



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Clécio Miranda Castro

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS: DADOS DO 3º CICLO DO PMAQ-AB

SÃO LUÍS-MA

2022

CLECIO MIRANDA CASTRO

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS: DADOS DO 3º
CICLO DO PMAQ-AB

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à Banca do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da
Rede Nordeste de Formação em Saúde
da Família, da Universidade Federal do
Maranhão

Área de Concentração: Atenção e
gestão do cuidado

Orientadora: Profa. Dra. Aline Sampieri
Tonello

SÃO LUÍS-MA

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Castro, Clécio Miranda.

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS: DADOS DO 3º CICLO DO PMAQ-AB / Clécio Miranda Castro. - 2022.
96 p.

Orientador(a): Aline Sampieri Tonello.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Satisfação dos usuários. 3. Serviços de Saúde bucal. I. Tonello, Aline Sampieri. II. Título.

Clécio Miranda Castro

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS: DADOS DO
3º CICLO DO PMAQ-AB

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde
da Família, da Universidade Federal do Maranhão

Banca Examinadora:

Dra. Aline Sampieri Tonello Universidade Federal do Maranhão
Presidente/Orientador

Dra. Judith Rafele Oliveira Pinho Universidade Federal do Maranhão
Prof. Interna

Dra. Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Universidade Federal da Paraíba
Prof. Externa

Data da Aprovação: 22 de setembro de 2022

SÃO LUÍS-MA

Aos meus pais, que me alicerçaram sempre
Aos meus filhos, fundamentos dos meus esforços

AGRADECIMENTOS

À Trindade Santa, que em sua infinita bondade, me permitiu ingressar e concluir esse Mestrado.

À minha esposa, Nayra Helena, que com paciência e amor enfrentou mais essa jornada comigo.

À minha filha, Maria Cecília, por compreender minhas ausências quando necessárias; ao meu filho, Benjamin José (autista), por me ensinar a olhar sob a perspectiva do seu universo.

À Universidade Federal do Maranhão por ter viabilizado a realização do Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF e por torná-lo possível.

À minha orientadora, Profa. Dra. Aline Sampieri Tonello, por compartilhar sua experiência e seus ensinamentos, por sua paciência e carinho com que sempre esteve na construção deste trabalho, pois realmente vivi a verdadeira orientação, me conduzindo passo a passo no caminho deste TCM.

Aos meus colegas da 4ª turma de Mestrado, em especial às amigas do “Nosso Grupo” - Inês Barros, Cristina Rosângela, Cléia Varão e Ana Cleide - pelo amor que cada uma dedicou aos nossos trabalhos e pelo aprendizado que trocamos nesse período inesquecível.

À minha equipe da UBS Vila Maranhão, em Gov. Nunes Freire, por não desistirem em construir um serviço mais humanizado para nossos usuários e todos que de alguma forma estão envolvidos na minha vida e contribuíram para esta caminhada.

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito.*

*Não sou o que deveria ser, mas,
Graças à Deus, não sou o que era antes.”
(Martin Luther King)*

RESUMO

A satisfação dos usuários com os serviços de saúde desempenha um papel importante para a consolidação e aprimoramento das políticas públicas, proporcionando avanços na produção, gestão e avaliação das ações. O objetivo desta pesquisa foi analisar os fatores associados à satisfação dos usuários que receberam atendimento das equipes de saúde bucal da atenção primária em saúde (APS) no Brasil. Trata-se de um estudo transversal com dados provenientes do módulo III da Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica). Foram incluídos os usuários atendidos pelas equipes de saúde bucal (eSB) que responderam sim às perguntas 5.2.6, 18.1 e 8.11 do módulo III, totalizando 50.830 usuários. Para avaliar a satisfação dos usuários com serviço prestado pelas eSB, foi construído um indicador de satisfação dicotomizado em sim e não a partir de cinco perguntas presentes no Bloco 21 (Satisfação com o cuidado) do módulo III. Também foram analisadas as características demográficas, socioeconômicas, de acesso, de coordenação do cuidado, de primeiro contato, de longitudinalidade, de vínculo e de integralidade com a equipe saúde bucal. Análises uni e multivariável foram realizadas por meio da regressão de Poisson com variância robusta com modelagem hierarquizada em quatro níveis a fim de estimar as razões de prevalência (RP) entre as variáveis independentes e o desfecho. Na análise univariável nos quatro níveis hierárquicos permaneceram no modelo aquelas com p menor que 0,20. Na análise multivariável, a inclusão de novas variáveis de cada nível foi realizada pelo método forward e mantidas no modelo final para ajuste e controle de confusão apenas àquelas variáveis com valor de p menor que 0,10. As estimativas da regressão e o intervalo de confiança à 95% foram verificadas no nível correspondente e foram consideradas estatisticamente significantes aquelas com valores de p menor que 0,05. A maioria dos usuários (76,75%) relataram estarem satisfeitos com as equipes de saúde bucal da APS do Brasil. Associou-se com satisfação os usuários com mais de 60 anos (RP 1,16; IC95%: 1,12-1,21), de cor não branca (RP 0,97; IC95% 0,96-0,98), com maior renda (RP 1,06; IC95%:1,08-1,13), ensino superior completo (RP 1,08; IC95% 1-1,07), com maior distância da UBS (RP 0,95; IC95% 0,92-0,98), não acompanhados pela UBS após encaminhamento (RP 0,69; IC95% 0,67-0,70), sem consulta remarcada (RP 0,93; IC95% 0,9-0,95), que não eram atendidos pelo mesmo dentista (RP 0,90; IC95% 0,84-0,95), entre os que não

tiveram exame clínico odontológico ampliado (RP 0,95; IC95% 0,94-0,97) e sem escuta qualificada na consulta (RP 0,86; IC95% 0,79-0,92). Os usuários apresentaram-se satisfeitos com os serviços ofertados pelas equipes de saúde bucal da APS do Brasil, sendo importante observar que a satisfação ultrapassa o limite das características dos indivíduos, sofrendo influência dos contextos em que os serviços estão inseridos e são executados dos atributos primários da APS.

Palavras-Chave: Serviços de Saúde bucal, Atenção Primária à Saúde, Satisfação dos usuários

ABSTRACT

User satisfaction with health services plays an important role in the consolidation and improvement of public policies, providing advances in the production, management, and evaluation of actions. The objective of this research was to analyze the factors associated with the satisfaction of users who received care from oral health teams of primary health care (PHC) in Brazil. This is a cross-sectional study with data from module III of the External Assessment of the 3rd cycle of the PMAQ-AB (Program to Improve Access and Quality in Primary Care). Users assisted by oral health teams (eSB) who answered yes to questions 5.2.6, 18.1 and 8.11 of module III were included, totaling 50,830 users. To assess users' satisfaction with the service provided by the eSB, a satisfaction indicator dichotomized into yes and no was constructed from five questions present in Block 21 (Satisfaction with care) of module III. Demographic, socioeconomic, access, care coordination, first contact, longitudinally, bonding and integrality with the oral health team were also analyzed. Univariate and multivariate analyzes were performed using Poisson regression with robust variance with four-level hierarchical modeling in order to estimate the prevalence ratios (PR) between the independent variables and the outcome. In the univariate analysis at the four hierarchical levels, those with p lower than 0.20 remained in the model. In the multivariate analysis, the inclusion of new variables from each level was performed using the forward method and kept in the final model for adjustment and confounding control only for those variables with a p value less than 0.10. The regression estimates and the 95% confidence interval were verified at the corresponding level and those with p values less than 0.05 were considered statistically significant. Most users (76.75%) reported being satisfied with the oral health teams of PHC in Brazil. Users over 60 years of age were associated with satisfaction (PR 1.16; 95%CI: 1.12-1.21), non-white (PR 0.97; 95%CI 0.96-0.98) , with higher income (PR 1.06; 95%CI: 1.08-1.13), complete higher education (PR 1.08; 95%CI 1-1.07), with greater distance from the UBS (PR 0.95 ; 95%CI 0.92-0.98), not followed up by the UBS after referral (PR 0.69; 95%CI 0.67-0.70), without rescheduled consultation (PR 0.93; 95%CI 0.9- 0.95), who were not seen by the same dentist (PR 0.90; 95%CI 0.84-0.95), among those who did not have an extended clinical dental examination (PR 0.95; 95%CI 0.94- 0.97) and

without qualified listening in the consultation (PR 0.86; 95%CI 0.79-0.92). Users were satisfied with the services offered by the oral health teams of PHC in Brazil, and it is important to note that satisfaction goes beyond the limits of individual characteristics, being influenced by the contexts in which the services are inserted and the primary attributes of PHC.

Keywords: Oral Health Services, Primary Health Care, User Satisfaction

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

p.

- FIGURA 1.** Fases organizativas do PMAQ – AB, 3º Ciclo, 201721
- FIGURA 2.** Fluxograma dos critérios de inclusão para
compor a amostra do estudo27
- FIGURA 3.** Modelo teórico sobre a satisfação do usuário com
a equipe de saúde bucal da APS do Brasil,
baseado em Silva et al., 2021 e Starfield, 2002.....32

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1.** Indicador de satisfação dos usuários que foram atendidos pelas equipes saúde bucal das UBS brasileiras, 2017.....28
- QUADRO 2.** Descrição das variáveis independentes com base no módulo III do 3º ciclo do PMAQ-AB, 2017-2018 29

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1.** Características socioeconômicas e demográficas, de acesso à UBS e aos serviços odontológicos e cuidados em saúde bucal dos usuários que receberam atendimento das equipes de saúde bucal no Brasil. PMAQ-AB, 3º ciclo, 2017-2018..... 42
- TABELA 2.** Análise não ajustada e ajustada dos fatores associados com a satisfação dos usuários com as equipes de saúde bucal, PMAQ-AB, Brasil, 2017-2018 45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

AMAQ - Instrumento de Autoavaliação de Acesso e Qualidade

APS - Atenção Primária à Saúde

CD - Cirurgião Dentista

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

DAB/MS - Departamento de Atenção Básica

eSB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

eSF - Equipe de Saúde Família

IEP - Instituições de Ensino e Pesquisa

MS - Ministério da Saúde

PBF - Programa Bolsa Família

PMAQ - AB - Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade na
Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PNH - Política Nacional de Humanização

SB - Saúde Bucal

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Saúde bucal na Atenção Primária à Saúde no Brasil	18
2.2 PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica	20
2.3 Satisfação do usuário com o serviço de saúde bucal	22
3. OBJETIVOS	25
3.1. Objetivo Geral	25
3.2. Objetivos Específicos	25
4. METODOLOGIA	26
4.1 Delineamento de estudo	26
4.2 Metodologia da Avaliação Externa do PMAQ-AB (Entrevista com usuários)	26
4.3 População do estudo	27
4.4 Critérios de Inclusão	27
4.5 Variáveis do estudo	28
4.6 Análises estatísticas	30
4.7 Aspectos éticos	33
5. RESULTADOS	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
7 REFERÊNCIAS	66
8 ANEXOS	71

1. INTRODUÇÃO

A satisfação com os serviços públicos odontológicos pode ser considerada sobre a perspectiva tanto dos gestores quanto dos profissionais e usuários. A visão dos usuários tem sido muito aceita, como norteadora para uma conformação dos serviços de saúde no atendimento das solicitações próprias e de outros usuários (CARREIRO et al., 2018). No âmbito da qualidade dos serviços de saúde, a dimensão satisfação do usuário é considerada uma medida de desempenho e de resultado na assistência em saúde (MOIMAZ et al., 2016), e apresenta um papel importante para a consolidação e aprimoramento das políticas públicas, proporcionando avanços na produção, gestão e avaliação das ações (BORDIN et al., 2017).

