



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA - ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS:
O CASO DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

Luciana Farias Souza

Salvador
2008



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA - ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS:
O CASO DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Planejamento e Gestão de Sistemas de Saúde do Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Prof.^a Sônia Cristina Lima Chaves

Salvador
2008

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S725a Souza, Luciana Farias.

Acessibilidade e utilização de serviços odontológicos: o caso do Centro de Especialidades Odontológicas / Luciana Farias Souza.-- Salvador: L.F. Souza, 2008.

46 f.

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Cristina Lima Chaves.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Assistência Odontológica. 2. Avaliação dos Serviços de Saúde. 3. Política de Saúde. 4. Acessibilidade. I. Título.

CDU 614.2



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

Luciana Farias Souza³

**Acessibilidade e utilização de serviços odontológicos: O caso do
Centro e especialidades Odontológicas.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 26 de novembro de 2008

Banca Examinadora:

Prof. Sônia Cristina Lima Chaves /Faculdade de Odontologia/UFBA

Prof. Andréia Cristina Leal Figueiredo/Faculdade de Odontologia/UFBA

Prof. Ligia Maria Vieira da Silva/ISC/UFBA

Salvador
2008

AGRADECIMENTOS

Neste momento quero agradecer primeiramente a Deus, por tem aberto os caminhos para mais uma realização. Em especial a minha família, a todas as pessoas que me ajudaram, as minhas amigas da coordenação, as colegas da nossa turma, aos meus amigos e em memória dos meus avôs.

E de forma carinhosa agradecer a minha orientadora Prof^a Sônia Cristina Chaves, pelo estímulo, pela compreensão e pelo apoio nos momentos em que mais precisei.

Obrigada a todos por mais essa vitória!

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo e esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia; e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

(Fernando Pessoa)

Souza, Luciana Farias. **Acessibilidade e utilização de serviços odontológicos: o caso do Centro de Especialidades Odontológicas**. 46f. 2008. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

RESUMO

Com a formulação da Política Nacional de Saúde Bucal surgem novos desafios para a consolidação de seus propósitos a fim de resgatar a dívida social histórica neste setor. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) tem assumido um papel importante dessa política na integralidade das ações. O presente estudo visou analisar a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal no componente da implantação do CEO em um município de médio porte, especialmente no que se refere à oferta e utilização do serviço, bem como ao acesso dos usuários, de forma a contribuir para um estudo mais amplo na Bahia. Trata-se de um estudo de caso em um município de médio porte com várias estratégias de coleta de dados articulando observação de campo, análise de dados secundários e um estudo de corte transversal descritivo do acesso ao serviço através da aplicação de um questionário estruturado junto aos usuários. O estudo revelou que a maioria dos usuários fez ou está fazendo tratamento odontológico na atenção básica (61,0%). Contudo, essa integralidade variou segundo a especialidade, sendo inversa no caso da prótese. O tempo de agendamento variou bastante entre as especialidades, mas 44,5% dos usuários conseguiram agendar para até 15 dias. A taxa de utilização do serviço foi muito baixa para a endodontia e a cirurgia oral menor (16,1% e 26,5 %, respectivamente). Recomenda-se a adoção de um sistema de gestão de metas por especialidade para aumentar a taxa de utilização do serviço e reduzir a principal barreira organizacional identificada que foi a dissociação entre a oferta e a utilização. Uma localização mais adequada do CEO no município poderia reduzir barreiras geográficas e econômicas, consideradas importantes pelos usuários do serviço.

Palavras-Chave: assistência odontológica; avaliação dos serviços de saúde; política de saúde; acessibilidade.

Souza, Luciana Farias. **Acessibilidade e utilização de serviços odontológicos: o caso do Centro de Especialidades Odontológicas**. 46f. 2008. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

ABSTRACT

With the formation of a National Dental Health Policy, new challenges have arisen for the consolidation of its proposed purpose to repay the historical social deficit in this sector. Dental Specialties Centers have assumed an important role in this policy in the comprehensiveness of its actions. The present study envisioned analyzing the implementation of the National Dental Health Policy in the component of the implementation of a CDS in medium-sized municipality, specifically with regard to the offering and utilization of the service, as well as the access of the users, in such a way that it contributes to a broader study in the state of Bahia. A case study was performed in a medium-sized municipality with various strategies for the collection of data using observations in the field, analysis of secondary data, and a short descriptive cross study of access to the service via the use of a structured questionnaire answered by the users. The study revealed that the majority of the users have had or are having basic dental care treatment (61.0%). However, this comprehensiveness varied according to specialty, being the inverse in the case of prosthetics. The time to appointment varied greatly among the specialties, but 44.5% of the users managed to be attended within 15 days. The rate of utilization of the service was very low for endodontic and minor oral surgery (16.1% and 26.5 %, respectively). It is recommended that a management system with measurements per specialty be adopted in order to increase the rate of utilization of the service and to reduce the principal organizational barrier identified which was the dissociation between what was offered and what was actually utilization. A more suitable locale for the CDS in the municipality can reduce geographic and economic barriers considered important by the users of the service.

Key words: dental health care, health services evaluation, healthcare policy, accessibility.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica

ABO- Associação Brasileira de Odontologia

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

ESB- Equipes de Saúde da Família

ESF- Estratégia Saúde da Família

LRPD- Laboratórios Regionais de Prótese

MS- Ministério da Saúde

PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal

SIA- Sistema de Informação ambulatorial

SM- Salário mínimo

SUS- Sistema Único de Saúde

UBT- Unidades Básicas Tradicionais

USF- Unidades Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição percentual das características sócio-demográficas dos usuários do Centro de Especialidades Odontológicas (n=148). Município de médio porte, 2008.	37
Tabela 2 – Distribuição das características do acesso dos usuários ao Centro de Especialidades Odontológicas (n=148). Município de médio porte, 2008.	38
Tabela 3 – Distribuição percentual das características da demanda e integralidade da atenção à saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas (n=148). Município de médio porte, 2008.	39
Tabela 4 - Número e percentual de usuários segundo o tempo para agendamento da consulta e tempo de encaminhamento para o CEO, tempo para a consulta de retorno, escolaridade e faixa etária por tipo de procedimento demandado no Centro de Especialidades Odontológicas (n=128), exceto Ortodontia. Município de médio porte, 2008.	40
Tabela 5- Distribuição percentual da oferta e utilização nas especialidades: endodontia, periodontia e cirurgia oral menor no Centro de Especialidades Odontológicas. Município de médio porte, 2008.....	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3 MARCO REFERENCIAL	15
4 METODOLOGIA.....	18
4.1 Desenho do estudo.....	18
4.1.1 Caracterização do município: o caso em estudo.....	18
4.2 Principais conceitos e variáveis utilizadas	19
4.3 Fonte de dados	19
4.4 Observação das práticas	21
4.5 Plano amostral dos usuários	21
4.6 Seleção e treinamento dos entrevistadores	22
4.7 Instrumentos de coleta de dados	22
4.8 Análise dos dados	22
4.8.1 Características sócio-demográficas dos usuários	22
4.8.2 Acesso ao serviço	22
4.8.3 Utilização dos serviços	23
4.9 Aspectos éticos	23
5 RESULTADOS	24
5.1 Características sócio-demográficas	24
5.2 O acesso dos usuários ao serviço.....	24
5.3 Utilização dos serviços	25
5.4 Integralidade do cuidado	25
5.5 Organização do serviço	26
5.6 Taxa de utilização (relação oferta/utilização).....	26
6 DISCUSSÃO.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICES	36
ANEXOS.....	43

1 INTRODUÇÃO

A inserção da saúde bucal no campo das políticas de saúde representa um maior entendimento em algumas questões, principalmente naquelas que trazem o referencial dos determinantes sociais na análise da situação de saúde. Este conhecimento tem desencadeado a construção de proposições que se contextualizam na formulação de políticas de saúde e que devem ser explicadas a fim de que se conheçam os avanços e retrocessos no campo da saúde e haja direcionamento para um melhor enfrentamento de problemas. É essencial avaliar os mecanismos de oferta, análise do acesso e a utilização dos serviços de saúde prestados à população.

O movimento da Reforma Sanitária possibilitou uma ampla discussão e direcionamento das políticas de saúde caracterizando-se como uma nova configuração, em uma nova conjuntura e com novos dilemas internos e desafios externos a enfrentar (SCOREL, 1998).

