técnica utilizada.....	19
3.4.3	Instrumento de coleta de dados.....	19
3.4.4	Elenco das variáveis.....	20
3.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	22
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	22
4	RESULTADOS.....	23
4.1	FASE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	23
4.1.1	Descrição das Variáveis Independentes.....	23
4.1.2	Descrição da demanda aos serviços odontológicos/Utilização dos serviços de saúde.....	26
4.1.3	Qualificação do acesso aos serviços odontológicos/ saúde bucal.....	28
4.1.4	Descrição da demanda aos serviços odontológicos.....	29
4.2	FASE DESCRITIVA DO ACESSO EFETIVO.....	30
4.2.1	Grau de Satisfação do usuário com os serviços públicos de Saúde Bucal	30
5	DISCUSSÃO.....	41
6	CONCLUSÕES.....	44
	REFERÊNCIAS.....	45
	ANEXOS.....	51
	ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	52
	ANEXO B- PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA.....	53
	ANEXO C- FORMULÁRIOS UTILIZADOS.....	54
	ANEXO D- TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	61

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Bucal é um importante componente da qualidade de vida. Mesmo assim, no Brasil, grande parte da população ainda não tem pleno acesso aos serviços odontológicos. (BARROS; BERTOLDI, 2002). As Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) vêm mostrando um aumento na utilização dos serviços odontológicos pela população brasileira, porém, ainda perduram importantes desigualdades no acesso aos serviços (CHAVES et al., 2012).

Mesmo com avanços recentes, gerados por políticas públicas implementadas nos últimos anos no Brasil, como a inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (PSF), implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), pelo Ministério da Saúde (CLAUDINO et al, 2011; BRASIL, 2002; BRASIL, 2004), ainda são necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir desigualdades sociais no acesso, no processo do cuidado e na avaliação dos resultados epidemiológicos da área de saúde bucal (MOYSÉS, 1992).

Em maior ou menor grau, aspectos individuais, coletivos, históricos e contextuais podem gerar dificuldades de acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade (RODRIGUES; NERI, 2012). A desigualdade socioeconômica, por exemplo, exerce influência sobre a saúde e, os indivíduos que residem em regiões com grandes diferenças de renda possuem piores condições de saúde, comparando-os com aqueles que vivem com situação socioeconômica mais equivalente e em regiões mais igualitárias (PERES et al., 2012). A PNAD ainda evidencia que a população de maior renda apresenta melhores condições de acesso a estes serviços, especificamente aos privados (CHAVES et al., 2012).

A avaliação da efetividade da Saúde Bucal dentro da Estratégia de Saúde da Família, assim como, a avaliação e monitoramento da evolução e implementação das políticas públicas de saúde em execução no Brasil e dos resultados dos investimentos aplicados, são de grande importância. Considerando os poucos estudos que demonstrem como o acesso e a utilização dos serviços de Saúde Bucal têm sido efetivados nos cenários após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) é que este estudo pretende dar uma contribuição para a lacuna existente relativa à avaliação destes serviços.

Considerando o estudo preliminar realizado por Rocha (2009) o qual avaliou o acesso efetivo aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família na cidade de Campina Grande- PB, este trabalho teve como objetivo analisar as variáveis independentes relacionadas ao acesso a Saúde Bucal após cinco (05) anos do estudo inicial.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública gerada em um contexto com várias dimensões, como as políticas, tecnológicas, ideais e sociais e que, enfrenta um dos maiores desafios a serem vencidos pelo próprio sistema, que é a ampliação de acesso às suas ações e serviços (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Este acesso pode ser compreendido como a “porta de entrada” ao sistema, tornando-se um espaço de acolhimento aos usuários no momento de sua necessidade, podendo ainda, estar relacionado às barreiras tanto organizacionais como geográficas (CHAVES et al, 2012). O acesso oscila à medida e de acordo com a evolução da população e com o surgimento de novas necessidades, sendo a luta pela justiça social e pela equidade. Condições socioeconômicas desfavoráveis e baixo nível de educação estão intimamente relacionados às desigualdades de acesso aos diferentes níveis de atenção e prevenção à saúde (SANDERS et al, 2009).

O não direcionamento dos recursos aos grupos com mais necessidades geram a lei do cuidado inverso ou da equidade inversa em saúde, levando ao favorecimento do acesso à saúde àqueles que possuem melhor condição socioeconômica. (CARNUT et al 2011, SOARES; CHAVES; CANGUSSU, 2013)

O SUS preconiza a prática da equidade como forma de extinguir as iniquidades provocadas pelas condições sociais adversas. Famílias em situações sociais de exclusão tornam-se mais vulneráveis às condições de saúde precárias, logo, é preciso pautar o processo de trabalho em saúde, sendo necessário o uso de informações acerca das condições de vida da população para que sirvam de base para analisar a situação saúde-doença de cada coletividade, incluindo, também, a programação de ações voltadas para quem mais necessita (CARNUT et al, 2011, FIGUEIREDO et al 2014).

O Brasil é constantemente mencionado como um país representado por doenças bucais de relevância para a saúde pública, dentre elas destaca-se a cárie dentária, a doença periodontal, as oclusopatias, as fissuras labiopalatais, o câncer bucal e a fluorose dentária. Os agravos que acometem a saúde bucal e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são: traumatismo dentário e o edentulismo (RONCALLI, 2004).

O último inquérito de saúde bucal realizado (SB Brasil 2010) (BRASIL, 2010b) mostrou uma diminuição da prevalência de cárie dentária na faixa etária de 12 anos (idade-índice utilizada internacionalmente para efeito de comparação). Em 2003, o CPO-d médio

registrava 2,8, passando para 2,1 em 2010, ou seja, houve uma redução de 25% (RONCALLI, 2011). Embora esses resultados sejam estatisticamente favoráveis, a redução da prevalência da cárie se dá de forma desigual, ou seja, a distribuição não uniforme da doença na população faz com que seja necessário distinguir as formas de atuação dos serviços de saúde oferecidos junto a grupos de indivíduos (WARMLING; AMANTE; VIEIRA, 2012).

Um exemplo da polarização da cárie pôde ser averiguado ao compararmos o CPO médio das regiões Norte (3,16), Nordeste (2,63) e Centro-Oeste (2,63) com as regiões Sudeste (1,72) e Sul (2,06). Ademais, os valores representados pelo Nordeste quanto aos dentes restaurados em relação ao CPO-d total foi menor que no Sudeste, apontando que o maior ataque da doença esteve relacionado com menor acesso aos serviços odontológicos. Esta caracterização estimula novos estudos para produção de informações atualizadas que possam refletir o impacto de diferenças de ordem socioeconômica e de oferta dos serviços odontológicos (BRASIL, 2010b).

Por outro lado, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios revelou que houve ampliação no acesso à saúde bucal no período de dez anos (1998 a 2008), sobretudo entre a população de baixa renda, com renda familiar de até dois salários mínimos. Em 1998, quase um quinto da população brasileira, 19,5% (29,6 milhões de pessoas) nunca havia visitado um cirurgião-dentista para cuidar da saúde bucal, enquanto que em 2008, esse percentual caiu para 11,7% (21,6 milhões de pessoas) (BRASIL, 2010a).

No Brasil, o perfil de assistência odontológica em serviços públicos por muito tempo restringiu-se à atenção básica, inclusive com demanda aquém do esperado, sendo a utilização dos serviços odontológicos reflexo da desigualdade social (FIGUEIREDO; GOES, 2009).

Foi com o intuito de ampliar a cobertura odontológica no país e mudar o cenário da falta de acesso aos serviços odontológicos que começaram a surgir importantes iniciativas, dentre elas a inserção de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família a partir do ano 2000 e do estabelecimento do programa Brasil Sorridente dentro da Política Nacional de Saúde Bucal (PSNB), em 2004 (ANTUNES; NARVAI, 2010; LOURENÇO et al, 2009). Esta última tem, dentre outros objetivos, o de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Foi a partir desse programa que a rede pública de Saúde contou com atuação em larga escala da Odontologia (BRASIL, 2010a).

Em um estudo realizado na Cidade de Campina Grande-PB foram constatados vários fatores determinantes para o acesso aos serviços odontológicos. Neste estudo, não houve diferença no acesso aos serviços odontológicos nas populações em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família. Foi visto que a idade era um dos fatores

determinantes ao acesso, visto que, com o passar da idade, ocorreu uma diminuição do acesso destes indivíduos. Em grupos mais favorecidos, uma idade maior proporcionou mais recursos para o pagamento do atendimento, enquanto que no grupo mais pobre, o avanço da idade reduz a utilização do sistema público de saúde. (ROCHA; GOES, 2008).

Dentre outros fatores sociodemográficos relevantes para determinar o acesso à saúde bucal em Campina Grande, se pôde destacar o sexo, a idade, a renda e o nível de escolaridade (ROCHA; GOES, 2008).

A tríade acessibilidade, oferta e utilização dos serviços de saúde instigam pesquisas integradoras, a fim de evidenciar e estudar as diferentes dimensões de uma mesma problemática, em que a satisfação dos usuários e os obstáculos por eles enfrentados são essenciais para traçar um diagnóstico situacional da realidade acerca do acesso à saúde pública (SOUZA; CHAVES, 2010).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, no qual é usado o método epidemiológico, com um desenho do tipo transversal, de base populacional. Também conhecido como seccional. Inicialmente foi proposta a realização de um estudo de coorte, pois, este trabalho iria tratar do seguimento de uma pesquisa anteriormente realizada, no qual os dados seriam colhidos em 2013/2014 e comparados ao estudo preliminar realizado em 2009 (ROCHA, 2009) com os mesmo sujeitos. Entretanto, devido à dificuldade em localizar os indivíduos que participaram do estudo anterior, verificou-se a inviabilização do mesmo como uma coorte. As mesmas ruas do estudo anterior foram visitadas e o resultado comparado ao estudo preliminar, portanto, passou a ser do tipo “Estudo de Série Temporal”.

3.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Campina Grande – PB estado da Paraíba, região Nordeste do Brasil com uma amostra representativa da população adstrita à Estratégia Saúde da Família com cobertura de Saúde Bucal. A população estimada de Campina Grande, com base no censo 2010, era de 385.213 habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa da Paraíba e com o segundo maior PIB entre os municípios paraibanos.