No Brasil, com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, houve uma reorientação da atenção aos serviços de saúde bucal envolvendo a qualificação da assistência, a articulação com a APS, a integralidade no cuidado, a vigilância, bem como os processos avaliativos continuados. Com o propósito de institucionalizar a cultura de avaliação da atenção em saúde e induzir mudanças nos serviços, o Ministério da Saúde em 2011, deu início ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2013).

O PMAQ-AB configurou parte de uma ampla estratégia do Ministério da Saúde denominada “Saúde mais perto de você – acesso e qualidade”, e trouxe a proposta de avaliação e coordenação de ações para melhoria do padrão de qualidade assistencial nos serviços públicos de saúde através das equipes de AB. Pretendeu averiguar os possíveis efeitos das políticas de saúde com propósito de garantir a tomada de decisão, preservando a transparência dos processos de gestão do SUS e garantindo que os resultados alcançados fossem visíveis, além de focar o sistema de saúde nos usuários fortalecendo o controle social (PIRES et al,2020).

Estudos realizados com dados do PMAQ-AB revelam que as equipes de saúde bucal ainda precisam incorporar os atributos essenciais da atenção primária,

acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado em saúde no Brasil, especialmente no que tange à integralidade e coordenação do cuidado (FAGUNDES *et al.*, 2018; NEVES *et al.*, 2019).

Em contrapartida, estudos que avaliaram a satisfação de usuários com o serviço público odontológico observaram bom grau de satisfação em relação às dimensões do ambiente físico, resolutividade e boas relações humanas (ARRUDA; BOSI, 2016), proximidade entre a residência e a unidade de saúde, atendimento resolutivo e com hora marcada (BORDIN *et al.*, 2017) especialmente daqueles usuários com menor renda (AMORIM *et al.*, 2019). Adicionalmente, melhores condições de estrutura e processo de trabalho das equipes favoreceram a satisfação (MOIMAZ *et al.*, 2017). Embora as pesquisas sobre avaliação dos usuários variem bastante e são sujeitas aos questionamentos sobre as estratégias metodológicas adotadas, os resultados dos estudos tem apontado para um elevado grau de satisfação dos usuários com o serviços prestados (ABREU *et al.*, 2018).

Dessa forma, destaca-se a importância de compreender o contexto em que a população está inserida, relacionados com características de acesso aos serviços odontológicos, a qualidade do atendimento e a resolutividade dos serviços direcionados pelos princípios da Política Nacional de Saúde Bucal , entre outros aspectos, os quais vão interferir positiva ou negativamente na satisfação do usuário (MARTINS *et al.*, 2015; ALDOSARI *et al.*, 2017).

O PMAQ-AB foi um modelo de avaliação de desempenho do sistema de saúde que pretendia mensurar possíveis efeitos da política de saúde e dar visibilidade aos resultados alcançados. O fortalecimento do controle social e o protagonismo do usuário no sistema de saúde eram metas do programa (UCHOA *et al.*, 2018) e, dessa forma, as evidências sobre a satisfação do usuário são temáticas necessárias para discutir os resultados do presente trabalho com base em dados do último PMAQ-AB.

Considerando os desafios apresentados pelos serviços de saúde bucal da APS como o acesso, vínculo, o cuidado integral e a integralidade torna-se necessário esse estudo o qual tem o objetivo de analisar a satisfação dos usuários com os serviços de saúde bucal da APS do Brasil e os fatores associados.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde bucal na Atenção Primária à Saúde no Brasil

As primeiras ações do estado na área da saúde bucal ocorreram em 1951 com a implantação da Seção de Odontologia entre os Serviços Especiais de Saúde Pública. O Sistema Incremental de Atendimento que previa uma cobertura odontológica gradativa foi o modelo de atenção adotado. Crianças de seis a quatorze anos de idade, considerado o grupo mais vulnerável, tiveram acesso ao serviço público de saúde bucal, com tratamento intensivo em poucas sessões, mas com a manutenção do caráter curativo (CHAVES, 2016).

Na década de 70, devido às críticas quanto à eficácia, abrangência e cobertura do Sistema Incremental e visando o aproveitamento racional do tempo do cirurgião-dentista (CD), disseminou-se o modelo da Odontologia Simplificada. Com o surgimento do pessoal auxiliar, buscou-se a redução do número de consultas para a conclusão do tratamento, mas apesar do discurso preventivista, persistiu a prática curativa e reparadora (BARROS et al., 2019).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, forneceu as bases para a criação do SUS, marco histórico da saúde no Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Na ocasião, também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Bucal em defesa da saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada aos determinantes sociais de saúde. No modelo de atenção, mudança no enfoque da “cura” da cárie para o “controle” surgiu no final dos anos 80 com o Programa Inversão da Atenção, que já buscava incorporar os princípios do SUS. O objetivo do modelo era reduzir prontamente a incidência e a velocidade de progressão da cárie, por meio de ações preventivas coletivas e individuais não invasivas, para o controle da doença, para em um momento seguinte, atuar para restabelecer a estética e a função perdidas. A fase

subsequente seria a abordagem comunitária e atuação sobre os fatores condicionantes da cárie e o autocuidado (NEVES et al., 2019).

Com a proposta de reorganizar a prática assistencial e romper com o modelo hegemônico de caráter restritivo, o MS (Ministério da Saúde) implantou em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) tendo como base o núcleo familiar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. A inclusão da saúde bucal no programa foi regulamentada em 2001 e a “Saúde da Família” deixou de ser um programa, com a implementação da Política Nacional de Atenção Básica em 2006, sendo denominada uma estratégia para o alcance de uma visão ampliada da saúde (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como Programa Brasil Sorridente, lançada em 2004, foi um marco no fortalecimento dos movimentos contra hegemônicos iniciados na década de 80. A qualificação das ações e serviços, a ampliação do acesso, a recuperação da saúde bucal, incluindo a oferta de próteses na APS, o caráter universal, a vigilância, o vínculo e a gestão participativa foram reforçados, seguindo os preceitos da ESF e da PNAB (ALMEIDA et al., 2018).

A assistência odontológica fortaleceu-se com a PNSB, houve redução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde bucal e possibilitou-se uma melhoria em todos os níveis de complexidade. Com a ampliação da rede de assistência à saúde bucal, identificou-se a implementação da integralidade da atenção no cenário da saúde bucal pública. O MS incentivou um aumento da fluoretação da água de abastecimento no país, além do surgimento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dental (LRPD) (BRASIL, 2004; BALDANI et al., 2018; CASOTTI et al., 2014)

A PNSB continua vigente e a busca pela superação do paradigma hegemônico de atenção em saúde bucal na APS ainda persiste. A melhoria do acesso e da qualidade da atenção em saúde bucal está condicionada a investimentos na qualificação da gestão, nos processos avaliativos e na efetiva inclusão da saúde bucal na agenda das políticas públicas de saúde. A continuidade das ações exitosas, o aprimoramento das práticas, o engajamento dos atores envolvidos e a abordagem

intersectorial, fundamentados em evidências científicas, apontam para o progresso da atenção integral e universal do serviço de saúde bucal no Brasil (BARROS et al., 2019)

2.2 PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

O MS instituiu o projeto AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família) no objetivo de oferecer aos gestores municipais algumas ferramentas de avaliação e de gestão da qualidade da ESF, em 2005. Ainda com o intuito de agregar um conjunto de atividades, ações e experiências desenvolvidas no contexto da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, que estava inserida em uma ação mais ampla de fortalecer a avaliação institucionalizada nas três esferas de gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2005).

O AMQ adotou, como referência conceitual, o modelo de avaliação de Donabedian, que considera os elementos de estrutura, processo e resultado na análise de serviços e práticas assistenciais. As diretrizes do AMQ incluíram a etapa de autoavaliação, a adesão dos gestores municipais de forma espontânea, não havia premiações ou penalidades atreladas aos resultados e era mantido o sigilo da identificação dos usuários (BRASIL, 2005).

Mantendo a proposta de avaliação com base na tríade de Donabedian e fundamentado nos pressupostos do AMQ, em 2011 foi lançado o PMAQ-AB. Com o objetivo de instigar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde nas UBS pelos gestores, uma das adaptações na forma de avaliação em relação às diretrizes do AMQ foi o incentivo de recursos financeiros condicionados ao desempenho das equipes de saúde. Através da implementação de um padrão de qualidade compatível com os níveis nacional, regional e local, o programa favoreceu uma maior transparência e efetividade das ações dos governos relacionadas à APS em todo o Brasil (PEREIRA; GROISMAN, 2014).

O PMAQ-AB foi organizado em fases contínuas e complementares que conformaram ciclos de qualidade, que iniciaram em 2011. Após a fase de adesão e contratualização de compromissos e indicadores voltados para a melhoria do acesso e qualidade na atenção à saúde, as equipes, as gestões municipais e estaduais e o MS deveriam empreender um conjunto de ações que foram pactuados (BRASIL, 2015).

Quanto à organização, o PMAQ-AB no primeiro e segundo ciclos se organizaram em 4 fases. No 3º Ciclo, foi composto em 03 fases e um eixo de desenvolvimento com característica transversal. A primeira fase foi a de adesão e contratualização. Nela, as metas e indicadores foram pactuados entre as equipes de saúde, gestão e MS. A adesão aos ciclos do PMAQ foi voluntária e estimulada por incentivo financeiro qualificado pelo desempenho das equipes e de acordo com padrões estabelecidos. A 2ª fase foi a de certificação, nela aconteceram as etapas de avaliação externa. A 3ª fase foi a de recontratualização, que caracterizou a fase cíclica do programa. As fases do PMAQ-AB 3º Ciclo estão demonstradas na figura 1.

Figura 1 - Fases organizativas do PMAQ – AB 3º Ciclo, 2017



Manual Instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF.

Fonte: BRASIL, 2017.

Na etapa de Avaliação Externa foi a utilização da tecnologia da informação (TI) em todo o processo. Os instrumentos de Avaliação e Externa foram

disponibilizados de forma eletrônica, através de tablets e as respostas foram enviadas diretamente para o sistema do MS. O que gerou praticidade no armazenamento dos dados, na validação do processo e como esses dados eram disponibilizados dos para gestores e sociedade posteriormente (BRASIL,2017; SOUSA, 2018; UCHÔA *et al.*, 2018).