A saúde, como assegurada na legislação brasileira, constitui-se um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado, e a universalidade da atenção implica na formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana. Nesse sentido, o impasse vivenciado para a concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), como bem público e pela edificação de uma utopia social igualitária, reconhecendo a saúde como direito individual e coletivo, que deve ser compreendido e redimensionado por uma prática construída com base em uma gestão democrática (ASSIS et al, 2003).

Com isso, surge um cenário que tem como responsabilidade a reorganização dos serviços de saúde de forma a legitimar os princípios e diretrizes do SUS, com uma nova postura diante da população, enfrentando os problemas (BRASIL, 2006) e abordando a necessidade de adequação às realidades locais, segundo aspectos epidemiológicos, sócio-econômicos e culturais voltados para a melhoria da qualidade de vida e para a prevenção de riscos e agravos à saúde.

A formulação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada **Brasil Sorridente** (MS/2004), objetiva a reorientação do modelo de atenção à saúde para assegurar o fortalecimento da Atenção Básica (AB), que tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) seu principal agente indutor de forma a garantir a integralidade na assistência em saúde bucal e a

ampliação da oferta de serviços na atenção especializada com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos Laboratórios Regionais de Prótese (LRPD).

O estudo de Assis (2006) observou que, entre 1998 e 2004, houve uma ampliação das políticas de saúde bucal, especialmente a partir de 2000, com um maior número de iniciativas descentralizadoras, porém uma menor ênfase na organização, infra-estrutura e financiamento. Observou ainda que estas políticas sejam secundárias e necessitam de legitimação junto aos grupos sociais relevantes e junto à sociedade de um modo geral.

A análise das políticas de saúde bucal aponta para a relação entre diversas conjunturas políticas e a atenção a este setor, ao indicar a gravidade em alguns indicadores, principalmente o baixo acesso da população aos serviços odontológicos restauradores, que se reduzem com a idade, refletindo no aumento do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) e em desigualdades na utilização desses serviços (BRASIL, 2003; PNAD, 1998).

No município em estudo, a gravidade de alguns indicadores de saúde se repete. Dados de levantamento epidemiológico realizado apontam para um acentuado acréscimo na prevalência da cárie dentária em função do aumento da idade, cabendo destacar que o componente perdido do CPO-D em adultos e idosos representa, respectivamente, 69,5% e 91,8% do índice. No que se refere ao acesso aos serviços odontológicos, a maior participação ocorreu no serviço público, sendo que, no grupo etário de 15 a 19 anos, a busca representou 36,8% e, no grupo de 65 a 74 anos, representou 24,2% de busca. Outro fator importante a destacar é o motivo pela procura do serviço odontológico, a experiência de dor, relatado por mais de 30% dos adolescentes e em 67% no grupo etário de 65 a 74 anos (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2005).

Os Centros de Especialidades Odontológicas

Dados do Ministério da Saúde apontam que, até o lançamento da PNSB, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos realizados pelo SUS correspondiam a tratamentos odontológicos especializados (MS/SAS, 2004).

Surgiu, então, a necessidade de inclusão de procedimentos de média complexidade que viessem assegurar a integralidade da assistência que compõe a rede de serviços em saúde bucal. A média complexidade tem uma importância fundamental na garantia e manutenção dos fluxos no sistema de saúde.

A média complexidade é definida, pelo conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (MS/SAS, 2004).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são unidades de saúde destinadas à assistência especializada em saúde bucal no âmbito do SUS, que devem realizar as seguintes atividades: a) diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico do câncer bucal; b) periodontia especializada; c) cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; d) endodontia; e) atendimento a portadores de necessidades especiais.

Uma vez habilitado, os Centros passam a receber recursos do Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006, que define critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas, e Portaria nº 600/GM da mesma data, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas, de acordo com as modalidades: tipo I com três cadeiras odontológicas; tipo II com quatro ou mais cadeiras odontológicas; e tipo III com, no mínimo, sete cadeiras odontológicas.

Dados do MS, no que se refere à implantação dos CEOs, mostram que, até o mês de agosto de 2008 havia mais de 600 CEOs, sendo que, destes, 51 localizam-se na Bahia e outros 228 estão em fase de implementação em todo o país (BRASIL, 2008).

Além da implantação de CEOs, há também a proposta de implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), que são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais ou próteses parciais removíveis.

Segundo Moysés (2007), as políticas atuais representadas pela PNSB, embora pareçam caminhar na direção correta, seus resultados ainda são preliminares, ainda não há consolidação política para enfrentar as dimensões estruturais e particulares que determinam as iniquidades em saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos nos vários níveis de complexidade do sistema de saúde.

Portanto, o rumo que essas políticas vão tomar nos próximos anos dependerá de uma multiplicidade de condições ligadas ao papel do Estado diante das políticas sociais e econômicas e ao fortalecimento do controle público dessas ações (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

O presente estudo visou analisar a implementação do CEO no nível local, especialmente no que se refere à oferta, utilização e acesso a esse serviço, de forma a contribuir para um estudo mais amplo na Bahia.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a oferta, utilização e acesso aos serviços do Centro de Especialidades Odontológicas em um município de médio porte no estado da Bahia, no ano de 2008.

2.2 Objetivos Específicos

1. Estimar a oferta e a taxa utilização dos serviços;
2. Caracterizar o acesso dos usuários aos procedimentos de média complexidade;
3. Descrever a organização do serviço e o fluxo dos pacientes;
4. Descrever a integralidade segundo a continuidade do cuidado.

3 MARCO REFERENCIAL

A avaliação no campo da saúde pode abranger tanto análises sobre a natureza do Estado (representado nas relações de conflito em uma sociedade), bem como o poder político envolvido na sua formulação, quanto estudo sobre programas relacionados com a sua operacionalização. Os programas por sua vez resultam das organizações das práticas, na qual consistem na definição de objetivos, atividades e recursos na resolução de problemas definidos pela saúde (VIERA-DA-SILVA, 2005).

Na literatura existem diferentes definições sobre o significado da avaliação. Patton (1997) denomina a abordagem da avaliação como “*avaliação focada para a utilização*” que inclui a maneira de fazer a avaliação e o propósito da avaliação, fazer julgamentos sobre os programas e/ou subsidiar o processo de tomada de decisões.

Rossi e Freeman (2004) consideram a avaliação como uma aplicação sistemática dos procedimentos oriundos da investigação em ciências sociais para analisar programas de intervenção.

Contandriopoulos e colaboradores (1997) definem que a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes como objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Vieira-da-Silva (2005) propôs um ajuste na proposta de Contandriopoulos com a substituição do conceito de “*intervenção*” por aquele de “*práticas sociais*” considerando desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas com o trabalho que envolve as intervenções sociais planejadas. Acrescenta ainda que, o significado de “*julgamento*” pode variar desde a formulação de um valor dicotômico qualitativo ou quantitativo até a análise que envolva o significado do fenômeno.

Portanto, o espectro da avaliação pode estar direcionado para a avaliação das práticas cotidianas, bem como para as pesquisas avaliativas no sentido de produzir informações para a melhoria das intervenções em saúde, como para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e a percepção dos usuários (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

As estratégias de pesquisa para avaliação têm por finalidade elucidar as dúvidas movidas pela pergunta de investigação, na qual se podem utilizar as técnicas oriundas da epidemiologia e das ciências sociais.

Para tanto, neste estudo foram consideradas alguns aspectos relevantes na avaliação como aqueles relacionados com a acessibilidade, oferta e utilização dos serviços no CEO.

Apesar das discordâncias quanto à terminologia e abrangência aplicada nos conceitos de utilização e acesso de serviços de saúde, a preferência por diversos autores têm se concentrado na terminologia da acessibilidade (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A acessibilidade segundo Donabedian (1988) é definida por aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população. O autor distingue duas dimensões de acessibilidade a sócio-organizacional e a geográfica e a correlação de ambas. A acessibilidade sócio-organizacional inclui as características da oferta de serviços que dificultam ou facilitam a capacidade da população no uso dos serviços. A acessibilidade geográfica consiste na determinação do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância de traslado e tempo de locomoção, custo do transporte direto e indireto. Contudo, essa abordagem limita o escopo, pois exclui as etapas de percepção de problemas de saúde (necessidades) e o processo de tomada de decisão dos usuários na procura pelos serviços.