De acordo com o *site* do DATA SUS, a população estimada de Campina Grande no mês de maio de 2014 era de 389.995 e um total de 97 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) já foram implantadas no município, o que promove uma estimativa de 334.650 pessoas cobertas, significando uma proporção de 85,81% de cobertura da ESF. Quanto às Equipes de Saúde Bucal (ESB) no município, estão implantadas 54, todas na modalidade I, não existindo no município ESB na modalidade tipo II. Algumas se encontram na proporção 1:1 (total de 32) e outras na proporção 1:2 (total de 22). Ao todo são 76 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal.

3.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

3.3.1 População

Pessoas com idade acima de 06 anos residentes na cidade de Campina Grande – PB.

3.3.2 Tamanho e seleção da amostra

Após a realização do cálculo amostral, verificou-se a necessidade de entrevistar 752 indivíduos. A técnica de seleção da amostra no primeiro estudo (ROCHA, 2009) foi em múltiplo estágio, seguindo o fluxo setores censitários→ domicílios→ indivíduos considerando as áreas cobertas pela ESF. Sendo os setores censitários considerados o primeiro estágio e os domicílios, com seus respectivos moradores, o segundo estágio.

Durante a etapa do estudo piloto foi feita a listagem dos bairros e setores censitários que compuseram a amostra do estudo preliminar, assim como, uma tentativa de se fazer o levantamento dos indivíduos entrevistados anteriormente para que pudessem participar novamente do estudo e viu-se a inviabilização da pesquisa dessa forma.

3.3.3 Critério de inclusão

Foram incluídos neste estudo todos os indivíduos cadastrados na Unidade de Saúde da Família do bairro de residência e com idade igual ou superior a 06 anos e residentes nos setores censitários sorteados no estudo preliminar. (ROCHA, 2009)

3.3.4 Critério de exclusão

Foram excluídos àqueles que não quiseram participar da pesquisa.

3.3.5 Critério de perda

Foram consideradas perdas os domicílios que foram encontrados fechados ou que permaneceram fechados após três (03) retornos consecutivos.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir da entrevista dos indivíduos residentes nos domicílios, determinados por amostra aleatória sistemática (alternados – sim/não), das ruas que foram sorteadas previamente (quarteirão), pertencentes aos setores censitários incluídos na amostra, tendo estes últimos, Unidades de Saúde pertencentes ao SUS (Estratégia Saúde da Família) em sua delimitação e/ou que fossem considerados cobertos pela ESF com ESB.

3.4.1 Abordagem aos participantes da pesquisa

Todos os indivíduos selecionados para fazer parte do estudo foram indagados se gostariam de participar da pesquisa. Em caso positivo, assinaram um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE que seguiu as normas da Resolução 466/2012 do

Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), permitindo sua inclusão na amostra. Para aqueles menores de idade, o TCLE foi assinado pelo responsável.

Foi garantido sigilo em relação à identificação dos participantes, no entanto, também foi avisado previamente que os dados da pesquisa seriam apresentados em Congressos, Encontros de pesquisa, jornais e/ou revistas científicas do país ou do exterior, obedecendo ao Código de Ética Odontológica.

Em todo momento da pesquisa foi utilizado pelos pesquisadores crachá de identificação junto aos informantes, possibilitando assim, maior segurança para os participantes da pesquisa de estar tratando com pessoas credenciadas para realizar o trabalho e facilitar a entrada dos pesquisadores no domicílio.

Durante todos os momentos do estudo (estudo piloto e pesquisa propriamente dita) os dados foram colhidos por pesquisadores ligados à Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), conforme plano de trabalho dos alunos vinculados à pesquisa. Em todos os bairros onde a investigação foi realizada, um contato prévio com as Equipes da ESF foi feito, no intuito de apresentar o trabalho proposto, reconhecimento da área a ser investigada e disponibilidade do acesso dos entrevistadores ao local da pesquisa. Para tanto, uma carta de anuência (ANEXO A) foi solicitada à Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande (SMS-CG) no sentido de facilitar o trabalho dos pesquisadores junto às equipes da ESF.

3.4.2 Técnica utilizada

A técnica foi a de observação direta intensiva através de formulário (entrevista padronizada ou estruturada). A entrevista e o uso do formulário apresentam a vantagem de serem utilizados com todos os segmentos da população: alfabetizados ou não (LAKATOS; MARCONI, 1996). Foram abordados durante a entrevista aspectos relativos às variáveis independentes (condições sócio, econômicas e demográficas, relato de dor de dente nos últimos seis (06) meses, entre outras) e questões relativas ao acesso a serviços de Saúde Bucal.

Os dados acima, quando referentes a indivíduos na faixa etária de 6 a 10 anos, foram respondidos pelos seus pais ou responsáveis. Os demais indivíduos foram responsáveis pela informação prestada.

3.4.3 Instrumento de coleta de dados

Para este estudo foi utilizado um formulário adaptado a partir da agregação de formulários previamente validados: PNAD- 2003 (IBGE, 2005), instrumento utilizado por Goes (2001) e QASSaB (FERNANDES, 2002) (ANEXO C)

3.4.5 Elenco das variáveis

- Variáveis Dependentes

- a) Acesso à Saúde Bucal;

O acesso à Saúde Bucal foi estabelecido a partir dos indivíduos que responderam ter consultado o dentista nos últimos (02) dois anos.

Considerando o debate em torno do conceito de utilização/acesso aos serviços de saúde; estabeleceu-se, a partir desta variável, uma nova variável onde foi considerada além da utilização de serviços odontológicos, medida através da variável anterior, a participação em ações de promoção de saúde, tais como: ter participado de alguma reunião, palestra com o tema Saúde Bucal, ter recebido algum Kit de escovação dentária, ter sido orientado quanto à escovação ou uso do flúor, ou ainda, ter recebido a visita domiciliar de algum dentista, auxiliar de saúde bucal ou agente comunitário de saúde abordando questões do autocuidado em saúde bucal ou ambas situações (ações de Promoção e utilização de serviços odontológicos).

O período dos (02) dois últimos anos foi estabelecido considerando o tempo de referência utilizado no estudo anterior desenvolvido no município de Campina Grande – PB (ROCHA, 2009).

- b) Acesso Efetivo;

Para o presente estudo foi utilizado o conceito de acesso efetivo com base no modelo de Andersen (1995) o qual define acesso efetivo como um domínio mais abrangente, que inclui o processo de cuidado. Diz respeito à utilização de serviços de saúde que leva a satisfação do usuário, com a consequente melhoria da qualidade da sua saúde. Em outras palavras, não basta apenas utilizar o serviço, precisa ter continuidade da atenção, estar satisfeito, criar vínculo.

O grau de satisfação do usuário, que caracteriza o acesso efetivo aos serviços públicos de saúde bucal, é obtido através de uma sub-amostra, retirada daqueles que utilizaram os serviços públicos nos últimos (02) dois anos.

A transformação das dimensões do Questionário de Avaliação da Satisfação com os Serviços Públicos de Saúde Bucal (QASSaB) foi realizada para compor uma variável

contínua de satisfação do usuário para avaliar o **Acesso Efetivo aos Serviços Públicos de Saúde Bucal**, comparando serviços tradicionais com a ESF.

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Acesso à Saúde Bucal.	Acesso a ações de Promoção de Saúde, como: reuniões, palestras, recebimento de Kits de escovação dentária, visita domiciliar do CD, ASB ou ACS e/ou a entrada do usuário ao serviço odontológico.	Instrumento utilizado na PNAD 2003 e por (GOES, 2001) e posteriormente transformado nas seguintes categorias: (1) Não teve acesso (2) Acesso às ações de Promoção (3) Utilização de serviço/assistência odontológica (4) Acesso amplo às ações de Saúde Bucal
Satisfação do usuário com o serviço público de saúde bucal.	Opinião relatada pelo usuário com relação aos serviços de saúde bucal oferecidos.	(QASSaB) Questionário de Avaliação da Satisfação dos Usuários com serviços públicos de Saúde Bucal.

Quadro 1 – Variáveis dependentes, definição e operacionalização.

Fonte: Pesquisa direta.

- Variáveis Independentes

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Sexo	Distinção dos seres vivos em relação à função reprodutora.	1 – Masculino 2 – Feminino
Idade	Anos completos no período do estudo.	1- Crianças em idade escolar (06 a 14 anos) 2- Adolescentes e adultos jovens (15 a 24 anos) 3- Adultos em fase reprodutiva (25 a 49 anos) 4- Adultos (50 a 64 anos) 5- Idosos (65 anos ou mais)
Estado Marital	De acordo com a legislação pertinente do código civil brasileiro vigente.	1 - Solteiro (não mora com ninguém) 2 - Casado (mora com alguém) 3 - Divorciado/ separado 4 – Viúvo
Residência/Distrito Sanitário	Distrito Sanitário da residência do entrevistado.	Distrito I Distrito II Distrito III Distrito IV Distrito V Distrito VI
Renda*	Proventos recebidos.	0- Não se aplica 1- Até 1 Salário Mínimo 2- 1 Salário Mínimo 3- 2 Salários Mínimos 4- 3 ou mais Salários Mínimos 5- Não tem renda
Cadastro em Programa de Renda Mínima	O indivíduo possui cadastro em algum programa de renda mínima.	1 – Sim 2 – Não
Escolaridade	Grau de instrução no período.	1 – Não sabe ler ou escrever (analfabeto) 2 – 1º grau incompleto 3 – 1º grau completo 4 – 2º grau incompleto 5 – 2º grau completo 6 – Universidade incompleta 7 – Universidade completa 8 – Pós-graduação 9 – Não sei
Tipo de serviço	Classificação do serviço ofertado.	1- Particular 2- Plano de Saúde/ Convênio

		3- Público (no PSF-USF) 4- Público (no Centro de Saúde) 5- Público (na UBS) 6- Público (na Faculdade de Odontologia) 7- Público no Hospital Universitário (HU) 8- Público (outros: carro móvel, campanhas políticas). 9- Não sei, não lembro.
Episódio de dor de dente na vida e nos últimos seis (06) meses.	Prevalência de dor de dente alguma vez na vida e nos últimos seis (06) meses.	1- Sim 2- Não Severidade da dor nos últimos seis (06) meses. 1 = leve; 2 = desconfortável; 3 = estressante; 4 = intolerável; 5 = horrível.
Autopercepção de saúde bucal	Condição referida pelo indivíduo em relação à sua saúde bucal	1-Excelente 2-Muito Boa 3 - Boa 4- Mais ou menos 5- Ruim

* Salário mínimo (SM) R\$ 678,00

Quadro 2 – Variáveis independentes, definição e operacionalização.