Os resultados da Avaliação Externa do PMAQ – AB 3º Ciclos refletiram no desempenho das equipes, classificado pelo MS em: ótimo, muito bom, regular e ruim. O DAB/MS (Departamento de Atenção Básica) considerou para a certificação das equipes 60% do cumprimento das metas, acrescidos a 10%, que se referiam à implantação dos processos avaliativos e mais 30%, referentes as metas de indicadores pactuados. Depois destas fases de avaliação e conforme a soma dos resultados, as equipes eram certificadas pelo seu desempenho e por seguinte, o MS efetivava os repasses financeiros à gestão municipais (ABREU *et al.*, 2018; BRASIL, 2017).

O PMAQ-AB 3º Ciclo, totalizou a adesão de 5.324 municípios no Brasil, com certificação de 38.865 equipes de atenção básica (eAB), 25.090 equipes de saúde bucal (eSB) e 4.110 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (BRASIL, 2019).

2.3 Satisfação do usuário com o serviço de saúde bucal

A participação dos atores sociais envolvidos com o serviço de saúde nas avaliações deve nortear as ações e as tomadas de decisão. O usuário, enquanto beneficiário das ações, apresenta-se como protagonista e, na perspectiva da avaliação participativa, precisa se responsabilizar e contribuir na condução dos processos, em diálogo permanente, visando o fortalecimento dos grupos sociais na formulação, execução e avaliação de políticas sociais e de saúde. A perspectiva da participação social tem fundamento no arcabouço legal do SUS, sendo um princípio fundante trazido da legislação (CHOUINARD, 2013).

Os serviços de saúde devem ser avaliados com frequência para manter ou melhorar seus níveis de qualidade. A satisfação do usuário configura uma maneira de se avaliar a qualidade da assistência à saúde e é um importante indicador de desfecho. Também tem sido utilizado para avaliar a comunicação entre profissional e usuário e auxiliar na escolha de alternativas adequadas para organizar a prestação de cuidados de saúde (MOIMAZ et al., 2016).

Além disso, a satisfação do usuário é um importante preditor de comportamento em saúde e é um determinante no uso do serviço. Usuários insatisfeitos podem criar uma resistência em seguir orientação profissional e não procurar o mesmo serviço para referências futuras. Para que o cuidado seja centrado no usuário, é necessário avaliar a satisfação com o cuidado ofertado (MACAREVICH et al., 2018).

Ainda, segundo Macaverich et al. (2018), a satisfação do usuário é considerada como um desfecho relacionado à utilização de serviços de saúde, e descreve como a pessoa percebe o serviço e o julgamento sobre os cuidados recebidos, com a vantagem de ser uma avaliação pessoal sobre o serviço e não apenas a percepção normativa ou subjetiva das condições clínicas dos pacientes; como construção multifatorial, em que as principais dimensões geralmente avaliadas são interações usuário-profissional, ambiente físico e processos de gestão interna.

Em estudo de revisão integrativa com dados de 11 trabalhos sobre os fatores presentes na satisfação dos usuários na APS nos 1º e 2º ciclos, foram observados os seguintes termos: chance de atendimento, oportunidade, acesso, vínculo profissional e resolubilidade. Esses resultados indicaram que, quanto mais se atendesse as necessidades do usuário, maior seria a satisfação e o reconhecimento aos serviços oferecidos (VIERA et al., 2021).

Cantalino et al. (2021) verificaram que a satisfação dos usuários que responderam ao 2º Ciclo do PMAQ -AB esteve associada às variáveis de acesso, infraestrutura e qualidade dos serviços na APS. A distância com o trabalho, possibilidade de demanda espontânea, boa infraestrutura, a escuta e o respeito dos

profissionais às particularidades do usuário, além da resolutividade dos serviços, sem necessidade de encaminhamentos para outros foram associados com a satisfação.

Assim, a perspectiva dos usuários constitui-se uma possibilidade constante de adequação dos serviços de saúde. Nesse sentido, é necessário promover o uso de metodologias que avaliem de forma ampla, que se adequem a grandes conjuntos de dados, que são capazes de não apenas considerar a diversidade dos grupos sociais envolvidos, como também apoiar a tomada de decisões e (re)moldar as práticas de saúde (FADEL, 2019).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar a satisfação e os fatores associados dos usuários que receberam atendimento das equipes de saúde bucal das unidades básicas de saúde (UBS) do Brasil e que responderam ao Módulo III (Entrevista com o usuário) da Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ-AB.

3.2. Objetivos Específicos

- Determinar as características demográficas e socioeconômicas dos usuários que foram atendidos pelas equipes de saúde bucal da atenção primária em saúde no Brasil e nas macrorregiões;
- Caracterizar a satisfação do usuário com o serviço de saúde bucal de acordo com o acesso de primeiro contato, com a coordenação do cuidado, integralidade, longitudinalidade e vínculo;
- Analisar a relação entre a satisfação do usuário e as características demográficas e socioeconômicas, de acessibilidade e coordenação do cuidado da UBS, do primeiro contato, longitudinalidade, vínculo e integralidade com as equipes de saúde bucal.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento de estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico realizado com dados secundários do Ministério da Saúde provenientes da Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ-AB.

4.2 Metodologia da Avaliação Externa do PMAQ-AB (Entrevista com usuários)

No ano de 2017, ocorreu a Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ, que compôs a segunda fase do ciclo do programa, e foi realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), em conjunto com as Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) do País. Nessa etapa, os entrevistadores aplicaram *in loco* os instrumentos de Avaliação Externa com os profissionais das equipes e usuários (BRASIL, 2017).

Como critério de inclusão para entrevista do PMAQ, foram selecionados para participar do módulo III, usuários que não haviam passado por consultas com médico, enfermeiro ou dentista no dia da entrevista. Como critério de exclusão, não foram entrevistados os que estavam pela primeira vez na UBS, aqueles que não iam à unidade a mais de doze meses, e os menores de 18 anos de idade. Dessa forma, foram selecionados para responder ao Módulo III, quatro usuários para cada equipe de saúde da família. Foram entrevistados um total de 140.444 usuários das UBS do Brasil.

Os dados foram coletados por questionário eletrônico por meio de tablets. e posteriormente validados e enviados para o banco de dados centralizado pelo Ministério da Saúde.

4.3 População do estudo

Usuários que receberam atendimento das equipes de saúde bucal das unidades básicas de saúde (UBS) do Brasil e que responderam ao Módulo III (Entrevista com o usuário) da Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ-AB (ANEXO 1).

4.4 Critérios de Inclusão

Foram selecionados no módulo III, aqueles usuários que responderam às perguntas: III.5.2.6 (*Se costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde para atendimento odontológico*); III.18.1 (*Consegue marcar atendimento com dentista desta Unidade?*) e III.8.11 (*Durante o atendimento nesta unidade, o(a) cirurgião-dentista deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?*). Esta pergunta foi utilizada por obter como uma das respostas a alternativa “Esta unidade não possui equipe de saúde bucal”, permitindo excluir os usuários assistidos por equipes sem saúde bucal. Dessa forma, do total de 140.444 usuários que responderam ao módulo III, foram selecionados para fazer parte deste estudo, 50.830 usuários que utilizaram o serviço odontológico das UBS brasileiras (FIGURA 02).

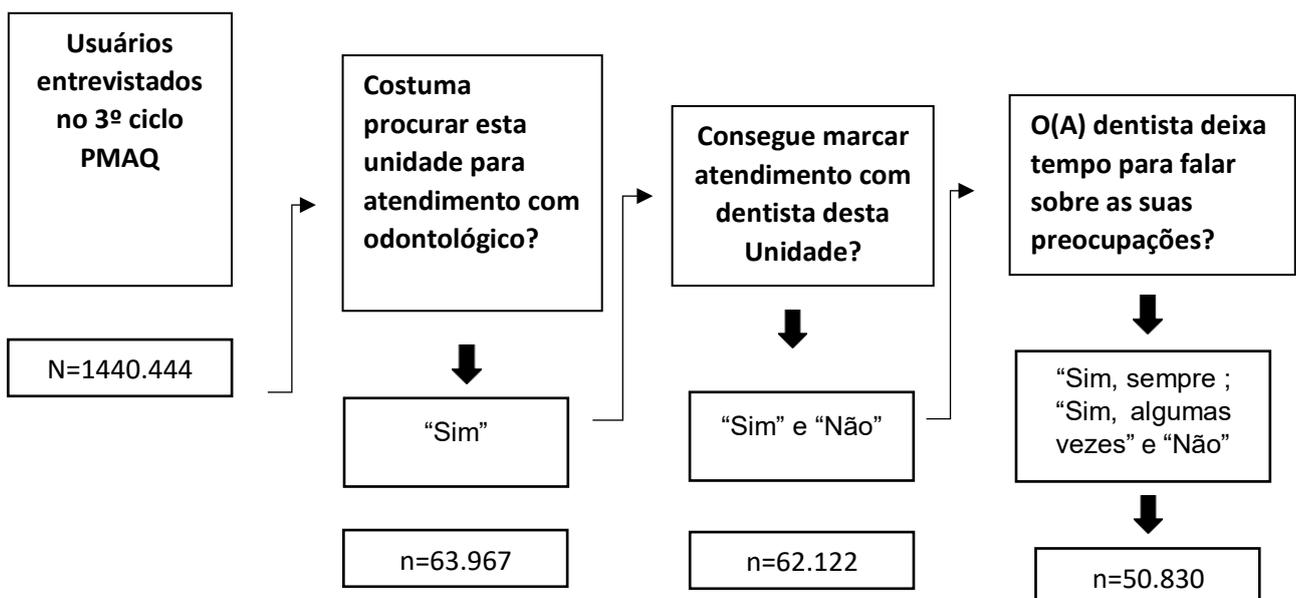


Figura 2. Fluxograma dos critérios de inclusão para compor a amostra do estudo.

4.5 Variáveis do estudo

Para a variável dependente, satisfação do usuário, foi construído um indicador de satisfação dicotomizado em sim e não a partir de cinco perguntas presentes no Bloco 21 (Satisfação com o cuidado) do módulo III do PMAQ-AB. Considerou-se como satisfação (sim), quando o usuário respondeu “satisfeito” para as cinco perguntas e satisfação (não), quando respondeu “não satisfeito” para ao menos uma das perguntas (Quadro 1).

Quadro 1. Indicador de satisfação dos usuários que foram atendidos pelas equipes de saúde bucal das UBS brasileiras, 2017.

QUESTÕES	Satisfação	
	Sim	Não
	Respostas dos usuários	
Mudança de equipe ou unidade de saúde	Não Não sabe/ não respondeu	Sim
Avaliação do cuidado recebido pela equipe de saúde	Muito bom Bom	Regular Ruim Muito ruim Não sabe/não respondeu
Recomendação da unidade de saúde para um amigo ou	Sim	Não Não sabe/não respondeu

familiar		
Avaliação do atendimento ofertado pelos profissionais desta Unidade	Muito bom Bom	Regular Ruim Muito ruim Não sabe/não respondeu
Nota para a satisfação com o cuidado recebido pela equipe	Notas de 8 a 10	Notas 0 a 7

As variáveis independentes foram retiradas do Módulo III e classificadas conforme o quadro abaixo (Quadro 2).