Andersen (1995 *apud*, Travassos; Martins, 2004) conceitua acesso como um dos elementos dos sistemas de saúde que tem relação com a organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e a continuidade do tratamento. Posteriormente o autor introduz os conceitos de “acesso efetivo” que tem relação na melhoria das condições de vida ou satisfação dos usuários pelos serviços e o “acesso eficiente” refere-se ao grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Penchansky e Thomas (1981) ampliaram o conceito de acesso por incluir outras dimensões na relação entre a oferta e os indivíduos segundo: a disponibilidade; acessibilidade (caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos usuários); acolhimento; capacidade de compra; e aceitabilidade.

A acessibilidade definida por Frenk (1992) relaciona-se entre os recursos de poder de utilização dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde à sua utilização segundo as dimensões geográficas, organizacionais e econômicas. O poder de utilização dos usuários relaciona-se com o poder de tempo e transporte, poder econômico e o poder estabelecido na relação com a organização.

Portanto, a utilização dos serviços de saúde encontra-se no centro do funcionamento dos sistemas de saúde, e seu processo é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura os cuidados e dos profissionais que o conduz dentro deste sistema. Seus determinantes estão por sua vez relacionados com os seguintes fatores: a necessidade de saúde; as características dos usuários (sócio-demográficas, geográficas, culturais e psíquicas);

aos prestadores de serviços; a organização dos serviços; e a forma de condução da política (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Estudos que integrem aspectos complementares na avaliação do desempenho dos serviços de saúde devem ser encorajados. A articulação entre acessibilidade, oferta e utilização é evidente, logo pesquisas integradoras, evidenciando diferentes dimensões de uma mesma problemática devem ser estimuladas.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caso descritivo, em que foram explorados: dados secundários para o cálculo da oferta e utilização; observação das práticas no serviço, que se refere ao tempo útil de atendimento por paciente e procedimentos e a lógica do serviço, além de entrevistas junto aos usuários, que se constituiu num estudo de corte-transversal. O estudo foi realizado no Centro de Especialidades Odontológicas, em um município baiano de médio porte.

4.1.1 Caracterização do município: o caso em estudo

O município encontra-se, desde 1999, habilitado na gestão plena no sistema de saúde e tem organizado a rede de serviços segundo o modelo de atenção, priorizando a atenção básica, pelo reconhecimento das necessidades da população, a busca pela integralidade nas ações e o estímulo à participação popular, o que se retrata na ampliação do acesso e na oferta através da referência aos serviços especializados numa articulação com os demais níveis de atenção.

A rede de atenção básica de serviços de saúde é composta por sete Unidades Básicas Tradicionais (UBT) e 27 Unidades de Saúde da Família, onde estão implantadas 38 Equipes de Saúde da Família e 29 Equipes de Saúde Bucal (ESBs), o que corresponde a 51,6% de cobertura.

Em estudos anteriores, o município foi apontado como exitoso na implantação da gestão descentralizada do SUS na Bahia (VIEIRA-DA-SILVA et al, 2007) e com implantação intermediária da atenção à saúde bucal (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007).

No âmbito da saúde bucal, o município tem avançado, principalmente a partir de 2004, com a realização da I Conferência Municipal de Saúde Bucal, do II Levantamento Epidemiológico e da realização de grupos temáticos entre os profissionais da rede e a coordenação, dando origem à implantação das Diretrizes da Atenção à Saúde Bucal do município (protocolo) no ano de 2006.

A atenção especializada, tema deste estudo, foi implantada em 2001, como Policlínica Odontológica Especializada, que, depois da criação da PNSB, passou a ser Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Além das especialidades mínimas previstas, o CEO modalidade tipo III oferece a especialidade de ortodontia preventiva e interceptativa. Integram

ainda o serviço de odontologia do Centro de Referência em DST/AIDS e o serviço de radiologia.

4.2 Principais conceitos e variáveis utilizadas

A *acessibilidade* neste estudo se refere a quão acessível um serviço está em relação à capacidade de utilização por usuários potenciais, incluindo a dimensão sócio-organizacional, geográfica e a relação entre ambas (DONABEDIAN, 1998; FRENK, 1992).

Donabedian (1988) considera acessibilidade como um componente adicional, além da disponibilidade de recursos num lugar e momento determinado, incluindo as características do serviço que facilitam ou dificultam a sua utilização pelo usuário.

A *integralidade* constitui um princípio e, ao mesmo tempo, uma nova diretriz para a organização do SUS, segundo os preceitos legais. A sua concepção se refere à integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, como forma de atuação de profissionais abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social, à garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde e, também, como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a projetos demandados que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PAIM, 1997).

A *oferta* se refere à capacidade de produção de procedimentos dos serviços, considerando a carga horária disponível dos profissionais.

A *utilização* mensura a produção ambulatorial dos serviços de todos os procedimentos demandados, retratando o uso dos serviços pelos usuários.

4.3 Fonte de dados

Para o cálculo da oferta, foram utilizados os dados secundários da produção do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) no período de junho de 2007 a maio de 2008. Foram incluídos todos os procedimentos definidos em cada código por especialidade, exceto a consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada, código inserido na tabela unificada de 2008.

No ano de 2007 foram considerados os seguintes procedimentos na especialidade de cirurgia: exodontia de dente permanente, remoção de resto radicular, biópsia de lábio, biópsia de língua, sutura de ferida da mucosa bucal e face, alveolotomia por arcada, cirurgia com

finalidade ortodôntica, correção de hipertrofia de rebordo alveolar, marsupialização de cistos, marsupialização de lesões, reconstrução de sulco gengivo-labial, remoção de cistos, remoção de dente retido (incluso/impactado), remoção de tórus e exostoses, remoção de foco residual, tratamento cirúrgico de fístula extra oral, tratamento de emergência e ulectomia. Na especialidade de endodontia foram considerados os seguintes procedimentos: retratamento endodôntico em dente permanente uniradicular e tratamento endodôntico em dente permanente uniradicular. Na especialidade de periodontia foram considerados os seguintes procedimentos: cirurgia periodontal por hemi-arcada, gengivectomia, gengivoplastia por hemi-arcada, raspagem corono-radicular por hemi-arcada, tratamento periodontal em situação de emergência e curetagem subgengival por indivíduo.

No ano de 2008 com a tabela unificada, foram considerados os seguintes procedimentos na especialidade de cirurgia: biópsia dos tecidos moles da boca, excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ ferimentos de pele e anexo, excisão e sutura de lesão na boca, aprofundamento de vestibulo oral (por sextante), correção de irregularidades de rebordo alveolar, exodontia de dente permanente, marsupialização de cistos e pseudocistos, remoção de dente retido (incluso/impactado), remoção de foco residual e ulotomia/ulectomia. Na especialidade de endodontia foram considerados os seguintes procedimentos: acesso a polpa dentária e medicação (por dente), curativo de demora com ou sem preparo biomecânico, obturação de dente permanente uniradicular, pulpotomia dentária, retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes e retratamento endodôntico em dente permanente uniradicular. Na especialidade de periodontia foram considerados os seguintes procedimentos: tratamento periodontal (por sextante), gengivoplastia (por sextante), gengivectomia (por sextante), enxerto gengival, curetagem periapical, raspagem e alisamento subgengival (por sextante), raspagem corono-radicular (por sextante) e raspagem, alisamento, polimento supragengivais (por sextante).

Para o cálculo da oferta, foram consideradas quatro horas de atendimento de um padrão mínimo de oito procedimentos por turno para o profissional endodontista e periodontista – ou seja, dois procedimentos por hora - e doze procedimentos por turno para o profissional cirurgião buco-maxilo-facial (três procedimentos por hora), considerando, portanto, uma carga horária de vinte horas semanais, durante quatro semanas por mês, durante onze meses ao ano (um mês foi reservado para férias).

O padrão de produção ambulatorial utilizado para a especialidade de endodontia e periodontia é inferior ao proposto para a atenção básica odontológica, pela Portaria nº

1.101/GM de 12 de junho de 2002. Para a cirurgia oral menor, o padrão proposto é o mesmo sugerido pela esta portaria, ou seja, três procedimentos por hora.

Foram excluídos da análise da taxa de utilização o procedimento de prótese, que, embora ativo, até o momento não possui a habilitação do LRPD, e os procedimentos para pacientes portadores de necessidades especiais em razão da ausência de especialista, ora em processo de contratação.