Fonte: Pesquisa direta

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20.0. Este trabalho apresenta a etapa descritiva da análise, na qual foram feitas as distribuições de frequência das variáveis dos diversos instrumentos utilizados na pesquisa PNAD- 2003 (IBGE, 2005), (GOES, 2001) e QASSaB (FERNANDES, 2002). (ANEXO C)

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) com o parecer favorável sob o CAAE 20260313.1.0000.5187 (ANEXO B).

Segundo Pereira (2003), normalmente, os levantamentos se enquadram na modalidade de risco mínimo de acordo com a Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012), havendo a necessidade de se obter um termo de consentimento por parte do sujeito ou responsável. (ANEXO D)

Os participantes do estudo foram entrevistados, garantindo o sigilo da informação e foi desautorizada qualquer forma de coação ou pressão pela participação voluntária por parte desse indivíduo.

4 RESULTADOS

O estudo constou de uma amostra de 753 indivíduos, obtendo-se uma perda de 3,9% (30), referentes às residências que se encontravam fechadas após três (03) visitas consecutivas. A amostra final (n) foi constituída por 723 respondentes.

4.1 FASE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

4.1.1 Descrição das Variáveis Independentes

Após análise da amostra estudada, foi observado que em relação ao sexo 547 pessoas eram do sexo feminino (75,7%). Quanto à idade foi visto que o valor mínimo foi 06 anos e o valor máximo foi 95 anos. A maior parte da amostra 37,7% (275 indivíduos) estava na faixa etária correspondente a “Adultos em fase reprodutiva”, ou seja, entre 25 e 49 anos. Com relação ao estado civil (marital) dos entrevistados, obteve-se um total de 372 (51,5%) casados ou com “união estável”, somando-se os solteiros, divorciados/separados ou desquitados e viúvos obteve-se 351 (48,5%). (Tabela 1)

Em relação aos indicadores sócio econômicos, observou-se que 28,2% da população investigada não apresenta renda, 42,5% apresenta renda individual de até um (01) salário mínimo, e apenas 4,3% dos entrevistados apresentam renda superior a três (03) ou mais salários. Sem contar com os indivíduos menores de idade em que “não se aplica” o questionamento de possuir renda fixa, que neste estudo foi de 18,5%. (Tabela 1)

O nível de escolaridade em sua maioria (65,6%) é formado por pessoas sem escolaridade (analfabetas) ou ainda com menos de sete (07) anos de estudo (Ensino fundamental/ 1º Grau incompleto) (Tabela 1). Apenas (9,5%) faz Universidade ou possui Pós-Graduação. No que se refere à moradia 71,5% possui casa própria ou financiada (em aquisição) (Tabela 2).

TABELA 1- Frequência e percentual das variáveis independentes (Sexo, Idade, Estado Marital, Renda do Respondente, Renda Familiar, Escolaridade) Campina Grande/ PB – 2013/2014.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	TOTAL	
	N	%
Sexo		
1- Masculino	176	24,3
2- Feminino	547	75,7
TOTAL	723	100
Idade Categorizada		
1- Crianças em idade escolar (06 a 14 anos)	96	13,3
2- Adolescentes e adultos jovens (15 a 24 anos)	91	11,8
3- Adultos em fase reprodutiva (25 a 49 anos)	275	37,7
4- Adultos (50 a 64 anos)	157	20,4
5- Idosos (65 anos ou mais)	104	13,5
TOTAL	723	100
Estado Marital		
1- Solteiro/ Não mora com ninguém	244	33,7
2- Casado / Mora com alguém	372	51,5
3- Divorciado	43	5,9
4- Viúvo	64	8,9
TOTAL	723	100
Renda do Respondente Categorizada		
0- Não se aplica	134	18,5
1- Até 1/2 SM*	90	12,5
2- 1 SM*	217	30,0
3- 2 SM*	47	6,5
4- 3 ou mais SM*	31	4,3
5- Não tem renda	204	28,2
TOTAL	723	100
Escolaridade Categorizada		
1- Não sabe ler ou escrever/ analfabeto/ não sabia informar ou não respondeu	53	7,5
2- Até o 1º grau completo	408	58,1
3- Até o 2º grau completo	175	24,9
4- Universitário ou Pós-graduação	66	9,5
TOTAL	723	100

Fonte: Pesquisa Direta

TABELA 2- Frequência e percentual das variáveis independentes (Residência/Distrito Sanitário/Local de moradia, Casa/Tipo de Moradia) Campina Grande/ PB – 2013/2014.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	TOTAL	
	N	%
Residência/ Local de moradia/ Distrito Sanitário		
1- Distrito I	121	16,7
2- Distrito II	126	17,4
3- Distrito III	126	17,4
4- Distrito IV	100	13,8
5- Distrito V	119	16,5
6- Distrito VI	131	18,2
TOTAL	723	100
Casa/ Tipo de Moradia		
1- Alugada	127	17,6
2- Emprestada	56	7,7
3- Cedida	23	3,2
5- Própria	495	70,0
6- Própria/ Financiada	11	1,5
TOTAL	723	100

Quando perguntado pela saúde dos dentes e da boca, ou seja, a autopercepção da saúde bucal, 380 indivíduos (52,6%) responderam que a saúde bucal estava comprometida, isto é, apresentava-se “mais ou menos” ou “ruim”. Em relação à satisfação com a aparência dos dentes, 214 (29,6%) consideraram-se “insatisfeitos”. Quanto ao fato de sentir dor de dente alguma vez na vida, 584 (80,7%) já tiveram algum episódio de dor de dente na vida. Uma minoria não sentiu dor de dente alguma vez na vida e dentre os que já sentiram dor, 108 pessoas (18,8%) sentiu nos últimos seis meses (06) meses. O grau de severidade desta dor prevaleceu nas categorias “desconfortável” (27 pessoas – 25,0%) e “horível” (36 pessoas – 33,4%).

TABELA 3 – Frequência e percentual das variáveis independentes (Saúde dos dentes e da boca/ autopercepção da saúde bucal, Satisfação com aparência dos dentes, Dor de dente na vida, Dor de dente nos últimos seis (06) meses, Severidade da dor) Campina Grande/ PB – 2013/2014

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	TOTAL	
	N	%
Saúde dos dentes e da boca (Autopercepção de Saúde Bucal)		
1- Excelente	31	4,3
2- Muito Boa	44	6,1
3- Boa	268	37,1
4- Mais ou menos	279	38,6
5- Ruim	101	14,0
TOTAL	723	100
Satisfação com a aparência dos dentes		
1- Muito Satisfeito	21	2,9
2- Satisfeito	268	37,1
3- Aceitável	220	30,4
4- Insatisfeito	214	29,6
TOTAL	723	100
Dor de dente na vida (morbidade referida)		
1- Sim	584	80,7
2- Não	135	18,7
3- Não sei/ Não me lembro	4	0,6
TOTAL	723	100
Dor de dente nos últimos seis meses		
1- Sim	108	18,8
2- Não	473	80,8
3- Não sei/ Não me lembro	3	0,4
BASE	584	100
Severidade da dor		
1- Leve	12	11,1
2- Desconfortável	27	25,0
3- Estressante	20	18,5
4- Horrível	36	33,4
5- Intolerável	13	12,0
BASE	108	100

Fonte: Pesquisa Direta

4.1.2 Descrição da demanda aos serviços odontológicos/Utilização dos serviços de saúde

Dos 733 entrevistados 396 (54,8%) precisaram utilizar o serviço odontológico no período dos dois últimos anos, tendo 63,4%, considerado o atendimento recebido como “bom” e 19,9% “muito bom”, totalizando 330 indivíduos (83,3%). Quando perguntados se as

necessidades foram plenamente satisfeitas 76,1% afirmaram estar “satisfeito”, “muito satisfeito” ou “totalmente satisfeito” com o atendimento recebido.

Daqueles que não procuraram o serviço 56,9% afirmaram não tê-lo feito por não existir necessidade e 12,5% porque o local do atendimento era distante ou de difícil acesso. Outros motivos citados foram principalmente medo de ir ao dentista, ou que não tinha com quem deixar os filhos, netos ou idosos para ir ao serviço de saúde.

TABELA 4 –Frequência e percentual das variáveis independentes (Utilização do serviços odontológicos, Avaliação do atendimento recebido, Avaliação das necessidades de saúde, Motivo para não procurar o serviço) Campina Grande/PB – 2013/2014

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	TOTAL	
	N	%
Utilização dos serviços odontológicos		
1- Sim	396	54,8
2- Não	327	45,2
TOTAL	723	100
Avaliação do atendimento recebido		
1- Muito bom	79	19,9
2- Bom	251	63,4
3- Regular	49	12,4
4- Ruim	13	3,3
5- Muito ruim	4	1,0
BASE	396	100
Avaliação das necessidades em saúde		
1- Insatisfeitas	40	10,1
2- Um pouco satisfeitas	55	13,9
3- Satisfeitas	245	61,9
4- Muito Satisfeitas	36	9,1
5- Totalmente Satisfeitas	20	5,1
BASE	396	100
Motivo para não procurar o serviço		
1- Não houve necessidade	186	56,9
2- Não tinha dinheiro	18	5,5
3- Local distante/ Difícil acesso	41	12,5
4- Dificuldade de transporte	0	0
5- Horário Incompatível	13	4,0
6- Atendimento muito demorado	5	1,5
7- Não possuía especialista	2	0,6
8- Achou que não tinha direito	0	0
9- Não tinha quem o acompanhasse	1	0,3
10- Não gostava dos profissionais	3	0,9
11- Greve nos serviços de saúde	3	0,9
12- Outro motivo	55	16,8
BASE	327	100

Fonte: Pesquisa Direta

4.1.3 Qualificação do acesso aos serviços odontológicos/ saúde bucal

Foram investigados os indivíduos que tiveram acesso a alguma palestra, reunião em que fossem enfocados temas sobre saúde bucal, tendo sido verificando um percentual de 59,2% daqueles que afirmaram ter participado de um momento como este.