Quadro 2. Descrição das variáveis independentes com base no módulo III do 3º ciclo do PMAQ-AB, 2017.

Classificação	Código	Descrição das variáveis
Demográficas	III.3.1	Sexo
	III.3.2	Faixa Etária
	III.3.3	Estado civil
	--	Região de moradia
Socioeconômicas	III.3.4	Cor
	III.3.5	Escolaridade
	III.3.6	Renda familiar mensal (salário-mínimo vigente em 2017)
	III.3.7	Pessoas no domicílio
	III.5.4	Programa Bolsa Família

Acessibilidade	III.21.2.1	Distância da UBS
	III.4.3 e III.4.4	Horário mínimo de funcionamento da UBS (05 dias/semana manhã e tarde)
	III.4.5	Horário atende às necessidades dos usuários
Coordenação do cuidado	III.9.2	Encaminhamento dos usuários com marcação pela UBS
	III.9.3	Acompanhamento do usuário pela UBS após encaminhamento
Primeiro contato	III.18.1	Acesso à marcação com o dentista
	III.18.2	Tempo até o atendimento agendado
	III.18.6	Atendimento à demanda espontânea
	III.18.7	Tempo para atendimento de demanda espontânea
Longitudinalidade	III.18.3	Remarcação de consultas até a conclusão do tratamento
Vínculo	III.8.14	Atendimento pelo mesmo dentista
Integralidade	III.18.9	Exame clínico odontológico ampliado (examine de outras partes do corpo além dos dentes (pescoço, cabeça, língua e outros))
	III.13.5.3	Exame bucal durante o pré-natal
	III.8.11	Escuta qualificada no cuidado

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Instrumento de Avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você - PMAQ-AB, 2017. (ANEXO 1)

4.6 Análises estatísticas

Primeiramente foram realizadas análises descritivas para caracterizar a população de estudo estimando-se frequências absolutas e relativas agregadas por regiões do Brasil.

Para analisar os fatores associados à satisfação dos usuários com a equipe de saúde bucal da APS do Brasil, foi elaborado um modelo teórico (Figura 3) baseado em estudos prévios (Silva et al., 2021 e Starfield, 2002). Partindo-se desse modelo, análises univariável e multivariável foram realizadas por meio da regressão de Poisson com variância robusta com modelagem hierarquizada em quatro níveis a fim de estimar as razões de prevalência (RP) entre as variáveis independentes e o desfecho.

De acordo com os pressupostos do modelo (Figura 3), os níveis foram divididos em oito blocos de acordo com os atributos essenciais da APS proposto por Starfield (2002). O nível distal apresenta as características demográficas (bloco 1) e socioeconômicas (bloco 2); o nível intermediário 1, as de acessibilidade (bloco 3) e coordenação do cuidado da UBS (bloco 4); o nível intermediário 2, as de primeiro contato (bloco 5), longitudinalidade (bloco 6) e vínculo com a eSB (bloco 7) e no nível proximal as características de integralidade (bloco 8).

Realizou-se análise univariável nos quatro níveis hierárquicos e permaneceram no modelo aquelas com p menor que 0,20. Na análise multivariável, a inclusão de novas variáveis de cada nível foi realizada pelo método forward e mantidas no modelo final para ajuste e controle de confusão apenas àquelas variáveis com valor de p menor que 0,10. As estimativas da regressão e o intervalo de confiança à 95% foram verificadas no nível correspondente e foram consideradas estatisticamente significantes aquelas com valores de p menor que 0,05. As respostas “não sabe”/“não respondeu” foram excluídas das análises. Todas as análises foram realizadas utilizando o software STATA versão 14.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA).

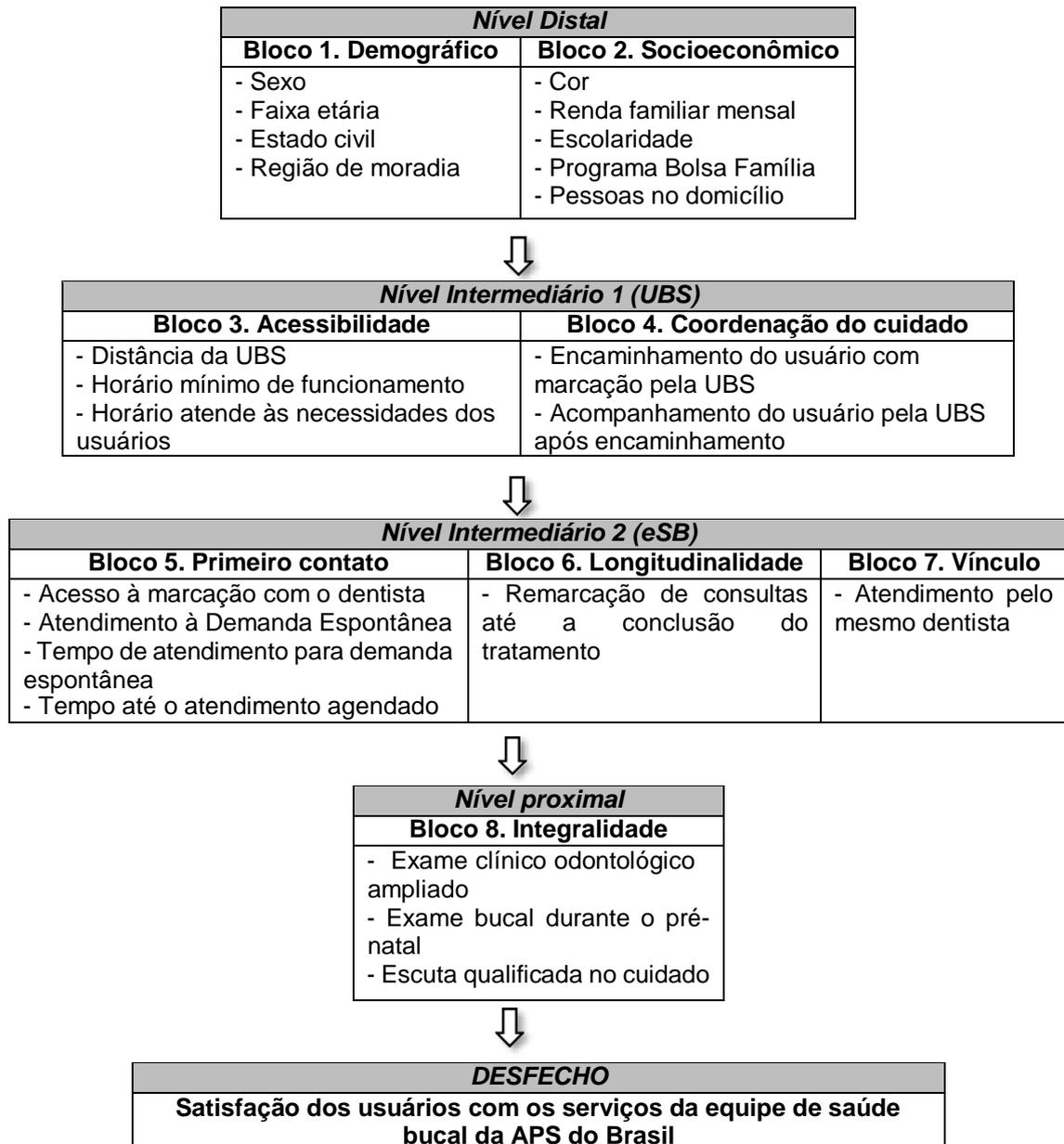


Figura 3: Modelo teórico sobre a satisfação dos usuários com os serviços da equipe de saúde bucal da APS do Brasil, baseado em Silva et al., 2021 e Starfield, 2002.

4.7 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi realizada com dados secundários disponíveis em bancos de dados de domínio público, não havendo necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa conforme determina a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº510/16.

5. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados por meio de artigo científico, conforme prevê o regulamento do Programa de Pós-graduação da Rede Nacional de Formação em Saúde da Família (RENASF) / Mestrado profissional em Saúde da Família, e já formatado nas normas da revista escolhida para publicação. O Artigo intitulado “*Satisfação dos usuários e fatores associados com as equipes de saúde bucal avaliados pelo 3º ciclo do PMAQ-AB*” será submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva, apresentado conforme Instrução aos Autores desta Revista (Anexo 2).

Artigo:

Satisfação dos usuários e fatores associados com as equipes de saúde bucal avaliados pelo 3º ciclo do PMAQ-AB

Clecio Miranda Castro¹ - orcid.org/0000-0003-4614-7609

Aline Sampieri Tonello¹ - orcid.org/0000-0002-8402-9112

¹Universidade Federal do Maranhão – Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, São Luís, MA, Brasil

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à satisfação dos usuários com os serviços das equipes de saúde bucal da Atenção primária em saúde (APS) do Brasil, a partir de dados secundários do 3º ciclo do PMAQ-AB. O desfecho “satisfação dos usuários” foi mensurado por meio de um indicador a partir de cinco perguntas do bloco “satisfação com o cuidado” do módulo III. A satisfação dos usuários foi associada com variáveis demográficas, socioeconômicas, atributos de acessibilidade, coordenação do cuidado, primeiro contato, longitudinalidade, vínculo e integralidade com a equipe saúde bucal (eSB). Análises uni e multivariável foram realizadas por meio da regressão de Poisson com variância robusta com modelagem hierarquizada em quatro níveis a fim de estimar as razões de prevalência (RP). Dos 50.830 usuários, 76,75% estavam satisfeitos com os serviços das eSB. Os fatores associados à satisfação ($p < 0,05$) foram proximidade da UBS, acompanhamento do usuário na rede, menor tempo de espera para consulta, atendimento pelo mesmo dentista, exame clínico ampliado e escuta qualificada no cuidado. Os usuários relataram estarem satisfeitos com os serviços das eSB e os aspectos demográficos, socioeconômicos e os relacionados aos atributos da APS influenciaram na satisfação dos usuários.

Palavras-Chave: Serviços de Saúde bucal, Atenção Primária à Saúde, Satisfação dos usuários

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the factors associated with user satisfaction with the services of oral health teams in Primary Health Care (PHC) in Brazil, based on secondary data from the 3rd cycle of the PMAQ-AB. The outcome “user satisfaction” was measured using an indicator based on five questions from the “satisfaction with care” block of module III. User satisfaction was associated with demographic and socioeconomic variables, accessibility attributes, care coordination, first contact, longitudinality, bonding and integrality with the oral health team (eSB). Univariate and multivariate analyzes were performed using Poisson regression with robust variance with four-level hierarchical modeling in order to estimate prevalence ratios (PR). Of the 50,830 users, 76.75% were satisfied with the services provided by the eSBs. The factors associated with satisfaction ($p < 0.05$) were proximity to the UBS, monitoring of the user in the network, shorter waiting time for consultation, attendance by the same dentist, extended clinical examination and qualified listening in care. Users reported being satisfied with the services of the eSB and demographic, socioeconomic aspects and those related to PHC attributes influenced user satisfaction.