4.4 Observação das práticas

Foram realizadas visitas de observação no CEO com o intuito de conhecer o funcionamento dos serviços e a organização dos fluxos.

4.5 Plano amostral dos usuários

Foi definida uma amostra de demanda dos usuários a serem entrevistados no CEO deste município segundo os dados de utilização dos serviços de média complexidade no ano de 2007 por meio do SIA-SUS.

O cálculo da amostra aleatória foi simples sem reposição para os usuários ($P=0,50$; $d=0,08$ e nível de confiança de 95%). Como a frequência do evento em estudo é desconhecida (proporção da população que utiliza o serviço), utilizou-se, para estimar a variabilidade, a proporção máxima ($P= 0,50$) sob o nível de confiança de 95%, admitindo-se um erro máximo de 8% ($d=0,08$) entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional. O total de elementos da população (N) foi obtido no número total de atendimentos do CEO para o ano de 2007. Foram identificados 930 procedimentos, considerando os procedimentos exclusivos do CEO, que constam no grupo 10, excluindo os serviços de radiografia e prótese. Ao valor encontrado, foram acrescidos 10% para perdas eventuais. O tamanho da amostra foi calculado conforme a seguinte expressão²:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 P(1 - P) * N / [d^2 (N - 1) + z_{1-\alpha/2}^2 P(1 - P)]$$

Onde,

P =proporção máxima de indivíduos que utilizaram o serviço ($P=0,50$, desconhecida);

N =total de usuários que utilizaram os serviços do CEO pelo SIA-SUS (N);

d =erro amostral ($d=0,08$);

$z_{1-\alpha/2}^2 = 1,64$ - percentil da distribuição gaussiana que corresponde ao nível de confiança $1 - \alpha$, para hipótese bilateral.

Um total de 148 indivíduos foi entrevistado na sala de espera do CEO enquanto aguardavam o atendimento.

4.6 Seleção e treinamento dos entrevistadores

Foi realizado um pré-teste para validar o instrumento (Anexo A), em seguida foram selecionados e treinados três pesquisadores, os quais fizeram a coleta de dados.

4.7 Instrumentos de coleta de dados

Foram aplicados questionários semi-estruturados com usuários do CEO, no período de abril a junho de 2008, em diferentes dias e horários.

4.8 Análise dos dados

Os dados foram digitados no programa Epi-Info, versão 6.04b; para a análise, foi utilizado o pacote estatístico Stata versão 8, com análise exploratória univariada e bivariada. Para verificar as possíveis discrepâncias entre as proporções, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e também o teste exato de Fisher para amostras menores ou iguais a cinco por categoria.

Foram consideradas, para análise, as seguintes categorias:

4.8.1 Características sócio-demográficas dos usuários

Sexo, idade, escolaridade (em anos), emprego atual, renda familiar em salários mínimos (Anexo A).

4.8.2 Acesso ao serviço

Foram considerados os seguintes obstáculos, segundo Donabedian (1988):

- Barreiras organizacionais: relacionam-se às características dos recursos que podem dificultar ou facilitar a obtenção do atendimento, como: forma de marcação da consulta, tempo de espera no dia para o atendimento, tempo entre primeira consulta e retorno, relação com os profissionais, atendimento na recepção e qualidade do serviço.
- Barreiras geográficas: consistem na determinação do espaço através da distância linear, distância de traslado, tempo total percorrido e custos diretos e indiretos com transporte.

4.8.3 Utilização dos serviços

As seguintes categorias foram analisadas:

- Motivo que originou a busca pelo serviço conforme a necessidade de tratamento quanto às seguintes especialidades: endodontia, periodontia, tratamento em pacientes especiais, ortodontia, cirurgia, prótese, cirurgia oral menor e lesão de mucosa.
- Integralidade do cuidado, relacionada à condução horizontal (necessidade de serviços na atenção básica) e vertical (relação estabelecida entre os demais níveis de complexidade).

4.9 Aspectos éticos

O projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento informado (Anexo B), sendo assegurados o sigilo e confidencialidade das informações. A identidade de todos os sujeitos foi resguardada. Foi também garantido o sigilo e o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, seguindo-se o disposto na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e a autorização do município para o trabalho junto ao CEO.

5 RESULTADOS

5.1 Características sócio-demográficas

As características dos usuários do Centro de Especialidades Odontológicas apontam que, de um total de 148 pessoas entrevistadas, 74,3% eram mulheres e 25,7% homens. A idade variou entre 3 e 75 anos, sendo que um número significativo dos entrevistados tinha idade acima dos 36 anos (41,2%). Outro item se refere à baixa escolaridade onde 12,3% dos entrevistados se declararam analfabetos e 32,8% possuíam ensino básico incompleto e completo. Chamou a atenção o fato de a grande maioria (70,2%) não possuir emprego formal, sendo que 18,2% diziam ser estudantes ou estagiários. A maioria dos usuários possui rendimento familiar de até um salário mínimo (SM) (58,1%) (Tabela 1).

5.2 O acesso dos usuários ao serviço

Quanto ao acesso organizacional, a maioria chegou ao serviço via atenção básica: as Unidades de Saúde da Família (USF) foram responsáveis por 71,7% dos encaminhamentos, seguindo-se da UBT com 23,7%. A forma de agendamento predominante no município foi por meio da central de marcação representando 89,1% dos casos, o que vem explicar a ausência das filas para marcação, constituindo-se numa importante redução de barreira organizacional. Não houve diferença entre o tempo de marcação e a consulta e o tempo entre o encaminhamento pelo odontólogo e a consulta, haja vista que a própria unidade de saúde é responsável pela marcação. Porém, cerca de 27% dos usuários apontaram que o tempo para a primeira consulta chegou a mais de 31 dias. (Tabela 2).

Chamou a atenção que a maioria dos usuários relatou um tempo médio para a consulta de retorno de até 30 dias (79,7%), mas há um número importante que chega a 90 dias para retorno (15,2%). A totalidade dos usuários afirmou que a consulta não foi com hora marcada. (Tabela 2).

No componente acesso geográfico, pode-se observar que o meio mais utilizado foi o transporte público, representando 88,5%. Um obstáculo percebido refere-se ao tempo de deslocamento que chegou a mais de 40 minutos, fato referido por 46,6% dos usuários. Para 44,6% dos usuários, o tempo variou entre 16 a 40 minutos. Isso pode estar relacionado à localização deste CEO, fora do centro da cidade, principalmente por se tratar de um município com extensa área territorial (Tabela 2).

5.3 Utilização dos serviços

Os procedimentos especializados mais buscados por esse grupo de usuários foi o tratamento endodôntico e protético, com 35,1% e 25%, respectivamente. Destacou-se o pequeno número de usuários entrevistados para o tratamento periodontal e pacientes especiais (6,8%). Uma particularidade importante desse município é a inclusão da especialidade de ortodontia preventiva e interceptativa neste CEO, referido por 13,5% dos entrevistados (Tabela 3).

5.4 Integralidade do cuidado

No componente da integralidade, observou-se que 61% dos usuários relataram estar em tratamento odontológico ou tiveram seu tratamento concluído na AB. Contudo, a maioria dos entrevistados relatou não ter recebido nenhum instrumento de encaminhamento para referência e contra-referência (74,3%), o que pode ser considerado um ponto para melhoria no uso dos protocolos assistenciais pelas ESBs (Tabela 3).

Dentre os procedimentos mais realizados, destacaram-se o tratamento restaurador e a profilaxia (37,9% dos usuários). Chamou a atenção o grande número de procedimentos cirúrgicos mutiladores, as exodontias, relatadas por 32,4% dos usuários que realizaram procedimentos na AB. Tal fato pode estar relacionado à inexistência de tratamento endodôntico em dentes bi e tri-radiculares neste CEO (Tabela 3). Outro fato se refere à pequena oferta de procedimentos que priorizem a promoção de saúde, como a higiene bucal supervisionada, relatada por apenas 15,5% dos usuários entrevistados (Tabela 3).