Quando questionados sobre o recebimento de algum kit de escovação dentária (creme dental e/ou escova), ou algum material educativo (folder), ou ainda, se participaram de alguma atividade de aplicação tópica de flúor (ATF) 43,2% (312 indivíduos) responderam positivamente ao questionamento.

Avaliou-se ainda se o indivíduo havia recebido orientações sobre cuidados com a Saúde Bucal. Verificou-se que 90 indivíduos (12,4%) haviam recebido tal visita. (Tabela 5)

TABELA 5- Frequência e percentual das variáveis independentes (Acesso à palestra, reunião com o tem SB; Acesso a Kits de escovação, material educativo ou ATF; Visita do ACS, ASB ou CD com orientações sobre SB) Campina Grande/PB – 2013/2014

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	TOTAL	
	N	%
Acesso à palestra, reunião com o tema SB		
1- Sim	428	59,2
2- Não	292	40,4
3- Não sei/ Não me lembro	3	0,4
TOTAL	723	100
Acesso a Kits de escovação, material educativo ou ATF		
1- Sim	312	43,2
2- Não	411	56,8
3- Não sei/ Não me lembro	0	0
TOTAL	723	100
Visita do ACS, ASB ou CD com orientação de SB		
1- Sim	90	12,4
2- Não	628	86,9
3- Não sei/ Não me lembro	5	0,7
TOTAL	723	100

Fonte: Pesquisa Direta

4.1.4 Descrição da demanda aos serviços odontológicos

Evidenciou-se que 22 pessoas (3,1%) nunca foram ao cirurgião-dentista e 296 pessoas (40,9%) só visitaram o cirurgião-dentista há três (03) ou mais anos. Em relação ao tipo de serviço odontológico utilizado, o percentual de indivíduos que procuraram o serviço público, 336 (49,3%) foi menor do que os que procuraram cirurgiões-dentistas particulares ou de convênios/planos de saúde 355 (50,6%). Daqueles que utilizaram o serviço público, 39,8% (279 indivíduos) teve acesso ao cirurgião-dentista da USF, enquanto que apenas 57 (8,1%) usaram o serviço odontológico público de outros setores, como: Centros de saúde, Unidades

Básica de Saúde, Faculdade de Odontologia, Hospital Universitário, outros serviços sem ônus, como: carros móveis, campanhas políticas.

TABELA 6 – Frequência e percentual da variável dependente (Última visita ao dentista/Acesso a serviços odontológicos e cirurgião-dentista que geralmente usa/ Tipo de serviço) Campina Grande/PB – 2013/2014

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	TOTAL	
	N	%
Última visita ao Cirurgião-dentista/ Acesso aos serviços odontológicos		
1- Menos de 1 ano	305	42,2
2- 1 a 2 anos	100	13,8
3- 3 anos ou mais	296	40,9
4- Nunca foi ao dentista	22	3,1
TOTAL	723	100
Cirurgião-dentista que geralmente usa (tipo de serviço)		
1- Particular	355	50,6
2- Público na USF	279	39,8
3- Público outros	57	8,1
4- Não sabe/ Não lembra	10	1,4
BASE	701	100

Fonte: Pesquisa Direta

4.2 FASE DESCRITIVA DO ACESSO EFETIVO

4.2.1 Grau de Satisfação do usuário com os serviços públicos de Saúde Bucal

O grau de satisfação do usuário, que caracteriza o acesso efetivo aos serviços públicos de saúde bucal, foi obtido através de uma sub-amostra, retirada daqueles que utilizaram os serviços públicos e o fizeram a menos de (02) anos, totalizando nesta sub-amostra 153 respondentes. Desta forma os seguintes resultados foram observados na dimensão disponibilidade:

Em relação à obtenção de uma ficha ou vaga para o atendimento, 60 pessoas (39,2%) acharam “difícil” ou “muito difícil”. No que se refere ao intervalo de marcações de consulta, apenas 46 pessoas (30,0%) responderam que é “longo” ou “muito longo”. Perguntados quanto ao tempo de espera 74 (48,4%) respondentes afirmaram ser “curto” ou “muito curto”. (Tabela 7).

TABELA 7 – Distribuição da frequência de resposta dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a **Disponibilidade destes serviços**. Campina Grande/ PB 2013-2014

DIMENSÃO 1: Disponibilidade dos serviços	TOTAL	
	N	%
Obtenção de vagas/fichas		
0- Não se aplica	1	0,7
1- Muito difícil	17	11,1
2- Difícil	43	28,1
3- Nem difícil nem fácil	28	18,3
4- Fácil	61	39,9
5- Muito fácil	4	2,6
9- Não respondeu	0	0
TOTAL	153	100
Intervalo de marcações de consultas		
0- Não se aplica	1	0,7
1- Muito longo	19	12,4
2- Longo	27	17,6
3- Nem longo nem curto	22	14,4
4- Curto	69	45,1
5- Muito curto	15	9,8
TOTAL	153	100
Tempo de espera		
0- Não se aplica	1	0,7
1- Muito longo	13	8,5
2- Longo	33	21,6
3- Nem longo nem curto	33	21,6
4- Curto	61	39,9
5- Muito curto	13	8,5
TOTAL	153	100

Fonte: Pesquisa Direta

Em relação à Resolutividade do problema e a satisfação com o tratamento recebido, 105 pessoas (68,6 %) tiveram seus problemas resolvidos ou muito bem resolvidos. Quanto à satisfação com a aparência dos dentes tratados 68 indivíduos (44,5%) ficou “satisfeito”, “muito satisfeito” ou “totalmente satisfeito”. Já em relação à capacidade mastigatória, os que responderam estarem “satisfeito” representaram apenas 33,1% da amostra. (Tabela 8).

TABELA 8: Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a **Resolutividade destes serviços**. Campina Grande/PB- 2013/2014

DIMENSÃO 2: Resolutividade	TOTAL	
	N	%
Forma como foi resolvido o problema que trouxe à unidade		
0- Não se aplica	1	0,7
1- Não resolvido	19	12,6
2- Mal resolvido	5	3,3
3- Mais ou menos resolvido	23	15,2
4- Resolvido	80	53
5- Muito bem resolvido	23	15,2
TOTAL	153	100
Satisfação com a aparência dos dentes tratados		
0- Não se aplica	48	31,8
1- Insatisfeito	16	10,6
2- Um pouco satisfeito	20	13,2
3- Satisfeito	56	37,1
4- Muito satisfeito	8	5,3
5- Totalmente satisfeito	3	2
TOTAL	153	100
Satisfação com o tratamento de dentes posteriores/ capacidade de mastigação		
0- Não se aplica	64	42,4
1- Insatisfeito	18	11,9
2- Um pouco satisfeito	10	6,6
3- Satisfeito	50	33,1
4- Muito satisfeito	4	2,6
5- Totalmente satisfeito	5	3,3
TOTAL	153	100

Fonte: Pesquisa Direta

Quanto à limpeza dos ambientes, 133 respondentes (87%) afirmaram que a limpeza da recepção/ Sala de espera estava “boa” ou “excelente”. A limpeza do consultório/clínica foi considerada “boa” ou “excelente” por 88,2% dos respondentes. Já o banheiro não é muito utilizado pelos entrevistados e dos que chegaram a utilizá-lo apenas 20,9% (32 respondentes) consideraram a limpeza boa. No aspecto conforto ou bem estar nos serviços de saúde, 61,4% considerou “confortável”, “muito confortável” ou “totalmente confortável”. (Tabela 9)

TABELA 9: Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a **Limpeza e conforto dos ambientes destes serviços**. Campina Grande/PB- 2013/2014

DIMENSÃO 3: Ambiente físico e serviço de limpeza	TOTAL	
	N	%
Limpeza da recepção/ Sala de espera		
0- Não se aplica	2	1,3
1- Péssima	2	1,3
2- Ruim	0	0
3- Regular	16	10,5
4- Boa	91	59,5
5- Excelente	42	27,5
TOTAL	153	100
Limpeza do consultório/ Clínica		
0- Não se aplica	2	1,3
1- Péssima	1	0,7
2- Ruim	1	0,7
3- Regular	14	9,2
4- Boa	97	63,4
5- Excelente	38	24,8
TOTAL	153	100
Limpeza dos Banheiros		
0- Não se aplica	92	60,1
1- Péssima	2	1,3
2- Ruim	1	0,7
3- Regular	15	9,8
4- Boa	32	20,9
5- Excelente	11	7,2
9- Não respondeu	0	0
TOTAL	153	100
Conforto neste serviço		
0- Não se aplica	2	1,3
1- Desconfortável	20	13,1
2- Um pouco confortável	37	24,2
3- Confortável	83	54,2
4- Muito confortável	5	3,9
5- Totalmente confortável	6	4
TOTAL	153	100

Fonte: Pesquisa Direta

Uma dimensão importante avaliada na pesquisa foi a relação estabelecida entre os profissionais que trabalhavam nestes serviços (incluindo-se médicos, enfermeiros, auxiliares, assistentes sociais, recepcionistas, psicólogos) e os usuários (Tabela 9). Nesta dimensão os

índices de satisfação foram bastante favoráveis, como pode ser visto pela atenção recebida pela recepção dos serviços, classificada como boa ou excelente por 71,2 % dos usuários. A atenção recebida pelos demais profissionais (médicos, enfermeiros...) foi avaliada como boa ou excelente por 86,3% dos entrevistados que responderam. A qualidade das informações recebidas foi identificada como boa ou excelente por 82,6% dos que responderam a essa pergunta. (Tabela 10).