Keywords: Oral Health Services, Primary Health Care, User Satisfaction

INTRODUÇÃO

A avaliação dos serviços de saúde tem sido amplamente discutida no Brasil e no mundo sendo considerada uma possibilidade de gestão para aprimorar a qualidade dos serviços ofertados^{1,2,3,4,5}. Um fator importante neste processo avaliativo é a satisfação do usuário, a qual é considerada uma medida de desempenho e de resultado na assistência dos sistemas de saúde⁶, e apresenta um papel fundamental para a consolidação e aprimoramento das políticas públicas, proporcionando avanços na produção, gestão e avaliação das ações⁷.

No Brasil, a proposta de institucionalização da cultura de avaliação da atenção em saúde e indução das mudanças nos serviços, deu-se com Ministério da Saúde em 2011, pelo início do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁸. Uma das fases do PMAQ-AB foi a avaliação externa, em que eram incluídas perguntas sobre a satisfação e a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde ofertados na atenção primária, incluindo a saúde bucal⁹.

Estudos realizados com dados do PMAQ-AB apontam limitações nas práticas das equipes de Saúde Bucal (eSB) da APS principalmente relacionadas ao acesso, à integralidade e à coordenação do cuidado^{10,11}. Cabe ressaltar que a percepção do usuário interfere na acessibilidade, no vínculo e na consequente horizontalidade da atenção à saúde, e tem reflexos na capacidade da equipe para coordenar o cuidado¹².

Considerando a universalidade do Sistema Único de Saúde¹³ e a Política Nacional da Atenção Básica de 2017 (PNAB)¹⁴ a qual se refere à APS como porta de entrada do usuário no sistema de saúde e como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), destaca-se a importância de estudos que acompanhem os serviços ofertados para que as ações em saúde atendam às necessidades da população¹⁵.

Nesse sentido, torna-se necessário levar em conta a realidade local, as desigualdades sociais, as dificuldades no processo de trabalho das equipes e da gestão, os quais irão refletir no acesso, na qualidade e na resolutividade dos serviços^{16,17}.

Diante da necessidade de um serviço público de saúde resolutivo e que a odontologia seja parte integrante das ações de saúde no contexto da APS, analisar a satisfação com os serviços de saúde bucal do Brasil torna-se relevante para conhecer a realidade desses usuários, para que sejam os atores principais na construção de um modelo de saúde que tenha o cuidado e a humanização como enfoques principais. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar a satisfação dos usuários com os serviços de saúde bucal da APS do Brasil e os fatores associados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal analítico realizado com dados secundários provenientes do módulo III da Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ-AB do Ministério da Saúde.

No ano de 2017, ocorreu a Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ, que compôs a segunda fase do ciclo do programa, e foi realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), em parceria com as Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) de todo o País. Nessa etapa, os entrevistadores aplicaram in loco os instrumentos de Avaliação Externa com os profissionais das equipes e usuários¹⁸.

Como critério de inclusão da entrevista no PMAQ-AB, para responder o módulo III, foram selecionados usuários que não haviam passado por consultas com médico, enfermeiro ou dentista no dia da entrevista. Como critério de exclusão, não foram entrevistados os que estavam

pela primeira vez na UBS, aqueles que não iam à unidade a mais de doze meses, e os menores de 18 anos de idade. Dessa forma, foram selecionados para responder ao Módulo III, quatro usuários para cada equipe de saúde da família. Foram entrevistados um total de 140.444 usuários das UBS do Brasil.

Os dados foram coletados por questionário eletrônico por meio de tablets, e posteriormente validados e enviados para o banco de dados centralizado pelo Ministério da Saúde.

A população desse estudo compôs-se dos usuários que receberam atendimento das equipes de saúde bucal das unidades básicas de saúde (UBS) do Brasil e que responderam ao Módulo III (Entrevista com o usuário) da Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ-AB.

Para avaliar os usuários que foram atendidos pelas eSB, foram selecionados no módulo III, aqueles usuários que responderam às perguntas: III.5.2.6 (Se costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde para atendimento odontológico); III.18.1 (Consegue marcar atendimento com dentista desta Unidade?) e III.8.11 (Durante o atendimento nesta unidade, o(a) cirurgião-dentista deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?). Esta pergunta foi utilizada por obter como uma das respostas a alternativa “Esta unidade não possui equipe de saúde bucal”, permitindo excluir os usuários assistidos por equipes sem saúde bucal. Dessa forma, do total de 140.444 usuários que responderam ao módulo III, foram selecionados para fazer parte deste estudo, 50.830 usuários que utilizaram o serviço odontológico das UBS brasileiras.

Para a variável dependente, satisfação do usuário, foi construído um indicador de satisfação dicotomizado em sim e não a partir de cinco perguntas presentes no Bloco 21 (satisfação com o cuidado) do módulo III do PMAQ-AB. Considerou-se como satisfação (sim),

quando o usuário respondeu “satisfeito” para as cinco perguntas e satisfação (não), quando respondeu “não satisfeito” para ao menos uma das perguntas (Quadro 1).

Quadro 1. Indicador de satisfação dos usuários que foram atendidos pelas equipes de saúde bucal das UBS brasileiras, 2017.

QUESTÕES	Satisfação	
	Sim	Não
	Respostas dos usuários	
Mudança de equipe ou unidade de saúde	Não Não sabe/ não respondeu	Sim
Avaliação do cuidado recebido pela equipe de saúde	Muito bom Bom	Regular Ruim Muito ruim Não sabe/não respondeu
Recomendação da unidade de saúde para um amigo ou familiar	Sim	Não Não sabe/não respondeu
Avaliação do atendimento ofertado pelos profissionais desta Unidade	Muito bom Bom	Regular Ruim Muito ruim Não sabe/não respondeu
Nota para a satisfação com o cuidado recebido pela equipe	Notas de 8 a 10	Notas 0 a 7

Para as variáveis independentes retiradas do Módulo III, foram considerados os aspectos: demográficos e socioeconômicos (sexo, faixa etária, estado civil, região de moradia, cor da pele, escolaridade, renda familiar mensal, número de pessoas no domicílio e Programa Bolsa Família); relacionadas à acessibilidade (distância da UBS, horário mínimo de funcionamento da UBS – 05 dias na semana manhã/tarde, horário atende às necessidades dos usuários); com a coordenação do cuidado (encaminhamento dos usuários com marcação pela UBS e acompanhamento do usuário pela UBS após encaminhamento); com o primeiro contato (acesso à marcação com o dentista, tempo até o atendimento agendado, atendimento à demanda espontânea e tempo para atendimento de demanda espontânea); relacionada ao vínculo (atendimento pelo mesmo dentista); longitudinalidade (remarcação de consultas até a conclusão do tratamento concluído); ao vínculo (atendimento pelo mesmo dentista) e a integralidade (exame clínico odontológico ampliado - exame de outras partes do corpo além dos dentes (pescoço, cabeça, língua e outros), exame bucal durante o pré-natal e escuta qualificada no cuidado).

Primeiramente foram realizadas análises descritivas para caracterizar a população de estudo estimando-se frequências absolutas e relativas agregadas por regiões do Brasil.

Para analisar os fatores associados à satisfação dos usuários com a equipe de saúde bucal da APS do Brasil, foi elaborado um modelo teórico (Figura 1) baseado em estudos prévios (Silva et al., 2021 e Starfield, 2002). Partindo-se desse modelo, análises univariável e multivariável foram realizadas por meio da regressão de Poisson com variância robusta com modelagem hierarquizada em quatro níveis a fim de estimar as razões de prevalência (RP) entre as variáveis independentes e o desfecho.

De acordo com os pressupostos do modelo (Figura 1), os níveis foram divididos em oito blocos de acordo com os atributos essenciais da APS proposto por Starfield (2002). O nível distal apresenta as características demográficas (bloco 1) e socioeconômicas (bloco 2); o nível intermediário 1, as de acessibilidade (bloco 3) e coordenação do cuidado da UBS (bloco 4); o nível intermediário 2, as de primeiro contato (bloco 5), longitudinalidade (bloco 6) e vínculo com a eSB (bloco 7) e no nível proximal as características de integralidade (bloco 8).

Realizou-se análise univariável nos quatro níveis hierárquicos e permaneceram no modelo aquelas com p menor que 0,20. Na análise multivariável, a inclusão de novas variáveis de cada nível foi realizada pelo método forward e mantidas no modelo final para ajuste e controle de confusão apenas àquelas variáveis com valor de p menor que 0,10. As estimativas da regressão e o intervalo de confiança à 95% foram verificadas no nível correspondente e foram consideradas estatisticamente significantes aquelas com valores de p menor que 0,05. As respostas “não sabe”/“não respondeu” foram excluídas das análises. Todas as análises foram realizadas utilizando o software STATA versão 14.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA).