A análise bivariada apontou para diferenças significantes entre o tipo de procedimento, retirando-se a Ortodontia, no CEO e o tratamento realizado na AB ($p=0,009$), ou seja, a maioria dos usuários que demandou tratamento endodôntico, estava fazendo ou fez tratamento na AB (69,3%), enquanto apenas 37,8% daqueles que demandaram prótese tiveram tratamento odontológico completo no nível primário da assistência. Houve diferença também entre o tipo de procedimento e o tempo para seu agendamento ($p=0,004$) e a faixa etária do usuário ($p=0,000$) na medida em que a maioria dos usuários que buscou tratamento endodôntico o fez em até 15 dias (57,7%), enquanto, para periodontia/cirurgia oral menor e prótese, apenas 38,5% e 32,4% dos usuários o fizeram nesse mesmo período. Quanto à faixa etária, chamou a atenção o fato de os mais jovens buscarem tratamento endodôntico e

periodontal/cirúrgico, enquanto aqueles acima de 50 anos buscavam, em sua maioria, tratamento protético (Tabela 4).

5.5 Organização do serviço

Com a observação direta das práticas, pode-se descrever melhor a organização e o processo de trabalho do CEO. Os principais achados referem-se ao pequeno tempo dispensado pelos profissionais para o atendimento clínico dos usuários, uma vez que o tempo máximo de trabalho dos profissionais o atendimento de todos os pacientes agendados chegou a duas horas por turno. Vale ressaltar que a carga horária contratada para os profissionais das especialidades: periodontia, cirurgia buco-maxilo-facial, prótese e ortodontia, são de 30 horas, e para endodontia é de 20 horas.

Outro problema identificado é que o serviço não pode verificar o número de pacientes agendados, pois o CEO não tem recebido a lista de pacientes da central de marcação. Isso tem dificultado o funcionamento do serviço no sentido da otimização dos recursos humanos disponíveis, como o uso de listas de espera, para a substituição de faltosos.

Apenas os pacientes que trazem a ficha do agendamento são atendidos e antes da consulta, caso o paciente seja novo, seus dados são transcritos para a ficha clínica. O agendamento de retorno é realizado no próprio CEO, e o funcionamento é apenas de segunda a quinta-feira para o atendimento de especialidades. Às sextas-feiras, o CEO funciona como espaço para a qualificação de profissionais via cursos pagos, mediante convênio estabelecido com a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) do município.

5.6 Taxa de utilização (relação oferta/utilização)

Observou-se uma baixa taxa de utilização nos procedimentos de endodontia e cirurgia representando 16,1% e 26,5% respectivamente. Nos procedimentos de periodontia, a taxa de utilização foi de 104,6%, que pode ser explicada pelo tipo de procedimento que tem maior demanda, a raspagem corono-radicular-por sextante que, muitas vezes, é procedimento da atenção básica (Tabela 5, Gráfico 1).

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que o perfil sócio-econômico dos usuários atendidos pelo SUS é similar ao de outras pesquisas, com predomínio da baixa escolaridade, menor renda familiar e maior participação do sexo feminino (PNAD, 1998; BRASIL, 2003). O predomínio de mulheres pode ser atribuído à maior percepção das necessidades de saúde. Observou-se uma diferença no que se refere ao grupo etário, com uma maior participação de adultos e jovens diferentemente do que apontam outros estudos. A justificativa deve estar provavelmente na inclusão de serviços odontológicos na atenção especializada, o que pode ser considerado positivo, haja vista ser a assistência odontológica pública voltada especialmente para crianças em idade escolar e gestantes.

No Brasil, estudos têm apontado a existência de significativas diferenças nas taxas de utilização dos serviços de saúde que, como consequência, acabam produzindo desigualdades de acesso como reflexo das desigualdades sociais (ARAÚJO; LEITÃO, 2005; RIBEIRO-SOBRINHO, 2006). Este estudo reforça essa afirmativa em razão da identificação de alguns obstáculos organizacionais e geográficos que podem estar dificultando o acesso e a utilização dos serviços.

As barreiras organizacionais referem-se principalmente ao tempo para a realização da consulta, que chega a demorar mais de noventa dias, referido por 6,7% dos usuários. Outro fato é a diferença deste tempo por tipo de especialidade: menor para o tratamento endodôntico e maior para cirurgia/periodontia e prótese. O tempo para a consulta de retorno não apontou significativa diferença entre as especialidades, o que pode ser justificado pela facilidade da marcação de retorno, realizada no próprio CEO.

Destaca-se, em relação ao grupo etário, que os usuários maiores de 50 anos (59,5%) utilizaram o serviço de prótese, enquanto os jovens buscaram o serviço de endodontia, periodontia e cirurgia. Este fato pode estar relacionado com a inclusão da população adulta nestes serviços ainda há pouco tempo discriminado e também pelo número superior dos profissionais endodontistas. O estudo de Ribeiro-Sobrinho (2006) apontou para uma baixa cobertura real dos procedimentos especializados e entre os obstáculos avaliados do serviço constatou a marcação como seu principal obstáculo, o que não foi o principal obstáculo organizacional deste estudo em particular. Na verdade, no presente estudo, observou-se uma baixa taxa de utilização dos procedimentos endodônticos e cirúrgicos (16,1% e 26,5%, respectivamente), que pode ser explicado por falta de um sistema de gestão de metas de produção por especialidade ou pela provável sub-notificação de alguns registros. Para os

procedimentos periodontais, a taxa foi superior ao esperado, 104,6%, que pode estar associada ao elevado número de raspagens corono-radiculares que vem sendo realizado no CEO representando aproximadamente 70% do total de procedimentos periodontais realizados. Essa evidência revelou também as prováveis dificuldades da AB, gerando encaminhamentos indevidos para os especialistas, o que pode ser considerado um desvio do que é proposto pelo protocolo municipal de saúde bucal.

Embora não tenha sido citado pelos usuários, a consulta por ordem de chegada pode gerar ansiedade nos que aguardam para o atendimento, especialmente por se tratar de procedimentos considerados culturalmente como dolorosos, como o tratamento endodôntico. Outro obstáculo identificado se refere ao tempo de deslocamento para o CEO, que, na maioria, ultrapassou 40 minutos em virtude da distância para o centro urbano, o que pode ser justificado pelo tipo de transporte utilizado pelos usuários, transporte público, agregando custo para eles. Estudos que investigam barreiras geográficas apontam como tempo médio ideal de deslocamento cerca de 15 minutos (RIBEIRO-SOBRINHO, 2006). Outros fatos importantes a se considerar referem-se ao descumprimento da carga-horária pelos profissionais, a dificuldade de comunicação com a central de marcação e a restrição de atendimentos especializados às sextas-feiras.

Mesmo não fazendo parte dos procedimentos obrigatórios no CEO, a inclusão do tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo é um aspecto positivo do serviço, porém ainda insuficiente para as necessidades principalmente para a população jovem e adulta. Para os procedimentos periodontais, foi observada uma pequena procura nos dias que foram realizadas as entrevistas com os usuários, o que pode ter sido uma lacuna deste estudo. É importante destacar que estes procedimentos têm gerado uma grande produção ambulatorial do CEO.

Alguns estudos têm destacado a relevância da integralidade e sua intencionalidade, na justificativa não somente na quantidade de serviços implantados, mas na forma como o usuário é conduzido ao interior do sistema de saúde e seu caráter contínuo e coordenado. Em Florianópolis, um estudo sobre a implantação de Equipes de Saúde da Família apontou alguns problemas em decorrência do número insuficiente de profissionais e na referência para os serviços especializados e o comprometimento que esta barreira poderia causar à integralidade (CONILL, 2004). No presente estudo, de alguma maneira, essa integralidade tem sido garantida, mas foram observadas algumas dificuldades na garantia da integralidade do cuidado já que a maioria dos usuários (75%) relatou não ter recebido o instrumento de

encaminhamento da AB, bem descrito como imprescindível no protocolo municipal de saúde bucal.

No que se refere à integralidade, portanto, a maioria dos usuários realizou algum procedimento na AB, sendo os mais citados aqueles de caráter restaurador/preventivo como limpeza dentária, restaurações e aplicação de flúor. A realização de procedimentos cirúrgicos deve-se ao fato de, até o presente momento, não ter havido uma adequação do serviço de endodontia, ampliando a oferta deste serviço para dentes uni e bi radiculares, representando ainda uma lacuna e ponto para melhoria da integridade à saúde bucal nesse município. Ou seja, os serviços devem se adequar às necessidades de saúde da população e não às necessidades de oferta dos profissionais do serviço.