TABELA 10: Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo as **Relações humanas dos profissionais/usuários destes serviços**. Campina Grande/PB – 2013/2014

DIMENSÃO 4: Relações humanas (Profissionais de saúde/Usuários)	TOTAL	
	N	%
Atenção recebida da recepção do serviço		
0- Não se aplica	1	0,7
1- Péssima	10	6,5
2- Ruim	4	2,6
3- Regular	29	19
4- Boa	68	44,4
5- Excelente	41	26,8
TOTAL	153	100
Atenção recebida dos outros profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais)		
0- Não se aplica	58	37,9
1- Péssima	2	1,3
2- Ruim	6	3,9
3- Regular	6	4
4- Boa	51	33,3
5- Excelente	31	20,3
TOTAL	153	100
Qualidade das informações recebidas		
0- Não se aplica	55	35,9
1- Péssima	1	0,7
2- Ruim	3	2
3- Regular	13	8,5
4- Boa	55	35,9
5- Excelente	26	17,0
TOTAL	153	100

Fonte: Pesquisa Direta

Na dimensão Relações humanas, avaliada na interação Cirurgião-dentista e usuários, a resposta foi que apenas 20 pessoas (13,4%) consideraram tal relação péssima ou regular. O nível de confiança no profissional foi excelente ou bom para 121 dos usuários (79,1%).

TABELA 11: Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo as **Relações humanas do Cirurgião-dentista/Usuários destes serviços**. Campina Grande/PB – 2013/2014

DIMENSÃO 5: Relações humanas (Cirurgião Dentista/Usuários)	TOTAL	
	N	%
Atenção/tratamento recebido pelo cirurgião-dentista		
0- Não se aplica	0	0
1- Péssima	1	0,7
2- Ruim	3	2
3- Regular	16	10,5
4- Boa	74	48,4
5- Excelente	59	38,6
TOTAL	153	100
Grau de confiança no profissional		
0- Não se aplica	2	1,3
1- Péssima	2	1,3
2- Ruim	7	4,6
3- Regular	21	13,7
4- Boa	79	51,6
5- Excelente	42	27,5
TOTAL	153	100

Fonte: Pesquisa Direta

Quando a dimensão Atualização/Qualidade técnico-científica dos equipamentos foi analisada, (56,9%) 87 indivíduos afirmaram ser “moderno” ou “supermodernos”. A manutenção/conservação dos equipamentos odontológicos foi considerada “boa” ou “excelente” por 66,0% (101 pessoas). (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a **Qualidade técnico-científica dos equipamentos destes serviços**. Campina Grande/PB – 2013/2014

DIMENSÃO 6: Qualidade técnico-científica	TOTAL	
	N	%
Atualização tecnológica dos equipamentos		
0- Não se aplica	8	5,2
1- Ultrapassados	3	2
2- Desatualizados	9	5,9
3- Nem uma coisa nem outra	46	30,5
4- Modernos	84	54,9
5- Super modernos	3	2
TOTAL	153	100
Conservação/manutenção dos equipamentos odontológicos		
0- Não se aplica	9	5,9
1- Péssima	5	3,3
2- Ruim	6	3,9
3- Regular	32	20,9
4- Boa	93	60,8
5- Excelente	8	5,2
TOTAL	153	100

Fonte: Pesquisa Direta

A eficiência dos serviços de saúde foi analisada no que se refere à dificuldade para a realização do tratamento em função dos recursos gastos com transporte, taxas, medicações, entre outros. Em relação à qualidade do tratamento recebido, 66% (101 pessoas) afirmaram que “valeu muito a pena” ou “valeu até demais” (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a **Eficiência do tratamento destes serviços**. Campina Grande/PB – 2013/2014

DIMENSÃO 7: Eficiência	TOTAL	
	N	%
Valeu a pena (mesmo com gastos em transportes...)		
0- Não se aplica	5	3,3
1- Não valeu a pena	7	4,6
2- Pouquíssimo	16	10,5
3- Mais ou menos	24	15,7
4- Muito	94	61,4
5- Até demais	7	4,6
TOTAL	153	100

Fonte: Pesquisa Direta

Os fatores avaliados na dimensão Eficácia foram: uso de equipamentos de Proteção Individual (EPI's) pelos cirurgiões-dentistas, tendo como resultado 146 pessoas (95,6%) citando que estes equipamentos “sempre” eram usados por este profissional durante os atendimentos. A maioria dos usuários afirma que os cirurgiões-dentistas fazem uso das medidas de biossegurança.

No item desconforto durante a extração/exodontia, 42 pessoas (27,5%) declararam não ter sentido nada. Um percentual relativamente elevado 66% (101 pessoas) afirmou não ter realizado este tipo de procedimento (exodontia) ao utilizar o serviço de saúde.

Quanto ao grau de desconforto sentido nos demais tratamentos (restaurações e raspagens) foi verificado que 53% afirmaram ter sentido muito pouco desconforto ou nenhum desconforto. Foi investigado também se alguma restauração ficou alta ou arranhando. Neste questionamento, 46,4% “não sentiu nada” ou “sentiu muito pouco desconforto”. Quanto ao fato do Cirurgião-dentista ensinar a prevenir doenças bucais o percentual de respostas para as afirmativas “sempre”, “quase sempre” e “às vezes” foi de 71,9% (110). Apesar disso, o percentual de profissionais que “nunca” ou “raramente” fazem referência durante a consulta sobre a temática prevenção de doenças bucais foi um pouco elevado, tendo sido encontrado um total de 42 indivíduos (27,5%) dos usuários a citar tal fato. (Tabela 14).

TABELA 14: Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a **Eficácia do tratamento destes serviços**. Campina Grande/PB – 2013/2014

DIMENSÃO 8: Eficácia	TOTAL	
	N	%
Uso de Equipamentos de proteção individual (EPI's) pelo cirurgião-dentista		
0- Não se aplica	0	0
1- Às vezes	0	0
2- Não me lembro	2	1,3
3- Quase sempre	5	3,3
4- Sempre	146	95,4
TOTAL	153	100
Desconforto durante extração		
0- Não se aplica	101	66,0
1- Senti total desconforto	0	0
2- Senti muito desconforto	1	0,7
3- Senti desconforto	5	3,3
4- Senti muito pouco desconforto	4	2,6
5- Não senti nada	42	27,5
TOTAL	153	100
Desconforto durante restauração e/ou raspagem		
0- Não se aplica	55	36,6
1- Senti total desconforto	2	1,3
2- Senti muito desconforto	5	3,3
3- Senti desconforto	9	5,9
4- Senti muito pouco desconforto	20	13,1
5- Não senti nada	61	39,9
TOTAL	153	100
Após restauração sentiu desconforto		
0- Não se aplica	70	45,0
1- Senti total desconforto	2	1,3
2- Senti muito desconforto	2	1,3
3- Senti desconforto	8	5,2
4- Senti muito pouco desconforto	10	6,5
5- Não senti nada	61	39,9
TOTAL	153	100
Cirurgião-dentista ensina a prevenir doenças bucais		
0- Não se aplica	1	0,7
1- Nunca	33	21,6
2- Raramente	9	5,9
3- Às vezes	13	8,5
4- Quase sempre	4	2,6
5- Sempre	93	60,8
TOTAL	153	100

Fonte: Pesquisa Direta

Em relação à dimensão Equidade, os usuários afirmaram que suas necessidades de Saúde Bucal foram “igualmente atendidas” em 35,3% dos entrevistados e, percentual semelhante foi encontrado para os que responderam que são “diferentemente atendidas”. (Tabela 15).

TABELA 15: Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a **Equidade do tratamento destes serviços**. Campina Grande/PB – 2013/2014

DIMENSÃO 9: Equidade	TOTAL	
	N	%
Equidade do Atendimento (necessidades de saúde bucal igualmente atendida)		
0- Não se aplica	2	1,3
1- Não são atendidas	2	1,3
2- Diferentemente atendidas	53	34,6
3- Não me lembro	37	24,2
4- Parcialmente atendidas	5	3,3
5- Igualmente atendidas	54	35,3
9- Não respondeu	0	0
TOTAL	153	100

Fonte: Pesquisa Direta

Na dimensão Aceitabilidade, investigou-se o fato de o Profissional explicar ao usuário qual o tratamento mais adequado e mais correto a ser indicado e se este profissional buscava saber a opinião do usuário quanto ao melhor horário para a realização do seu tratamento (conveniência do indivíduo). Assim, esta dimensão buscou avaliar a aceitabilidade do usuário quanto ao tratamento indicado, se ele participa/opina durante a realização dos procedimentos e como se dava esta interação com o profissional. Foi verificado que 103 indivíduos (68,2%) afirmaram que o profissional “sempre explica tudo” e “na maioria das vezes explica”. No que se refere à opinião do horário, 40,6% (62 pessoas) teve sua opinião consultada sobre o melhor horário ou conveniência para o atendimento “sempre” ou “na maioria das vezes”. (Tabela 16).

TABELA 16: Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a **Aceitabilidade dos usuários destes serviços**. Campina Grande/PB – 2013/2014

DIMENSÃO 10: Aceitabilidade	TOTAL	
	N	%
Explicações sobre tratamento mais adequado		
0- Não se aplica	1	0,7
1- Nunca me explica nada	37	24,2
2- Raras vezes me explica	4	2,6
3- Não me lembro	6	3,9
4- Na maioria das vezes me explica	3	2,0
5- Sempre me explica tudo	100	66,2
TOTAL	153	100
Profissional pede opinião sobre melhor horário		
0- Não se aplica	1	0,7
1- Nunca pede minha opinião	82	53,6
2- Raras vezes pede minha opinião	6	3,9
3- Não me lembro	2	1,3
4- Na maioria das vezes pede minha opinião	3	2
5- Sempre pede minha opinião	59	38,6
TOTAL	153	100

Fonte: Pesquisa Direta

5 DISCUSSÃO

Nessa primeira etapa, foram analisadas apenas as variáveis independentes e, semelhante ao estudo preliminar de Rocha (2009), há um maior percentual de mulheres entrevistadas. As mulheres em população de baixa renda, como nesse caso, permanecem mais tempo em casa e suas atividades são geralmente os afazeres domésticos. (ROCHA, 2009).

Em relação à renda familiar, mais da metade dos entrevistados não possuía renda ou afirmava receber até um (01) salário mínimo. Em contrapartida, o percentual de indivíduos que utilizava o serviço particular correspondeu a quase metade da amostra. Isso pode demonstrar que, embora as pessoas não possuam condições financeiras para utilizar o serviço particular, pode-se sugerir que os usuários não possuem confiança nos serviços públicos disponíveis ou não tiveram acesso a eles, tendo que recorrer a outro tipo de serviço. Outrossim, isso revela um novo padrão de atendimento em clínicas do tipo Populares, cujos orçamentos são menos onerosas, portanto, mais acessíveis a esse tipo de população. (MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2006).