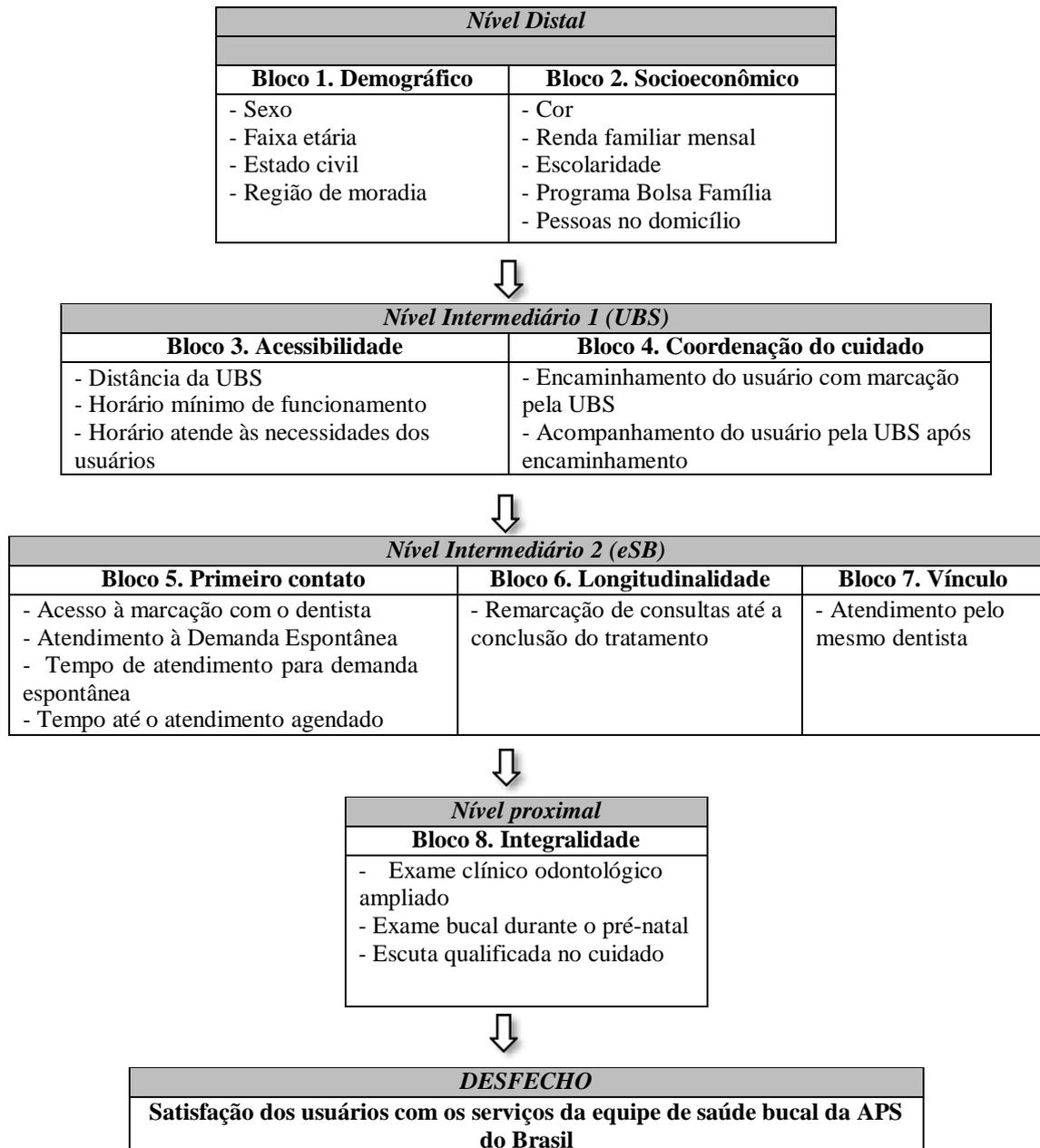


Figura 1: Modelo teórico sobre a satisfação dos usuários com os serviços da equipe de saúde bucal da APS do Brasil, baseado em Silva et al., 2021 e Starfield, 2002.

A presente pesquisa foi realizada com dados secundários disponíveis em bancos de dados de domínio público, não havendo necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa conforme determina a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº510/16.

RESULTADOS

A maioria dos usuários (76,75%) foram classificados como satisfeitos com a equipe de saúde bucal da APS do Brasil. Os percentuais de satisfação foram maiores nas regiões Centro-Oeste (78,77%) e Nordeste (78,40%), e o menor na região Norte (66,11%). Do total, 80,9% eram do sexo feminino, na faixa etária de 20 a 39 anos (49,23%), de cor parda ou mestiça (52,6%), com ensino fundamental incompleto (35,38%), com renda mensal entre 1 e 2 salários-mínimos (36,32%) (Tabela 1).

A maior parte (97,32%) dos usuários relataram conseguir marcar consulta com o dentista da equipe de saúde bucal, 53,57% relataram que o dentista da esB não realizava exame clínico ampliado (face e pescoço) e 94,32% afirmaram que esse profissional deixava tempo para que fale sobre suas preocupações durante a consulta (Tabela 1).

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas, de acessibilidade e coordenação do cuidado da UBS, do primeiro contato, longitudinalidade, vínculo e integralidade dos usuários que receberam atendimento das equipes de saúde bucal no Brasil. PMAQ-AB, 3º ciclo, 2017-2018.

Variáveis	Macrorregiões brasileiras					
	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste
Características socioeconômicas e demográficas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo						
Masculino	9.717(19,12)	664(18,65)	3.947 (17,11)	664 (20,79)	1.806(24,97)	2.636(19,13)
Feminino	41.113(80,88)	2.897(81,35)	19.118(82,89)	2.530(79,21)	5.427(75,03)	11.141(80,87)
Faixa etária						
16 a 19 anos	1832(3,60)	188(4,01)	926(3,48)	111(2,65)	192(2,65)	415(3,01)
20 a 39 anos	25.025(49,23)	2.111(59,28)	12.695(55,04)	1.466(45,90)	2.882(39,85)	5.871(42,61)
40 a 59 anos	17.720(34,86)	993(27,89)	7.602(32,96)	1.190(37,26)	2.875(39,75)	5.060(36,73)
60 anos ou mais	6.253(12,30)	269(7,55)	1.842(7,99)	427(13,37)	1284(17,75)	2.431(17,65)
Estado Civil						
Solteiro(a)	12.808(25,20)	1.022(28,70)	6.261 (27,15)	724(22,67)	1.493(20,64)	3.308(24,01)
Casado(a) ou união estável	32.600(64,14)	2.289(64,28)	14.872(64,48)	2.096(65,62)	4.806(66,45)	8.537(61,97)
Divorciado(a), desquitado(a) ou separado(a) judicialmente	3.073(6,05)	144(4,04)	1.056(4,58)	223(6,98)	521(7,20)	1.129(8,19)
Viúvo(a)	2.349(4,62)	106(2,98)	876(3,80)	151(4,73)	413(5,71)	803(5,83)
Cor						
Branca	14.875(29,26)	368(10,33)	4.607 (19,97)	848 (26,55)	4.630(64,01)	4.422 (32,10)
Preta	6.636(13,06)	420(11,79)	3.104 (13,46)	363 (11,37)	588 (8,13)	2.161 (15,69)
Amarela	1.557(3,06)	99(2,78)	804(3,49)	104 (3,26)	172(2,38)	378(2,74)
Parda/mestiça	26.730(52,59)	2.569(72,14)	14.077(61,03)	1.829(57,26)	1.692(23,39)	6.563(47,64)
Indígena	479(0,94)	94(2,64)	190(0,82)	22 (0,69)	69 (0,95)	104 (0,75)
Ignorada	553(1,09)	11(0,31)	283(1,23)	28 (0,88)	82 (1,13)	149 (1,08)
Escolaridade						
Analfabeto	1.882(3,70)	106(2,98)	1.127(4,89)	110(3,44)	120(1,66)	419(3,04)
Fundamental incompleto	17.985(35,38)	1.102(30,95)	7.955(34,49)	1.035(32,40)	3.018(41,73)	4.875(35,39)
Fundamental completo	11.083(21,80)	756(21,23)	4.841(20,99)	797(24,95)	1.635(22,60)	3.054(22,17)
Médio completo	17.005(33,45)	1.383(38,84)	7.826(33,93)	1.016(31,81)	2.051(28,36)	4.729(34,33)
Superior completo	2.336(4,60)	183(5,14)	1.040(4,51)	191(5,98)	310(4,29)	612(4,44)
Pós-graduação	491(0,97)	30(0,84)	245(1,06)	43(1,35)	91(1,26)	82(0,60)
Não sabe/não respondeu	48(0,09)	1(0,03)	31(0,13)	2(0,06)	80(0,11)	6(0,04)
Renda familiar mensal*						
Menos de 1 salário-mínimo	14.615(28,75)	1.253(35,19)	9.642(41,80)	480(15,03)	955(13,55)	2.285(16,59)
Entre 1 e 2 salários-mínimos	18.460(36,32)	1.228(34,48)	7.447(32,29)	1.308(40,95)	2.726(37,69)	5.751(41,74)
Entre 3 e 4 salários-mínimos	8.019(15,78)	362(10,17)	1.709(7,41)	711(22,26)	2.148(29,70)	3.089(22,42)
Mais de 4 salários-mínimos	1.956(3,85)	94(2,64)	381(1,65)	183(5,73)	666(9,21)	632(4,59)
Não sabe/não respondeu	7.780(15,31)	624(17,52)	3.886(16,85)	512(16,03)	738(10,20)	2.020(14,66)
Pessoas no domicílio						
≤ 5 pessoas	44.872(88,28)	2.662(74,75)	20.320(88,10)	2.900(90,80)	6.692(92,52)	12.298(89,26)
> 5 pessoas	5.937(11,68)	896(25,16)	2.736(11,86)	292(9,14)	539(7,45)	1.474(10,70)
Não sabe/ não respondeu	21(0,04)	3(0,08)	9(0,04)	2(0,06)	2(0,03)	5(0,04)
Programa Bolsa Família						
Sim	25.618(50,40)	2.247(63,10)	14.944(64,79)	1.220(38,20)	2.095(28,96)	5.112(37,11)
Não	24.312(47,83)	1.275(35,80)	7.765(33,67)	1.851(57,95)	4.923(68,06)	8.498(61,68)
Não sabe/não respondeu	900(1,77)	39(1,10)	356(1,54)	123(3,85)	215(2,97)	167(1,21)
Acessibilidade						
Distância da UBS						
≤ 30 minutos	47.209(92,88)	3.183(89,39)	21.339(92,52)	2.971(93,02)	6.798(93,99)	12.918(93,76)
> 30 minutos	3.090(6,08)	337(9,46)	1.378(5,97)	204(6,39)	399(5,52)	772(5,60)
Não sabe/ não respondeu	531(1,04)	41(1,15)	348(1,5)	19(0,59)	36(0,50)	87(0,63)