Entre as especialidades, a prótese tem sido aquela onde se observou a menor integralidade, onde a maioria dos usuários (62,2%) não estava em tratamento na AB. Esse fato deve ser mais bem investigado porque pode estar relacionado com o tipo de prótese necessária, no caso a prótese total, mas também pode estar indicando uma pouca integração dessa ação reabilitadora às ações de promoção, prevenção e restauração prévias, considerando-se o conceito de integralidade assumido pelo presente estudo.

Observou-se a baixa oferta dos procedimentos de higiene bucal supervisionada entre os usuários entrevistados, fato que pode comprometer a manutenção dos serviços realizados no CEO e aumentar a incidência de doenças e agravos à saúde. Um estudo realizado no estado de São Paulo constata que apenas 11% dos municípios declararam realizar ações para a população adulta (ZILBOVICIUS, 2005). Esta proposição reforça a idéia de que a promoção da saúde ainda se encontra direcionada ao âmbito escolar (RONCALLI, 2000).

A baixa taxa de utilização pode ser reveladora de problemas de gestão do serviço. Cabe destacar que todos os profissionais de saúde especialistas, atuantes no CEO, têm inserção no setor privado, o que exige da gestão municipal um esforço na manutenção de padrões de produção desse serviço, para ajustá-los às necessidades do sistema público de saúde municipal, o que pode gerar tensões importantes no grupo. A problemática da dupla militância dos profissionais cirurgiões-dentistas deve ser incorporada como uma realidade já identificada em estudo anterior (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo apontam para os desafios do SUS nesse município analisado, de implantar redes de atenção que traduzam as reais necessidades da população compreendida com base em um melhor entendimento da situação de saúde. Para tanto, a PNSB vem incentivando a oferta de novos serviços, como a implantação dos CEOs, que tem como missão garantir a continuidade dos fluxos no sistema de saúde, através da atenção odontológica especializada.

A PNSB no componente da implantação do CEO nesse município tem apontado para ajustes no que se refere a inclusão de outras especialidades, mas revela a necessidade de maior programação da oferta de serviços pela gestão e maior adequação dessa oferta às necessidades de saúde, já identificadas em inquéritos epidemiológicos de saúde bucal na população adulta, haja vista que apesar da grande demanda, não é ainda ofertado endodontia de multiradiculares.

Ou seja, esse estudo demonstrou a fragilidade do CEO em suprir as enormes necessidades da população para os serviços especializados. As principais dificuldades encontradas referem-se aos obstáculos que têm dificultado o acesso e a utilização dos serviços prestados. Propõem-se então, alguns ajustes na dimensão organizacional e geográfica que possibilitariam uma melhor adequação do serviço como: descentralização da marcação para o CEO; atendimento com horário definido; adequação da carga-horária estabelecida dos profissionais com metas de produção claras por hora de trabalho; ampliação do atendimento para todos os dias da semana; e locação de um espaço mais central no município para implantação de outro CEO.

Outro aspecto relevante se refere à garantia de uma abordagem integral, pelo acesso à AB e continuidade do cuidado na atenção especializada. Isso só será possível com envolvimento dos profissionais, principalmente na adequação de protocolos, implantação de projetos de acolhimento, reforçando a importância na construção desses processos, ainda inacabados. Assim, para que os ajustes tenham o resultado esperado na prática, é imprescindível que a gestão assuma seu papel na tomada de decisão a fim de permitir avanços nos mecanismos de planejamento e avaliação das ações, principalmente aqueles relacionados ao acesso e utilização da população aos serviços de saúde.

Como principal lacuna deste estudo, pode-se apontar a utilização de uma amostra de demanda e não uma amostra de base populacional. Ou seja, o estudo não identificou aqueles indivíduos que não chegaram ao CEO, apenas aqueles que chegaram. Estudos mais amplos

com abordagens mistas devem ser indicados. Outra lacuna pode ter sido a pequena amostra de usuários que buscavam tratamento periodontal. Sugere-se a realização de estudos específicos por tipo de procedimento demandado, o que possibilitará amostras mais extensivas por especialidade.

Espera-se que este estudo contribua para estudos mais amplos na avaliação do acesso e utilização dos serviços prestados pelo SUS e que tenha fornecido subsídios para avaliação da implantação dos CEOs em outros municípios no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doença sexualmente transmissíveis; experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 396-403, 2005.
- ASSIS, L. N. **Políticas de Saúde Bucal no período Pós-Constituinte (1998-2004)**. 2006. 118p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, UFBA Salvador.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. Â. A.. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- BARROS, A.; BERTOLDI, A. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS** (Coleção Progestores/ Para entender a gestão do SUS). Brasília, v. 9, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2002-2003: Resultados Principais. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde** [periódico na internet]. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politicanacionalbrasilsorridente.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Brasil Sorridente**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politicanacionalbrasilsorridente.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2008.
- _____. MS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, 10 de outubro de 1966.
- _____. Portaria GM/ MS nº 1.570, de 29 de julho de 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/dab/saudebucal/portarias_esb.php>. Acesso em: 21 nov. 2007.
- BRASIL. **Portaria GM/ MS nº 1.571**, de 29 de julho de 2004.
- _____. **Portaria GM/ MS nº 1.572**, de 29 de julho de 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/dab/saudebucal/portarias_esb.php>. Acesso em: 21 nov. 2007.
- _____. **Portaria GM/ MS nº 1101**, de 12 de junho de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 21 out. 2008.

- _____. **Portaria GM/ MS nº 283**, de fevereiro de 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/dab/saudebucal/portarias_esb.php>. Acesso em: 21 nov. 2007.
- _____. **Portaria GM/ MS nº 599**, de 23 de março de 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/dab/saudebucal/portarias_esb.php>. Acesso em: 21 nov. 2007.
- _____. **Portaria GM/ MS nº 600**, de 23 de março de 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/dab/saudebucal/portarias_esb.php>. Acesso em: 21 nov. 2007.
- _____. **Portaria SAS/ MS nº 562**, de 30 de setembro de 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/dab/saudebucal/portarias_esb.php>. Acesso em: 21 nov. 2007.
- _____. Saúde Bucal. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica**, Série A, n. 17, 92p. 2006.
- _____. Congresso Nacional. **Constituição (1988)**. Brasília, 1988. 292p.
- _____. Lei 8.080/90. **Dicionário Oficial da União**, Brasília, 19 de setembro de 1990.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CHAVES, S.C.L.; VIEIRA-DA-SILVA. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1119-1131, maio 2007.
- _____. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6):1697-1710, 2007.
- CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set./out. 2004.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (ed.) **Avaliação em saúde**: dos métodos à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, p. 29-48 FIOCRUZ, 1997.
- DONABEDIAN, A. **Aspectos of medical care administration**. Boston: Havard University Press, 1973.
- _____. **Los espacios de la salud**: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Ed. Biblioteca de la Salud. 1ª edição espanhola, México, 1988.
- ESCOREL, S. **Reviravolta da saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p.175-206.
- FRENK, J. M. **El concepto y la medición de accesibilidad**. In: OPAS; WHITE, K. L. (Ed.). Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington: OPS, 1992. p. 929-943.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98)**. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1998.

GOMES, R et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M.C. S.; ASSIS, S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 185-221.

MOYSÉS, S. J. Saúde Bucal. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Livraria Santos, 2002. 120p.

NARVAI, P. C; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, P.; MOYSÉS, S. J. **Saúde bucal das famílias trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.1-20.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **A luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. p.11-47.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation. The new century text**. Thousands Oaks-London- New Delhi; SAGE Publications, 1997.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J.W. The concept of access - definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, n. 19, p. 127-40, 1981.

RONCALLI, A. G. **Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal- universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. 2000. 239p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Araçatuba.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. **Evaluation, a systematic approach**. Beverly Hills: Sage Publications, 2004.

RIBEIRO-SOBRINHO, C. **Avaliação de cobertura e acessibilidade do serviço da Polícia Militar da Bahia em Salvador**, 2006. 72p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20sup., n. 2, p.190-198, 2004.

VIANNA, M. I. P. **Estado e atenção odontológica no Brasil: um estudo sobre as políticas de saúde Bucal na conjuntura Pós-74**. 1988. 211p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ, 15-39, 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A.; CHAVES, S. C. L.; ALVES, G. P.; PAIM, J. S. **Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v. 23, n. 2, p. 355 -370, 2007.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. **Conquista Sorriso: condições de saúde bucal. Resultados principais.** 2005.75p.

WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança.** 1994. 84p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Fluminense.

ZANETTI, C. H. G. **As marcas de mal-estar social no sistema nacional de saúde tardio: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80.** 1993. 133p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

ZILBOVIUS, C. **A saúde bucal e o SUS: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal.** Biblioteca virtual em saúde, s.n., 111p, 2005. Disponível em: <<http://search.bvsalud.org>>. Acesso em: 22 out. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Tabelas e gráfico.

Tabela 1 – Distribuição percentual das características sócio-demográficas dos usuários do Centro de Especialidades Odontológicas (n=148). Município de médio porte, 2008.

Variáveis	n(%)
Sexo	
Masculino	38(25,7)
Feminino	110(74,3)
Idade	
3 - 21 anos	50(33,8)
22 - 35 anos	37(25,0)
36 e mais	61(41,2)
Escolaridade (n=146)	
Analfabeto	18(12,3)
Básico e fundamental incompleto e completo	89(61,0)
Ensino médio incompleto e completo	37(25,3)
Ensino superior incompleto e completo	2(1,4)
Emprego atual	
Sim	44(29,8)
Não	104(70,2)
Renda	
Até 1 SM	86(58,1)
Maior que 1 até 3 SM	46(31,0)
Maior que 3 SM	7(4,8)
Outros (sem rendimento/ ou sem informação)	9(6,1)

Tabela 2 – Distribuição das características do acesso dos usuários ao Centro de Especialidades Odontológicas (n=148). Município de médio porte, 2008.

Variáveis	n(%)
Forma de acesso ao CEO	
Livre demanda	5(3,3)
Referência da Unidade Básica tradicional	35(23,7)
Referência da USF	106(71,7)
Outros	2(1,3)
Forma de marcação	
Marcou presencialmente na recepção	7(4,8)
Marcou via Central de Marcação	132(89,1)
Outros	9(6,1)
Fila para marcar	
Sim	4(2,7)
Não	144(97,3)
Tempo entre a marcação e a consulta	
Até 15 dias	68(46,0)
Entre 16 dias e 30 dias	41(27,7)
Entre 31 dias e 90 dias	29(19,6)
Mais que 90 dias	10(6,7)
Tempo entre o encaminhamento pelo CD e a consulta (n=146)	
Até 15 dias	
Entre 16 dias e 30 dias	66(45,2)
Entre 31 dias e 90 dias	41(28,0)
Mais que 90 dias	29(20,0)
Tempo para consulta de retorno (n=79)	
Até 15 dias	10(6,8)
Entre 16 dias e 30 dias	31(39,2)
Entre 31 dias e 90 dias	32(40,5)
Mais que 90 dias	12(15,2)
Consulta com hora marcada	
Sim	4(5,1)
Não	0(0,0)
Meio de transporte utilizado	
Ônibus	148(100,0)
Caminhando	131(88,5)
Outros (bicicleta, carro, moto)	2(1,4)
Tempo de deslocamento (n=147)	
Até 15 minutos	15(10,1)
Entre 16 a 40 minutos	13(8,8)
Mais que 40 minutos	66(44,6)
	69(46,6)

Tabela 3 – Distribuição percentual das características da demanda e integralidade da atenção à saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas (n=148). Município de médio porte, 2008.

Variáveis	n(%)
Tipo de procedimento realizado	
Tratamento endodôntico	52(35,1)
Tratamento periodontal e pacientes especiais	10(6,8)
Cirurgia oral menor e lesão de mucosa	29(19,6)
Prótese	37(25,0)
Ortodontia	20(13,5)
Tratamento concluído ou em tratamento na atenção básica	
Sim	90(61,0)
Não	58(39,0)
Encaminhamento com ficha de referência e contra-referência	
Sim	38(25,7)
Não	110(74,3)
Procedimentos realizados na atenção básica (n=90)	
Restauração	56(37,9)
Higiene Bucal Supervisionada	56(37,9)
Exodontia	23(15,5)
Aplicação tópica de Flúor	48(32,4)
Reimplantação de dente avulsionado	38(25,7)
	1(0,7)

Tabela 4 - Número e percentual de usuários segundo o tempo para agendamento da consulta e tempo de encaminhamento para o CEO, tempo para a consulta de retorno, escolaridade e faixa etária por tipo de procedimento demandado no Centro de Especialidades Odontológicas (n=128), exceto Ortodontia. Município de médio porte, 2008.

Co-variáveis	Tipo de procedimento				Chi ²	P Valor
	Endodontia	Periodontia e cirurgia	Prótese	Total		
Tratamento completo na Unidade de Saúde (n=128)						
Sim	36(69,3)	25(64,1)	14(37,8)	75(58,6)	9,4829	0,009*
Não	16(30,7)	14(35,9)	26(62,2)	53(41,4)		
Tempo para agendamento da consulta (n=128)						
Até 15 dias	30(57,7)	15(38,5)	12(32,4)	57(44,5)	14,4130	0,004**
Entre 16 e 30 dias	17(32,7)	9(23,1)	10(27,0)	36(28,1)		
Mais que 30 dias	5(9,6)	15(38,4)	15(40,6)	35(27,4)		
Tempo entre o encaminhamento do dentista e a consulta (n=126)						
Até 30 dias	46(90,2)	24(61,5)	21(58,3)	91(72,2)	14,8058	0,001**
Entre 31 e 40 dias	0(0,00)	1(2,6)	2(5,6)	3(2,4)		
Superior a 40 dias	5(9,8)	14(35,9)	13(36,1)	32(25,4)		
Tempo para a consulta de retorno (n=73)						
Até 10 dias	14(50,0)	5(27,8)	11(40,7)	30(41,1)	4,5849	0,346**
Entre 15 e 60 dias	12(42,9)	8(44,4)	10(37,1)	30(41,1)		
Superior a 60 dias	2(7,1)	5(27,8)	6(22,2)	13(17,8)		
Faixa etária (n=128)						
0 - 21 anos	20(38,4)	11(28,2)	1(2,7)	32(25,0)	44,8334	0,000**
22 - 50 anos	29(55,8)	24(61,5)	14(37,8)	67(52,3)		
Maior que 50 anos	3(5,8)	4(10,3)	22(59,5)	29(22,7)		
Escolaridade (n=127)						
Analfabeto	5(9,6)	5(13,2)	6(16,2)	16(12,6)	1,7882	0,770**
Fundamental e básico incomp, e completo	30(57,7)	22(57,9)	23(62,2)	75(59,1)		
Ensino médio e superior incomp, e completo	17(32,7)	11(28,9)	8(21,6)	36(28,4)		

*P valor obtido pelo teste qui-quadrado de Pearson. ** P valor obtido pelo teste exato de Fisher.

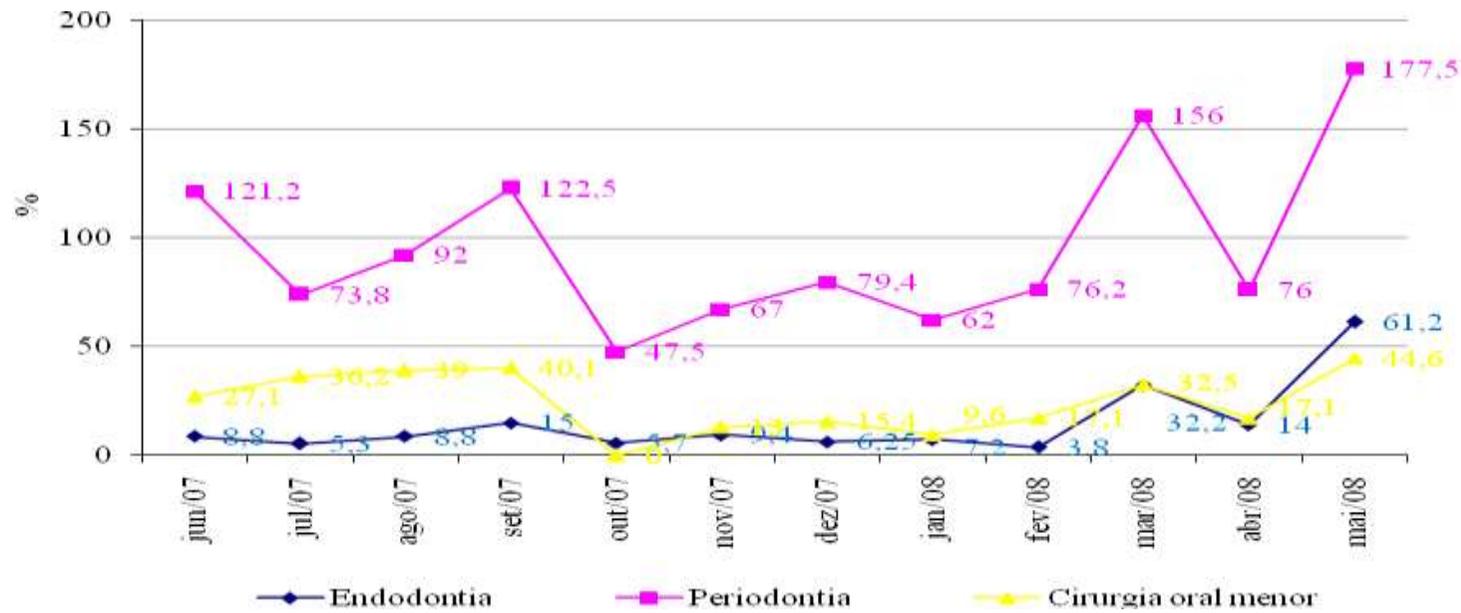
Tabela 5- Distribuição percentual da oferta e utilização nas especialidades: endodontia, periodontia e cirurgia oral menor no Centro de Especialidades Odontológicas. Município de médio porte, 2008.