Mais da metade da amostra desse estudo considerou algum grau de comprometimento em relação a sua saúde bucal, considerando-a entre “mais ou menos” ou “ruim”. Valores muito semelhantes foram vistos no SBBrasil 2010 para a região Nordeste (BRASIL, 2010b). As condições de vida e de trabalho podem influenciar na forma de pensar, sentir e agir em relação a sua saúde. (ARAUJO et al, 2009). Alguns estudos mostram que indivíduos que possuem baixa renda e baixo nível de escolaridade apresentam maior prevalência de impactos negativos na saúde bucal, justificados pelo estilo de vida e pelo acesso a informações sobre cuidados de saúde. (ARAUJO et al 2009; GOMES; ABEGG, 2007). Resultado semelhante foi encontrado se compararmos esses dados ao estudo de Rocha (2009).

A maioria dos indivíduos entrevistados afirmou que o atendimento recebido era muito bom ou bom e que as necessidades estavam sendo satisfeitas. Houve uma melhora se comparamos com o estudo de Rocha (2009) na qualidade dos serviços, mesmo aqueles que afirmaram utilizar o serviço público. A qualidade dos serviços referida pelos usuários geralmente representa o grau de confiança e empatia pelos profissionais e pela clareza em esclarecer dúvidas. (FADEL; REGIS FILHO, 2009; LAS CASAS, 1999).

A visita domiciliar é atividade importante e obrigatória de todos os profissionais das Equipes de Saúde da Família, inclusive do Cirurgião-dentista. Esse tipo de prática rompe com um modelo de saúde que funciona dentro de quatro paredes, estendendo as práticas para além

dos muros dos serviços. Dessa forma, as famílias passam a ser consideradas dentro do espaço-domicílio das famílias e comunidades. (GIACOMOZZIL; LACERDA, 2006). No entanto, esse estudo demonstrou que essa prática ainda não está sendo adotada pelos profissionais, tendo em vista o que foi relatado pela população entrevistada.

O grau de satisfação do usuário com o serviço público nesta pesquisa foi avaliada através da disponibilidade dos serviços aos usuários. Quase metade da população estudada afirmou ter algum grau de dificuldade para obtenção de vaga. As filas ainda são o grande vilão nesse sistema, pois, grande parte das unidades ainda implanta, apenas, o sistema de demanda espontânea, não ocorrendo os agendamentos que facilitam o acesso do usuário ao sistema. Segundo Moimaz et al (2010) o atendimento por meio da livre demanda remonta a uma tradição curativista e que a prática do agendamento concomitantemente é capaz de auxiliar na otimização do serviço, diminuir o número de pacientes na espera e evitar as filas nas unidades de saúde.

Por outro lado, o estudo mostrou que apesar da dificuldade de se obterem vagas para o atendimento, o tempo de espera entre o dia da marcação e o dia da consulta e o tempo de espera no dia do atendimento não é tão grande quanto foi demonstrado no estudo de Rocha (2009), o que parece ser uma melhora no que se refere ao acesso desses usuários.

A resolutividade dos serviços de saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento aos usuários (TURINI; LEBRÃO; CESAR, 2008). Considera-se ainda que a fragmentação e a descontinuidade do atendimento faz com que se perca a visão integral do cuidado. (GARLET et al, 2009). Neste estudo, a maioria dos entrevistados teve seu problema que o levou ao serviço resolvido e de forma satisfatória. Porém, outros estudos devem ser realizados acerca da continuidade do atendimento com esses usuários.

Segundo Moimaz et al (2010), o desempenho profissional é avaliado pelo usuário, através do interesse demonstrado pelo profissional na hora da consulta, nas orientações dadas e na resolutividade das condutas. O bom atendimento e o bom desempenho profissional criam um vínculo do usuário com o serviço de saúde e vice e versa. Isso pode facilitar o acesso ao usuário, pois, esse vínculo otimiza o processo da assistência, permitindo que os profissionais conheçam seus pacientes e as prioridades de cada um.

Segundo Rocha (2009), é necessário ainda reforçar a Estratégia Saúde da Família para ampliar a cobertura do programa e, no caso específico da Saúde Bucal, deve-se buscar a implementação real das diretrizes preconizadas pela PNSB. Além disso, devem ser

consolidadas as atividades de Vigilância e Promoção à Saúde para ampliar o acesso de áreas já cobertas.

Embora tenha havido melhora no acesso à Saúde Bucal em Campina Grande nos últimos anos, alguns dados são alarmantes e mostram como ainda são necessários esforços, principalmente dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para efetivamente ampliar o acesso a esses serviços. Contudo, deve ir além, não só provendo mais atendimento para a população, mas de forma mais humanizada e equânime possível.

6 CONCLUSÕES

- A maior parte da amostra correspondeu a mulheres, na faixa etária entre 25 e 49 anos e com nível de escolaridade de até 7 anos de estudo;
- Grande número dos indivíduos entrevistados já teve algum relato de dor de dente e destes, boa parte afirmou que o episódio de dor havia ocorrido nos últimos seis (06) meses;
- O atendimento recebido foi considerado bom ou muito bom pela maior parte dos indivíduos.
- A visita Domiciliar não foi uma prática constante dos Cirurgiões-dentistas dos distritos avaliados.
- Mais da metade da amostra utilizou o serviço particular;
- Está havendo resolutividade quanto aos problemas que levaram os usuários ao serviço;
- O ambiente físico dos serviços é considerado limpo e confortável;
- Quanto à Equidade, um número significativo de pessoas respondeu que não tinha acesso a um tratamento igualitário.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, R. M. Behavioral model of families: Use of health services. **Research series**, n.25, Chicago: Center for health administration studies, University of Chicago, 1995

ANTUNES, J.L.F.; NARVAL, P.C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n.2, p. 360-5, 2010

ARAÚJO, C. S.; LIMA R.C.; PERES M. A.; BARROS A. J. D. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1063-72, 2009

BARROS, A. J. D; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, n.4, p. 709-717, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal/Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do GM nº 2192/2004. Brasília-DF. 2004

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS: SVS em rede**. Pesquisa do IBGE revela que aprovação dos serviços de saúde no Brasil supera 86%. Edição 72; 2010a abr. [acesso 05 jul. 2014]. Brasília-DF. Disponível em: <http://189.28.128.179:8080/svs_informa/edicao-72-abril-de-2010/pesquisa-do-ibge-revela-que-aprovacao-dos-servicos-de-saude-no-brasil-supera-86>.

_____. Relatório Final SB BRASIL, 2010b. [acesso 05 jul. 2014]. Brasília-DF

Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>

_____. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução de nº. 466/2012. Brasília – DF. 2012.

CARNUT, L.; FILGUEIRAS, L.V.; FIGUEIREDO, N.; ANGEIRAS DE GOES, P.S. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3083-3091, 2011.

CHAVES, S. C. L.; SOARES, F. F.; ROSSI, T. G. A.; CANGUSSU, M.C.T.; FIGUEIREDO, A.C.L.; CRUZ, D.N.; CURY, P.R. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17 n.11, p.3115-3124, 2012.

CLAUDINO, L.V.; ALEXANDRIA, A. K. F.; LIMA, A. L.; SILVA, N. B. S.; DANTAS, R. V. F.; SANTIAGO, B. M.; VALENÇA, A. M. G. Condições de Saúde Bucal, Acesso aos Serviços Odontológicos e Autopercepção de Saúde Bucal em Escolares de 12 anos. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.11, n4, p.573-584, out./dez., 2011.

FADEL, M. A. V.; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.1, p.07-22, jan./fev. 2009

FERNANDES, L. M. A. G. **Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal – QASSaB**. Camaragibe. 2002, 181p. Tese (doutorado em Odontologia, Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. 2002

FIGUEIREDO, M.C.; PEIXOTO, L.T.; CAVATTI, F.; SILVA, K.V.C.L.; JARDIM, L.E. Saúde Bucal de Pessoas em Situação de Pobreza Extrema Residentes em um Município no Sul do Brasil. **Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.16, n.1, p.45-50, 2014.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p. 259-267, 2009.

GARLET, E.R. LIMA, M.A.D.S.; SANTOS, J.L.G.; MARQUES, G.Q. organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p.266-272, Abr./Jun. 2009.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: Representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n 1, p. 119-140, 2012.

GIACOMOZZIL, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p.645-53, Out./Dez. 2006

GOES, P. S. A. **The prevalence and impact of dental pain in brazilian schoolchildren and their families**. London, 2001. 305f. Thesis (PhD) – University of London.

GOMES, A. S; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1707-14, 2007.

IBGE. Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 2003. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2005. 169p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Variáveis. In: _____. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed., rev e ampl. São Paulo: Atlas, 1996, cap. 7, p. 137-54.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios e casos práticos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, p.20, 1999

LOURENÇO, E.C.; SILVA, A.C.B.; MENEGHIN, M.C.; PEREIRA, A.C. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.1367-1377, 2009

MOIMAZ, S.A.S.; MARQUES, J.A.M.; SALIBA, O.; GARBIN, C.A.S.; ZINA, L.G.; SALIBA, N.A. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1419-1440, 2010

MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, Jun. 2006.

MOYSÉS, S. J. Modelo da Integralidade substitui paradigma curativo-restaurador. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.8, p.39-43. 1992

PERES, M. A.; ISER, B. P. M.; BOING, A. F.; YOKOTA, R. T. C.; MALTA, D. C.; PERES, K. G. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, p.90-100, 2012

ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de Saúde Bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p.2871-2880, dez, 2008

ROCHA, R. A. C. P. **Avaliação do acesso efetivo aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB**. Tese de Doutorado, Camaragibe: Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade Estadual de Pernambuco. 2009, 155f.

RODRIGUES, N.O.; NERI, A.L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p.2129-2139, 2012

RONCALLI, A.G. A Epidemiologia: um olhar coletivo sobre a saúde bucal. In: FERREIRA, M.A.F.; RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. **Saúde Bucal Coletiva – conhecer para atuar**. Natal, RN: EDUFRN – Editora da UFRN, 2004, p. 39-63.