Horário mínimo de funcionamento						
Sim	46.953(92,37)	3.201(89,89)	21.739(94,25)	2.811(88,01)	6.695(92,56)	12.507(90,78)
Não	2.556(5,03)	172(4,83)	1.155(5,01)	182(5,70)	356(4,92)	691(5,02)
Não sabe/ não respondeu	1.321(2,60)	188(5,28)	171(0,74)	201(6,29)	182(2,52)	579(4,20)
Horário atende às necessidades dos usuários						
Sim	44.198(86,95)	2.880(80,88)	20.248(87,79)	2.793(87,45)	6.267(86,64)	12.010(87,17)
Não	6.505(12,80)	671(18,84)	2.762(11,97)	392(12,27)	943(13,04)	1.737(12,61)
Não sabe/ não respondeu	127(0,25)	10(0,28)	55(0,24)	9(0,28)	23(0,32)	30(0,22)
Coordenação do cuidado						
Encaminhamento do usuário com marcação pela UBS						
Sim	20.743(40,81)	1.090(30,61)	6.507(28,21)	1.156(36,19)	4.005(55,37)	7.985(57,96)
Não	10.671(20,99)	846(23,76)	5.823(25,25)	783(24,51)	1.235(17,07)	1.984(14,40)
Não sabe/ não respondeu	19.416(38,20)	1.625(45,63)	10.735(46,54)	1.255(39,29)	1.993(27,55)	3.808(27,64)
Acompanhamento do usuário pela UBS após encaminhamento						
Sim	26.580(52,29)	1.447(40,63)	10.799(46,82)	1.578(49,41)	4.375(60,49)	8.381(60,83)
Não	4.686(9,22)	474(13,31)	1.517(6,58)	341(10,68)	846(11,70)	1.508(10,95)
Não sabe/ não respondeu	19.564(38,49)	1.640(46,05)	10.749(46,60)	1.275(39,92)	2.012(27,82)	3.888(28,22)
Primeiro contato (esB)						
Acesso à marcação com o dentista						
Sim	49.467(97,32)	3.417(95,96)	22.579(97,89)	3.111(97,40)	7.100(98,16)	13.260(96,25)
Não	1.363(2,68)	144(4,04)	486(2,11)	83(2,60)	133(1,84)	517(3,75)
Atendimento à demanda espontânea						
Sim	15.983(31,27)	936(26,28)	6.214(26,94)	975(30,53)	2.638(36,47)	5.130(37,24)
Não	2.334(4,59)	251(7,05)	872(3,78)	155(4,85)	375(5,18)	681(4,94)
Não sabe/ não respondeu	32.603(64,14)	2.374(66,67)	15.979(69,28)	2.064(64,62)	4.220(58,34)	7.966(57,82)
Tempo de atendimento à demanda espontânea						
≤ 60 minutos	14.147(27,83)	807(22,66)	5.553(24,08)	859(26,89)	2.411(33,33)	4.517(32,79)
> 60 minutos	666(1,31)	72(2,02)	202(147)	47(1,47)	122(1,69)	223(1,62)
Não sabe/ não respondeu	36.017(70,86)	2.682(75,32)	17.310(75,05)	2.288(71,63)	4.700(64,98)	9.037(65,59)
Tempo até o atendimento agendado						
Até 7 dias	32.327(63,60)	2.576(72,34)	16.463(71,38)	2.073(64,90)	4.787(66,18)	6.428(46,66)
Entre 8 e 15 dias	7.325(14,41)	383(10,76)	3.356(14,55)	428(13,40)	938(12,97)	2.220(16,11)
Entre 16 e 30 dias	5.734(11,28)	275(7,72)	1.647(7,14)	339(10,61)	899(12,43)	2.574(18,68)
Mais de 30 dias	2.046(4,03)	88(2,47)	386(1,67)	123(3,85)	248(3,43)	1.201(8,72)
Não sabe/ não respondeu	3.398(6,69)	239(6,71)	1.213(5,26)	231(7,23)	361(4,99)	1.354(9,83)
Longitudinalidade (esB)						
Remarcação de consultas até a conclusão do tratamento						
Sim	34.051(66,99)	1.891(53,10)	14.270(61,87)	2.407(75,36)	5.130(70,92)	10.353(75,15)
Não	13.342(26,25)	1.390(39,03)	7.497(32,50)	571(17,88)	1.638(22,65)	2.246(16,30)
Não sabe/ não respondeu	3.347(6,76)	280(7,86)	1.298(5,63)	216(6,76)	465(6,43)	1.178(8,55)
Vínculo (esB)						
Atendimento pelo mesmo dentista						
Sim	46.814(92,10)	3.061(85,96)	21.571(93,52)	2.915(91,26)	6.735(93,11)	12.532(90,26)
Não	2.704(5,32)	403(11,32)	1.107(4,80)	180(5,64)	308(4,26)	706(5,12)
Não sabe/ não respondeu	1.312(2,58)	97(2,72)	387(1,68)	99(3,10)	190(2,63)	539(3,91)
Integralidade (esB)						
Exame clínico odontológico ampliado						
Sim	20.880(41,08)	1.138(31,96)	10.731(46,53)	1.244(38,95)	2.590(35,81)	5.177(37,58)
Não	27.231(53,57)	2.196(61,67)	11.385(49,36)	1.773(55,51)	4.252(58,79)	7.625(55,35)
Não sabe/ não respondeu	2.719(5,35)	227(6,37)	949(4,11)	177(5,54)	391(5,41)	975(7,08)
Exame bucal durante o pré-natal						
Não	2.669(5,25)	305(8,57)	916(3,97)	216(6,76)	341(4,71)	891(6,47)
Sim	5.064(9,96)	411(11,54)	2.359(10,23)	273(8,55)	437(6,04)	1.578(11,50)

Não sabe/ não respondeu	43.097(84,79)	2.845(79,89)	19.790(85,80)	2.075(84,69)	6.455(82,04)	11.302(82,04)
Escuta qualificada no cuidado						
Sim	47.942(94,32)	3.236(90,87)	22.022(95,48)	3.042(95,24)	6.796(93,96)	12.846(93,24)
Não	2.888(5,68)	325(9,13)	1.043(4,52)	152(4,76)	437(6,04)	931(6,76)

* Salário-mínimo vigente em 2017 (R\$ 937)

Nas análises não ajustadas, mostraram-se mais satisfeitos com as equipes de saúde bucal, os usuários da faixa etária de 60 anos ou mais (RP 1,17; IC95%: 1,14-1,21,) que viviam com companheiro (RP 1,03; IC95%: 1,01-1,04), da região Nordeste e Centro-Oeste (RP 1,19; IC95% 1,16-1,23) e com maior renda (RP 1,10; IC95%: 1,08-1,13), além das gestantes que fizeram consulta odontológica no pré-natal (RP 1,26; IC95% 1,22-1,30). A satisfação com a eSB foi menor entre os usuários que residiam à mais de 30 minutos da UBS (RP 0,90; IC95% 0,88-0,92), entre aqueles que o horário de funcionamento da UBS não atendia às suas necessidades (RP 0,05; IC 95% 0,53-0,56), aqueles que o encaminhamento para os centros de referências não eram feitos pela UBS (RP 0,98; IC95% 0,97-0,99), os que não eram acompanhados pela UBS após encaminhamento (RP 0,64; IC95% 0,62-0,66), aqueles sem acesso à marcação com dentista (RP 0,62; IC95% 0,59-0,66) os que esperaram mais de uma hora para atendimento por demanda espontânea (RP 0,80; IC95% 0,76 – 0,85) e entre os que aguardaram mais de 30 dias para a consulta (RP 0,77 IC95% 0,74-0,80) (Tabela 2).

Nas análises ajustadas, permaneceram mais satisfeitos com as equipes de saúde bucal, os usuários da faixa etária de 60 anos ou mais (RP 1,16; IC95%: 1,12-1,21,) que viviam com companheiro (RP 1,02; IC95%: 1,01-1,03), da região Nordeste (RP 1,18; IC95% 1,15-1,21) e com maior renda (RP 1,06; IC95% :1,08-1,13). A satisfação com a eSB permaneceu menor entre os usuários de cor não branca (RP 0,97; IC95% 0,96-0,98), que residiam à mais de 30 minutos da UBS (RP 0,95; IC95% 0,92-0,98), naqueles que o horário de funcionamento da UBS não atendia às suas necessidades (RP 0,61; IC 95% 0,58-0,63), nos que não eram acompanhados

pela UBS após encaminhamento (RP 0,69; IC95% 0,67-0,70), os que esperaram mais tempo para atendimento por demanda espontânea (RP 0,90 ;IC95% 0,84 – 0,96), entre os que aguardaram mais de trinta dias para a consulta (RP 0,83 IC95% 0,78-0,90), aqueles que não tinham consulta remarcada (RP 0,93; IC95% 0,9-0,95), que não eram atendidos pelo mesmo dentista (RP 0,90; IC95% 0,84-0,95), entre os que não tiveram exame clínico odontológico ampliado(RP 0,95; IC95% 0,94-0,97) e sem escuta qualificada(RP 0,86; IC95% 0,79-0,92) (Tabela 2).

Tabela 2. Análise não ajustada e ajustada dos fatores associados com a satisfação dos usuários com as equipes de saúde bucal, PMAQ-AB, 3º Ciclo, Brasil, 2017-2018.

Satisfação dos usuários com as equipes de saúde bucal						
Variáveis	RP	Não ajustada IC 95%	p	RP	Ajustada IC 95%	P
Nível Distal - Bloco 1: Demográfico						
Sexo						
Masculino	1					
Feminino	0,97	0,96-0,98	<0,001*			
Faixa etária						
16 a 19 anos	1					
20 a 39 anos	1,07	1,04-1,10	<0,001*	1,06	1,02-1,10	0,002
40 a 59 anos	1,12	1,09-1,16	<0,001*	1,11	1,07-1,15	<0,001*
60 ou mais	1,17	1,14-1,21	<0,001*	1,16	1,12-1,21	<0,001*
Estado civil						
Sem companheiro	1					
Com companheiro	1,03	1,01-1,04	<0,001*	1,02	1,01-1,03	<0,001*
Região de moradia						
Norte	1					
Nordeste	1,19	1,16-1,21	<0,001*	1,18	1,15-1,21	<0,001*

Centro oeste	1,19	1,16-1,23	<0,001*	1,16	1,12-1,20	<0,001*
Sul	1,18	1,15-1,21	<0,001*	1,12	1,09-1,15	<0,001*
Sudeste	1,14	1,12-1,17	<0,001*	1,11	1,09-1,14	<0,001*
Nível Distal - Bloco 2: Socioeconômico						
Cor						
Branca	1					
Não branca	0,95	0,94-0,96	<0,001*	0,97	0,96-0,98	<0,001*
Renda						
< de 1 salário-mínimo**	1					
entre 1 e 2 salários-mínimos	1,02	1,01-1,04	<0,001*	1,00	0,1-1,02	0,213
entre 3 e 4 salários-mínimos	1,07	1,05-1,08	<0,001*	1,03	1,01-1,05	<0,001*
> 4 salários-mínimos	1,10	1,08-1,13	<0,001*	1,06	1,03-1,09	<0,001*
Escolaridade						
Analfabeto	1					
Fundamental incompleto	0,98	0,96-1,00	0,163	1,07		0,644
Fundamental completo	0,96	0,93-0,98	0,001	1,00	0,98-1,04	0,849
Médio completo	0,98	0,96-1,01	0,214	1,03	0,98-1,03	0,035
Superior completo	1,06	1,03-1,09	<0,001*	1,08	1,00-1,07	<0,001*
Pós-graduação	1,08	1,04-1,13	0,001	1,07	1,01-1,12	0,015
Programa Bolsa Família						
Sim	1					
Não	1,06	1,05-1,07	<0,001*	1,03	1,02-1,04	<0,001*
N.º pessoas no domicílio						
≤ 5 pessoas	1					
> 5 pessoas	0,95	0,94-0,97	<0,001*			
Nível Intermediário 1 - Bloco 3: Acessibilidade						
Distância da UBS						
≤ 30 minutos	1					
> 30 minutos	0,90	0,88-0,92	<0,001*	0,95	0,92-0,98	<0,001*
Horário mínimo de funcionamento						
Sim	1					
Não	1	0,97-1,01	0,474			
Horário atende às necessidades do usuário						
Sim	1					
Não	0,55	0,53-0,56	<0,001*	0,61	0,58-0,63	<0,001*
Nível Intermediário 1 - Bloco 4: Coordenação do cuidado						
Encaminhamento do usuário com marcação pela UBS						
Sim	1					
Não	0,98	0,97-0,99	0,005*			
Acompanhamento do usuário pela UBS após encaminhamento						
Sim	1					
Não	0,64	0,62-0,66	<0,001*	0,69	0,67-0,70	<0,001*
Nível Intermediário 2 - Bloco 5: Primeiro contato						
Acesso à marcação com o dentista						
Sim	1					