Indicadores	2007/2008
Oferta por especialidade/ano*	
Endodontista (4 profissionais)	7.040
Periodontista (1 profissional)	1.760
Cirurgião oral menor (1 profissional)	2.640
Utilização por especialidade/ano	
Endodontista	1.135
Periodontista	1.841
Cirurgião oral menor	701
Relação oferta/utilização (Taxa de utilização) (%)	
Endodontista	16,1
Periodontista	104,6
Cirurgião oral menor	26,5

*Padrão proposto para endodontia e periodontia: 2 procedimentos por hora por profissional, considerando 20 horas de trabalho por semana, quatro semanas no mês em 11 meses no ano.

*Padrão proposto para cirurgia: 3 procedimentos por hora por profissional, considerando 20 horas de trabalho por semana, quatro semanas no mês em 11 meses no ano.

Gráfico 1 - Distribuição percentual da taxa de utilização dos serviços de endodontia, periodontia e cirurgia oral menor no Centro de Especialidades Odontológicas no período de junho de 2007 a maio de 2008. Município de médio porte, 2008.



Fonte: SIA/SUS

ANEXOS

ANEXO A - Questionário aos Usuários do Centro de Especialidades Odontológicas com consulta marcada para aquele dia.



QUESTIONÁRIO



Cidade: _____ Entrevistador: _____ Data: ____/____/2008.

Nome: _____ Qual a sua idade? _____ anos

1. Sexo: 1.Masculino 2.Feminino

I. Perfil do usuário

2. O(a) senhora estudou até que série?

_____anos completos de estudo

3. Você está atualmente trabalhando? 1.Sim 2.Não

4. Se sim, em quê? _____

5. Se não, qual foi seu último trabalho? _____

II. Utilização e Acesso

6. O(a) senhor(a) está com consulta marcada para qual procedimento no Centro de Especialidades Odontológicas?

1.tratamento endodôntico 2.tratamento periodontal 3.pacientes especiais
4.lesão de mucosa 5.cirurgia oral menor 6. Outro Qual? _____

7. O(a) senhor(a) está fazendo ou fez tratamento odontológico completo no Posto de Saúde antes de vir para esse Centro?

1.Sim 2.Não

8. Se sim, quais procedimentos o(a) senhor(a) fez no Posto de Saúde? (não excludentes)

1.restauração(ões) simples 2.limpeza dos dentes 3.Higiene Bucal Supervisionada
4.Exodontia(s) 5.aplicação de flúor 6.outro qual? _____
7. Não se Aplica

9. O(a) senhor(a) foi encaminhado para o CEO com alguma ficha de referência?

1.Sim 2.Não

10. Como o(a) senhor(a) veio a esse CEO?

1.Livre demanda 2.Referência do Posto de Saúde 3.Referência de USF
4.Consultório particular 5.Hospital 6.Pronto Socorro
7.Outro Qual? _____

11. Como foi que o(a) senhor(a) conseguiu a primeira consulta para ser atendido aqui?

1.Pegou a ficha hoje 2.Marcou consulta presencialmente na recepção
3.Marcou consulta via Central de Marcação 4.O cirurgião-dentista do Posto marcou a consulta
5.Lista de espera no CEO 6.Um profissional da rede conhecido marcou
7.Um terceiro(amigo/familiar) marcou 8.Marcou consulta por telefone
9.Outro. Qual? _____

Considerando que marcou:

12. Havia fila para marcar? 1.Sim 2.Não 3.Não se Aplica

13. *Que horas chegou para marcar (ele ou terceiro)?*

____horas ____minutos desse dia atual da marcação

____horas ____minutos do dia anterior da marcação

Não se Aplica

14. Quanto tempo esperou para marcar a consulta (tempo entre a chegada no CEO ou Central e a marcação)? ____horas ____minutos Não se Aplica

15. Para quanto tempo foi agendada a consulta (tempo entre o dia da marcação e a realização da consulta) em dias? ____dias Não se Aplica

16. Quanto tempo decorreu entre o encaminhamento feito pelo dentista e o agendamento da primeira consulta? ____dias Não se Aplica

17. A consulta foi com hora marcada (considerar hora e não turno)? 1.Sim 2.Não

18. Se a sua consulta é uma consulta de retorno, quanto tempo decorreu/levou entre a consulta anterior e o retorno? ____dias Não se Aplica

19. Se esta já é a segunda consulta: O Sr (a) considera que o atendimento de saúde recebido aqui foi:

1.muito bom 2.bom 3.regular 4.ruim 5.Muito ruim 6.Não se Aplica

20. Por favor, justifique sua opinião sobre o atendimento.

21. Meio de transporte utilizado:

1.Caminhando 2. Ônibus 3.Bicicleta 4.Carro 5.outro _____

22. Quanto tempo demorou para chegar ao CEO? ____ minutos

23. Qual o rendimento mensal da sua família em Salários Mínimos(SM)?

1)Sem rendimento 2)Até 1 SM 3)Mais de 1 a 2 SM 4)Mais de 2 a 3 SM

5)Mais de 3 a 5 SM 6)Mais de 5 a 10 SM 7)Mais de 10 a 20 SM 8)Mais de 20 SM 9)Não sei

O(a) senhor(a) pode nos dar seu telefone para posterior contato sobre o final do tratamento?

() _____/() _____

Anexo B - Termo de Consentimento Informado dos usuários.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 FACULDADE DE ODONTOLOGIA
 DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PEDIÁTRICA
 Rua Araújo Pinho, 72, 6^o andar, Canela
 40110-912 Salvador – Bahia, Brasil



Termo de Consentimento Informado dos usuários

Eu, Luciana Farias Souza, estou pesquisando os problemas que a população enfrenta para ser atendida nos postos de saúde da Prefeitura, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e facilitar o acesso.

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Você poderá entrar em contacto com a coordenação do projeto, Profa. Sônia C L Chaves através do telefone (71)3495-6210.

Eu (entrevistado) (a) _____ declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa **"Referência e contra-referência da atenção à saúde na Bahia: a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas"** e aceito nela participar.

_____, ____/____/2008.

 Assinatura do entrevistador

 Assinatura do entrevistado



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 FACULDADE DE ODONTOLOGIA
 DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PEDIÁTRICA

Rua Araújo Pinho, 72, 6^o andar, Canela
 40110-912 Salvador – Bahia, Brasil



Termo de Consentimento Informado dos usuários

Eu, Luciana Farias Souza, estou pesquisando os problemas que a população enfrenta para ser atendida nos postos de saúde da Prefeitura, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e facilitar o acesso.

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Você poderá entrar em contacto com a coordenação do projeto, Profa. Sônia C L Chaves através do telefone (71)3495-6210.

Eu (entrevistado) (a) _____ declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa **"Referência e contra-referência da atenção à saúde na Bahia: a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas"** e aceito nela participar.

_____, ____/____/2008.

 Assinatura do entrevistador

 Assinatura do entrevistado