RONCALLI, A.G. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revela importante redução da cárie dentária no país. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. Vol. 27 n.1. Rio de Janeiro, 2011

SANDERS, L.M.; SHAW, J.S.; GUEZ, G.; BAUR, C.; RUDD, R. Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. **Pediatrics**, Illinois, v.12, p. 306–14, 2009.

SOARES F.F.; CHAVES S.C.L.; CANGUSSU M.C.T. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Revista Panamericana de la Salud Publica**, v. 34, n.6, p.401-406, 2013.

SOUZA, L. F.; CHAVES, S. C. L. Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.34, n.2, p. 371-387, 2010.

TURINI, R.N.T.; LEBRÃO, M.L.; CESAR, C.L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n3, p.663-674, mar. 2008

WARMLING, A.M.F.; AMANTE, C.J.; VIEIRA, M.L.H. Aplicativo baseado nos determinantes da doença cárie para apoio à tomada de decisão. **Jornal Brasileiro de Telessaúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 35-42, 2012.

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



**Estado da Paraíba
Prefeitura Cidade de Campina Grande
Secretaria Municipal de Saúde**

CARTA DE ANUÊNCIA

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: UM ESTUDO DE COORTE.**” a ser desenvolvido pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, sob a coordenação da professora Dra. Renata Cardoso Rocha Madruga no qual prestamos cooperação técnica institucional.

Campina Grande, 24 de Julho de 2013.

Raquel Lula
Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

**Lúcia Maia G. Derks.
Secretária Municipal de Saúde**

ANEXO B – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.

**PARECER DO RELATOR: (9)**

Número do parecer: 20260313.1.0000.5187

Pesquisador: RENATA CARDOSO ROCHA MADRUGA

Data da relatoria: 02/08/2013

Situação do projeto: **Aprovado**

Apresentação do Projeto: O Projeto é intitulado "AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: UM ESTUDO DE COORTE. O presente estudo será para análise e parecer com fins de submissão ao edital do Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS/ Chamada MS/CNPQ/FAPESQ-PB Nº 001/2013.

Objetivo da Pesquisa: O projeto tem como objetivo geral "avaliar o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela estratégia saúde da Família em Campina Grande – PB, comparativamente após cinco (5) anos do estudo inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: O trabalho se enquadra na modalidade de risco mínimo de acordo com a resolução 196/96 (BRASIL, 1996), havendo a necessidade de se obter um TCLE por parte do sujeito ou responsável. Em relação aos benefícios do presente estudo, este poderá trazer contribuições significativas para a sociedade e autoridades sanitárias municipais, trazendo contribuições para todos os municípios do estado da paraíba.


Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: É um trabalho de cunho científico de responsabilidade, que trará melhora ao serviço de acesso à odontologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Está de acordo com as normas desse CEP e da Plataforma Brasil.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Prof. Dra. Doraciça Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO C – FORMULÁRIOS UTILIZADOS

INSTRUMENTO 01 (Caracterização do indivíduo)

FORMULÁRIO DA PESQUISA DATA DA ENTREVISTA: _____ Nº. DO FORMULÁRIO: _____.

IDENTIFICAÇÃO

Nome do respondente: _____

CARACTERÍSTICAS DO INDIVÍDUO

02) Sexo: 1 () M 2 () F	SEXO _____
03) Idade: _____	IDADE _____
04) Estado Marital: 1 () solteiro - não mora c/ninguém 2 () casado – mora c/algum 3 () divorciado 4 () viúvo	ESTMAR _____
05) Cadastrado em algum programa de renda mínima: 1 () sim 2 () não	CADREMÍN _____
06) R. Mensal: Resp. 0 () Não se aplica 1 () <1/2 SM 2 () 1/2 SM 3 () 1SM 4 () 2SM 5 () 3SM 6 () 4SM 7 () 5SM ou mais 8 () NT (R\$ _____)	RENRES _____
Familiar 1 () <1/2 SM 2 () 1/2 SM 3 () 1SM 4 () 2SM 5 () 3SM 6 () 4SM 7 () 5SM ou mais 8 () NT (R\$ _____)	RENFAM _____
07) Casa: 1 () alugada 2 () emprestada 3 () cedida 4 () invadida 5 () própria 6 () própria em aquisição (financiada)	CASA _____
08) Escolaridade: 1 () Analfabeto 2 () 1º grau incompleto 3 () 1º grau completo 4 () 2º grau incompleto 5 () 2º grau completo 6 () Universidade incompleta 7 () Universidade completa 8 () Pós – graduação 9 () Não sei	ESCOL _____

INSTRUMENTO – PNAD 2003 (IBGE, 2005) UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

09) Nos últimos dois anos, ___ precisou utilizar o serviço odontológico ou profissional de saúde (dentista) para atendimento relacionado à própria saúde? () Sim (siga 10) () Não (passe ao 12)	PRECATEN _____
10) Se utilizou, considera que o atendimento de saúde recebido foi: 1 () Muito bom 2 () Bom 3 () Regular 4 () Ruim (passe ao 11) 5 () Muito ruim	ATENRECE _____
11) Se utilizou, considerando a escala de 1 a 5, explique se suas necessidades foram plenamente satisfeitas: 1 () 1 (insatisfeitas) 2 () 2 (um pouco satisfeitas) 3 () 3 (satisfeitas) 4 () 4 (muito satisfeitas) 5 () 5 (totalmente satisfeitas) (passe ao 13)	NECESSAT _____
12) Nos últimos dois anos, por que motivo --- não procurou o serviço de saúde? 1 () Não houve necessidade 2 () Não tinha dinheiro 3 () O local de atendimento era distante ou de difícil acesso 4 () Dificuldade de transporte 5 () Horário incompatível 6 () O atendimento é muito demorado 7 () O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades 8 () Achou que não tinha direito 9 () Não tinha quem o(a) acompanhasse 10 () Não gostava dos profissionais do estabelecimento 11 () Greve nos serviços de saúde (passe ao 13) 12 () Outro motivo	NÃOPROCU _____

QUALIFICANDO O ACESSO

13) ___ teve acesso a alguma palestra, reunião que fossem enfocados temas sobre saúde? 1 () Sim 2 () Não 9 () Não sei, não me lembro (passe ao 14)	ACESPAL _____
14) ___ recebeu algum kit de escovação dentária (creme dental e/ou escova), material educativo (folder) ou Aplicação Tópica de Flúor? 1 () Sim 2 () Não 9 () Não sei, não me lembro (passe ao 15)	KITESCO _____
15) ___ já recebeu a visita na sua casa (visita domiciliar) do (a) Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário ou Agente Comunitário de Saúde (ACS) orientando o ___ sobre Saúde Bucal? 1 () Sim 2 () Não 9 () Não sei, não me lembro (passe ao 16)	VISIDENT _____

INSTRUMENTO SAÚDE BUCAL (GOES, 2001).

16) Como ___ classifica a sua saúde dos seus dentes e da sua boca? 1 () Excelente 2 () Muito Boa 3 () Boa 4 () Mais ou menos 5 () Ruim	SAUDEN _____
17) ___ está satisfeito com a aparência dos seus dentes? 1 () Muito satisfeito 2 () Satisfeito 3 () Aceitável 4 () Insatisfeito	APARÉNC _____
18) ___ já teve dor de dente na sua vida? 1 () Sim (passe a 19) 2 () Não (passe a 21) 9 () Não sei, não me lembro (passe a 21)	DORVIDA _____
19) ___ teve dor de dente nos últimos seis meses? 1 () Sim (siga 20) 2 () Não (passe a 21) 9 () Não sei, não me lembro (passe a 21)	DOR6MES _____
20) Agora ___ poderia escolher das palavras abaixo a que melhor pode descrever a sua dor de dente: 1 () Leve 2 () Desconfortável 3 () Estressante 4 () Horrível (siga 21)	SEVERID _____

5() Intolerável	
INSTRUMENTO – PNAD 2003 (IBGE, 2005) ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL.	
21) Quando --- foi ao dentista pela última vez? 1 () Menos de 1 ano (sigla 22 e QASSaB) 2 () De 1 ano a 2 anos (sigla 22 e QASSaB) 3 () 3 anos ou mais (sigla 22 e não faz o QASSaB) 4 () Nunca foi ao dentista (encerra e não faz o QASSaB)	ÚLTDEN _____
22) Qual o tipo de serviço odontológico (dentista) que ___ geralmente usa? 1() Particular (encerra) 2() Plano de Saúde/ Convênio (encerra) 3() Público (no PSF-USF) (sigla QASSaB) 4() Público (no Centro de Saúde) (QASSaB) 5() Público (na UBS) (QASSaB) 6() Público (na Faculdade de Odontologia) (QASSaB) 7() Público (no Hospital Universitário) (QASSaB) 8() Público (outros - carro móvel, campanhas políticas) 9() Não sei, não lembro (encerra)	TIPSERV _____

INSTRUMENTO 02 (Roteiro para entrevista): Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal – QASSaB (FERNANDES, 2002).

DIMENSÃO 1		NÍVEIS						
DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS		NÍVEIS						
1. Como você considera a obtenção de uma vaga e/ou ficha para tratamento neste serviço?	Não se aplica	Muito Fácil	Fácil	Nem difícil nem fácil	Difícil	Muito Difícil	OBTVAG _____	
	0	5	4	3	2	1		
2. Como você considera o intervalo de tempo de marcação entre uma consulta e outra?	Não se aplica	Muito Longo	Longo	Nem longo nem curto	Curto	Muito Curto	INTMARCO _____	
	0	1	2	3	4	5		
3. Como você classifica o tempo de espera entre sua chegada e o atendimento neste serviço?	Não se aplica	Muito curto	Curto	Nem longo nem curto	Longo	Muito Longo	TEMESP _____	
	0	5	4	3	2	1		
DIMENSÃO 2		NÍVEIS						
RESOLUTIVIDADE		NÍVEIS						
4. Como você classificaria a forma como foi resolvido o problema que lhe trouxe ao serviço?	Não se aplica	Não resolvido	Mal resolvido	± Resolvido	Resolvido	Muito bem resolvido	RESPRO _____	
	0	1	2	3	4	5		
5. O quanto você está satisfeito com a aparência dos dentes tratados?	Não se aplica	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Satisfeito	Um pouco Satisfeito	insatisfeito	SATAPADE _____	
	0	5	4	3	2	1		
6. O quanto você está satisfeito com o tratamento dos dentes posteriores (de trás), ou seja, com a sua capacidade de mastigação?	Não se aplica	Insatisfeito	Um pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente Satisfeito	SATRATPO _____	
	0	1	2	3	4	5		
DIMENSÃO 3		NÍVEIS						
AMBIENTE FÍSICO DO SERVIÇO-LIMPEZA		NÍVEIS						
7. Como você classifica a limpeza da recepção/sala de espera?	Não se aplica	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima	LIMPREC _____	
	0	5	4	3	2	1		
8. Como você classifica a limpeza do consultório ou da clínica?	Não se aplica	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente	LIMPCON _____	
	0	1	2	3	4	5		
9. Como você classifica a limpeza dos banheiros?	Não se aplica	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima	LIMPBAN _____	
	0	5	4	3	2	1		
10. E com relação ao conforto. Como você se sente em relação ao seu bem-estar neste serviço?	Não se aplica	Desconfortável	Um pouco Confortável	Confortável	Muito confortável	Totalmente Confortável	CONFOR _____	
	0	1	2	3	4	5		
DIMENSÃO 4		NÍVEIS						
RELAÇÕES HUMANAS (Relação com Profissionais de Saúde)		NÍVEIS						
11. Como você classifica a atenção ou tratamento recebido das pessoas que trabalham na recepção deste serviço?	Não se aplica	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	ATETRATR _____	
	0	5	4	3	2	1		
12. Como você classifica a atenção ou tratamento recebido dos outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais etc.) deste serviço?	Não se aplica	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Excelente	ATETRATO _____	
	0	1	2	3	4	5		
13. Como você classifica a qualidade das informações recebidas pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares, pessoal da recepção etc.) deste serviço?	Não se aplica	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima	QUALINFO _____	
	0	5	4	3	2	1		
DIMENSÃO 5		NÍVEIS						

RELAÇÕES HUMANAS (Relação Dentista / Paciente)								
14. Como você classifica a atenção ou tratamento recebido do Dentista neste serviço?	Não se aplica	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	TRATDENP _____	
	0	5	4	3	2	1		
15. Como você classifica o grau de confiança que você deposita no Dentista da rede de saúde?	Não se aplica	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Excelente	CONFPROF _____	
	0	1	2	3	4	5		
DIMENSÃO 6								
QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA DOS EQUIPAMENTOS								
16. Como você classifica os equipamentos odontológicos em relação à atualização tecnológica? Em outras palavras o quanto elas são modernas?	Não se aplica	Super Modernos	Modernos	Nem uma coisa nem outra	Desatualizados	Ultrapassado	CLASATUT _____	
	0	5	4	3	2	1		
17. Como você classifica a conservação e manutenção dos equipamentos odontológicos?	Não se aplica	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente	CONEQUOD _____	
	0	1	2	3	4	5		
DIMENSÃO 7								
EFICIÊNCIA								
18. Levando em conta a qualidade dos serviços odontológicos executados e os recursos gastos por você com transporte e pagamento de taxas, mesmo assim, você acha que valeu a pena?	Não se aplica	Não valeu a pena	Pouquíssimo	Mais ou Menos	Muito	Até demais	VALPEN _____	
	0	1	2	3	4	5		
DIMENSÃO 8								
EFICÁCIA								
19. O seu Dentista usa roupas limpas e faz uso de luvas, gorro e máscara?	Não se aplica	Sempre	Quase sempre	Não me lembro	Às vezes	Nunca	USOLUVGO _____	
	0	5	4	3	2	1		
20. Durante a extração você sentiu algum desconforto do tipo, dor, pressão exagerada através das mãos do dentista ou fratura do dente?	Não se aplica	Senti total desconforto	Senti muito desconforto	Senti desconforto	Senti muito pouco desconforto	Não senti nada	EXTDESCO _____	
	0	1	2	3	4	5		
21. Durante as restaurações, raspagem gengival ..., você sentiu algum desconforto do tipo, dor ou pressão exagerada através das mãos do dentista?	Não se aplica	Não senti nada	Senti muito pouco desconforto	Senti desconforto	Senti muito desconforto	Senti total desconforto	RESDESCO _____	
	0	5	4	3	2	1		
22. Após a realização das restaurações, alguma ficou alta ou arranhando?	Não se aplica	Senti total desconfor	Senti muito desconforto	Senti desconforto	Senti muito pouco desconforto	Não senti nada	POSRESDE _____	
	0	1	2	3	4	5		
23. Com que frequência seu dentista lhe ensina como você deve se prevenir das doenças bucais?	Não se aplica	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	ENSPREVD _____	
	0	5	4	3	2	1		
DIMENSÃO 9								
EQUIDADE								
24. De acordo com as suas necessidades de saúde bucal, você acha que elas estão sendo igualmente atendidas, do mesmo modo que as pessoas de classe social mais alta que a sua?	Não se aplica	Igualmentat endidas	Parcialment e atendidas	Não me lembro	Diferentem ente atendidas	Não são atendidas	IGUATENC _____	
	0	5	4	3	2	1		
DIMENSÃO 10								
NÍVEIS								

ACEITABILIDADE							
25. 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)?	Não se aplica	Nunca me explica nada	Raras vezes me explica	Não me lembro	Na maioria das vezes me explica	Sempre me explica tudo	EXPTRATA _____
	0	1	2	3	4	5	
26. O profissional (costuma pedir a sua opinião quanto ao melhor horário, ou o melhor dia da semana pra lhe atender)?	Não se aplica	Sempre pede a minha opinião	Na maioria das vezes pede a minha opinião	Não me lembro	Raras vezes pede a minha opinião	Nunca pede a minha opinião	OPINHORÁ _____
	0	5	4	3	2	1	

INSTRUMENTO 03 (Caracterização da USF e da ESF)

FORMULÁRIO DA PESQUISA DATA DA ENTREVISTA: _____ Nº. DO FORMULÁRIO: _____.

IDENTIFICAÇÃO

Nome do respondente: _____

Função: _____

CARACTERÍSTICAS DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

01) Distrito Sanitário: _____	DISTRSA _____
02) Cobertura PSF com SB 1 () 1ESB para 1ESF 2 () 1ESB para 2ESF	COBPSFSB _____
03) Tempo de cobertura 1 () > 04 anos 2 () < 02 anos	TEMPOCOB _____
04) Conselho local de saúde ativo 1 () sim 2 () não	CLSATIVO _____

INSTRUMENTO Nº. 3 DA AMQ – UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA
INFRA-ESTRUTURA E EQUIPAMENTOS DA USF

05) A ESF dispõe de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades. 1 () Sim 2 () Não	E	EQCOMINS
06) Considerando a instalação física, a USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde. 1 () Sim 2 () Não	E	CONDAÇSA
07) A USF dispõe de sala para a realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACS e atividades de Educação Permanente. 1 () Sim 2 () Não	C	SALAREUN
08) A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas. 1 () Sim 2 () Não	C	EQELETRO
09) A USF está equipada para atender às pessoas com necessidades especiais: rampas, corrimão, largura das portas, banheiros, cadeira de rodas. 1 () Sim 2 () Não	B	NECESPEC

INSTRUMENTO Nº. 3 DA AMQ – UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA
INSUMOS, IMUNO-BIOLÓGICOS E MEDICAMENTOS.

10) A ESF/SB dispõe de materiais e insumos para realização das atividades educativas com a população. 1 () Sim 2 () Não	E	MATEDUCA
11) A USF dispõe de insumos de SB em quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações com regularidade. 1 () Sim 2 () Não	D	INSUMOSB

INSTRUMENTO Nº. 4 DA AMQ – CONSOLIDAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

12) A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF. 1 () Sim 2 () Não	E	VISITADO
13) A ESF trabalha com mapa da sua área de atuação no qual estão discriminadas as micro-áreas de responsabilidade dos ACS. 1 () Sim 2 () Não	D	MAPAREA
14) O cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e está baseado na análise da situação de saúde da área. 1 () Sim 2 () Não	C	CRONOGRA
15) A ESF dedica um período da semana para reunião de equipe. 1 () Sim 2 () Não	C	REUNIAOE
16) A ESF dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações. 1 () Sim 2 () Não	C	REAVAPLA
17) A ESF trabalha o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada. 1 () Sim 2 () Não	B	DIAPLAIN
18) A ESF organiza "painel de situação" com os mapas, dados e informações de saúde do território. 1 () Sim 2 () Não	A	PAINSITU

ANEXO D- TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

(OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não inclusas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: UM ESTUDO DE COORTE”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: UM ESTUDO DE COORTE** terá como objetivo geral Avaliar o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB comparativamente após cinco (5) anos do estudo inicial.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder ao formulário de pesquisa e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, os resultados da mesma serão publicados junto a Comunidade Científica, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(83) 93125236** ou **(83) 88845236** com **RENATA CARDOSO ROCHA**

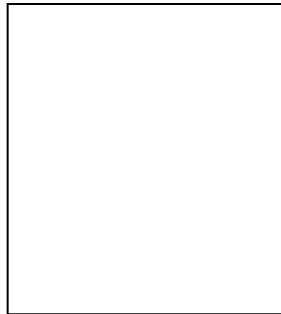
MADRUGA.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Renata Cardoso Rocha Madruga

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

(OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas menores de 18 anos ou mesmo outra categoria inclusa no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação do _____ de ____ anos na a Pesquisa **“AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: UM ESTUDO DE COORTE”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: UM ESTUDO DE COORTE** terá como objetivo geral **Avaliar o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB comparativamente após cinco (5) anos do estudo inicial.**

Ao responsável legal pelo (a) menor de idade só caberá a autorização para que responda ao formulário de pesquisa e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, os resultados da mesma serão publicados junto a Comunidade Científica, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O Responsável legal do menor participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(83) 93125236** ou **(83) 88845236** com **RENATA CARDOSO ROCHA MADRUGA**.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do responsável legal pelo menor

Assinatura do menor de idade

Assinatura Dactiloscópica
Responsável legal