Não	0,62	0,59-0,66	<0,001*			
Atendimento à demanda espontânea						
Sim	1					
Não	0,69	0,66-0,71	<0,001*			
Tempo de atendimento à demanda espontânea						
≤ 60 minutos	1					
> 60 minutos	0,8	0,76-0,85	<0,001*	0,90	0,84-0,96	<0,001*
Tempo até o atendimento agendado						
≤ 7 dias	1					
entre 8 e 15 dias	0,92	0,91-0,93	<0,001*	0,95	0,92-0,97	<0,001*
entre 16 e 30 dias	0,85	0,84-0,87	<0,001*	0,91	0,88-0,94	<0,001*
mais de 30 dias	0,77	0,74-0,80	<0,001*	0,83	0,78-0,90	<0,001*
Nível Intermediário 2 - Bloco 6: Longitudinalidade						
Remarcação de consultas até o TC						
Sim	1					
Não	0,85	0,84-0,86	<0,001*	0,93	0,9-0,95	<0,001*
Nível Intermediário 2 - Bloco 7: Vínculo						
Atendimento pelo mesmo dentista						
Sim	1					
Não	0,77	0,74-0,80	<0,001*	0,90	0,84-0,95	<0,001*
Nível Proximal - Bloco 8: Integralidade						
Exame clínico odontológico ampliado						
Sim	1					
Não	0,83	0,82-0,84	<0,001*	0,95	0,94-0,97	<0,001*
Exame bucal no pré-natal						
Sim	1,26	1,22-1,30	<0,001*			
Não	1					
Escuta qualificada no cuidado						
Sim	1					
Não	0,62	0,60-0,65	<0,001*	0,86	0,79-0,92	<0,001*

* p < 0,10 ajustado para as variáveis

** Salário-mínimo vigente em 2017 (R\$ 937)

DISCUSSÃO

A presente pesquisa englobou todo o território do Brasil apontando que a maioria dos usuários atendidos pelas equipes de saúde bucal da APS se mostrou satisfeita com o atendimento ofertado. A proximidade da UBS, o acompanhamento do usuário na rede de atenção à saúde (RAS), o menor tempo de espera para a consulta odontológica, o atendimento

odontológico realizado pelo mesmo dentista da eSB, a realização do exame clínico odontológico ampliado e a escuta qualificada no cuidado se mostraram associados à maior satisfação dos usuários com as equipes de saúde bucal. Nesse sentido, evidencia-se a importância da APS como ordenadora do cuidado em saúde e dos atributos essenciais da atenção primária proposto por Starfield¹⁹, como atenção no primeiro contato, longitudinalidade e integralidade.

No entanto, essa pesquisa apresenta algumas limitações referentes à forma de seleção dos usuários entrevistados pelo PMAQ-AB uma vez que as entrevistas aconteciam na UBS e a seleção dos usuários era feita pela própria equipe que o atendia e ao viés de gratidão relacionado com situações em que o usuário tem grande afinidade com os profissionais do serviço acarretando receio de perder o direito ao tratamento. Assim, a satisfação do usuário quanto à qualidade dos serviços de saúde bucal pode estar superestimada.

Dentre os pontos fortes destacam-se: o tamanho da amostra, pois o estudo envolveu todo o território do Brasil, buscando uma representatividade dos usuários de saúde bucal na atenção primária; a construção de um indicador de satisfação com a saúde bucal, uma vez que o módulo III do 3º ciclo do PMAQ-AB não apresentava perguntas sobre satisfação com a equipe de saúde bucal. Além disso, a análise de regressão hierarquizada em quatro blocos permitiu a redução de viés de confundimento.

Verificou-se na presente pesquisa que a satisfação se associou positivamente com a idade. Pessoas mais velhas se mostraram mais satisfeitas com o serviço da equipe de saúde bucal, corroborando com outros estudos nacionais como os do 2º ciclo do PMAQ²⁰ e a Pesquisa Brasileira de Saúde Bucal (SB2010)²¹ e internacionais, como o estudo na Grã-Bretanha²² e na Arabia Saudita²⁵, o qual avaliou a satisfação do usuário na atenção primária. A maior satisfação

dos idosos pode ser explicada por apresentarem maior tolerância, mas ao mesmo tempo expectativas mais baixas com base em experiências anteriores, como também pelo fato de os profissionais serem mais respeitosos e cuidadosos no atendimento a essa população²¹.

Maior satisfação também se mostrou associada à maiores rendas salariais e maior nível de escolaridade. Entretanto, estudos avaliando os serviços públicos odontológicos da Atenção Primária à Saúde no Brasil²⁰ e de cidades brasileiras do interior do estado de São Paulo, Minas Gerais e Paraná, observaram que usuários com menor renda²⁴ e com menores níveis de escolaridade¹⁷ relataram-se mais satisfeitos com o serviço ofertado. A razão para essa associação ainda não é clara, mas estudo realizado com dados do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008, e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013²⁵, mostraram que quanto menor a renda do usuário, menor foi o número de consultas com o dentista em todos os anos avaliados. Estes resultados, confirmam uma persistência das iniquidades quanto o acesso aos serviços de saúde bucal que são mediadas pelas condições socioeconômicas, reafirmando a questão social como causa relacionado ao acesso a direitos essenciais como a saúde.

O acesso da população aos cuidados em saúde no que diz respeito à proximidade do serviço com os domicílios dos usuários foi um dos fatores avaliados de forma bastante positiva, evidenciando que para a APS funcionar como porta de entrada do usuário no sistema de saúde deve ser acessível¹⁴. Deste modo, os gestores municipais de saúde devem levar em conta, ao implantar novas unidades de saúde, além do mapa demográfico, as condições do território e das vias acesso que abarquem adequadamente a população adscrita²⁴.

Adicionalmente, o horário mínimo de atendimento deve ser outra condição do processo de trabalho das equipes de saúde que deve ser prevista no planejamento da gestão municipal,

uma vez que aqueles usuários que exercem suas atividades diárias laborais durante o dia, apresentam dificuldades na utilização do serviço. Estudo com dados sobre a satisfação com serviço público de saúde bucal do Brasil, apontou que usuários com alta carga de trabalho, principalmente aqueles que exercem profissões com baixa autonomia decisória e com característica de provisão financeira e sem possibilidade de afastamento para assistência à saúde tiveram menor nível de satisfação com o serviço²⁶. Diante disso, é válido que a configuração da agenda da equipe de saúde seja planejada de forma a atender os usuários trabalhadores que precisam de horários especiais no atendimento odontológico. Nesse sentido, a Secretaria de APS do Ministério da Saúde lançou em 2019, o Programa Saúde na Hora buscando ampliar o acesso aos serviços de saúde de APS em horários mais flexíveis para a população, como horário noturno e de almoço, por meio de funcionamento estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) e UBS em todo território brasileiro²⁷. Também mais recentemente explorada devido a pandemia de Covid-19, a alternativa das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), a exemplo da teleodontologia, que podem ser uma estratégia significativa para minimizar esse impacto nos serviços de saúde, tem se mostrado equivalente (ou mesmo válida) às sessões presenciais para diferentes finalidades relacionadas à atenção primária, como triagem, consultas, orientações e encaminhamentos²⁸.

Adicionalmente, aqueles usuários que não estavam agendados e esperaram mais tempo para serem atendidos ficaram menos satisfeitos com o serviço da equipe de saúde bucal. Relacionada ao atributo de primeiro contato, a procura do usuário pelo serviço de maneira espontânea é considerada uma das principais portas de entrada para a atenção primária sendo utilizada de maneira recorrente pelos mesmos usuários, tanto por sua autopercepção ou por alguma intercorrência clínica²⁹. O tempo de espera para consulta não agendada pode refletir na

diversidade de modelos de atendimentos odontológicos presentes no país, desde a oferta de livre demanda para o alívio da dor, sendo preciso chegar cedo para garantir uma vaga, até a ausência de protocolos para classificações de risco em condições agudas. A organização da demanda é reconhecida como um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal³⁰. A possibilidade do usuário ser ouvido para resolver qualquer problema sem agendamento prévio tem sido associado com uma avaliação mais positiva³¹, porém a demanda espontânea traz a lógica curativista, centrada na queixa-conduta, desconstruindo a prática do cuidado e seus modos de vida em detrimento da atenção programada. Assim, a atenção à demanda espontânea termina, em geral, com uma conduta odontológica ou prescrição de medicação e, não necessariamente, gera um novo atendimento clínico definido ao seu final³².

A coordenação do cuidado também teve impacto sobre a avaliação dos usuários de saúde bucal na APS. Observou-se menor satisfação naqueles usuários que não foram acompanhados pela atenção primária após serem encaminhados para os serviços das Redes de Atenção (RAS). Estudo que avaliou a percepção de usuários com equipes que participaram do 1º ciclo do PMAQ-AB, observou que os usuários valorizavam as ações que promoviam a integração entre os níveis de atenção dos serviços da rede de saúde³¹. No entanto, a coordenação do cuidado enfrenta problemas relacionados com a integração entre os níveis de atenção e a comunicação entre os diferentes prestadores, e para que a atenção primária melhore a oferta de cuidados continuados, é necessário investimento nos mecanismos de integração e na melhoria da comunicação entre os profissionais da APS e da Atenção Especializada e os serviços de diferentes níveis³³.

Outro importante fator observado na presente pesquisa foi o agendamento de consultas até o final do tratamento garantindo a continuidade na agenda de saúde bucal em todas as macrorregiões brasileiras. Essa característica está fortemente ligada à longitudinalidade que prevê a fonte continuada da atenção e sua utilização ao longo do tempo, além da formação de vínculos com fortes relações interpessoais entre a população e a fonte da atenção¹⁹. Todavia, a garantia de reconsulta é apenas um dos fatores relacionados ao tratamento concluído. Deve-se considerar a capacidade das equipes de informar aos usuários a importância de completar o tratamento e a garantia de realização de busca ativa pelos agentes comunitários de saúde. Fatores individuais como, a condição socioeconômica, o nível de informação sobre saúde bucal, a motivação ou medo do tratamento parecem colaborar para uma maior frequência de tratamentos concluídos³⁴.

O vínculo com o dentista da eSB também se mostrou associado com maior nível de satisfação. Esse resultado corrobora com os achados de Amorim *et al*²⁰, os quais abordam maior chance de satisfação para aqueles usuários que foram atendidos pelo mesmo dentista. A PNSB (Política Nacional de Saúde Bucal) refere-se ao vínculo como um dos princípios norteadores das ações do cuidado em saúde bucal, responsabilizando a unidade ou o serviço pela solução dos problemas, através da oferta de ações eficazes que permitam o controle, pelo usuário, quando de sua execução³⁵. Para além disso, no campo das tecnologias de cuidado, há a necessidade de se resgatar as tecnologias leve-relacionais. Também a PNH (Política Nacional de Humanização) busca instigar uma ampliação da relação e comunicação entre pessoas e profissionais afirmando que os saberes podem conversar numa forma de produzir saúde. Assim é imprescindível que se reconheça o vínculo, não como apenas a adesão a um serviço ou ação

de saúde, mas como um processo que afeta aqueles envolvidos em uma relação contínua³⁴, tornando-o uma verdadeira expressão da humanização da relação com o usuário³⁵.

A humanização está diretamente relacionada à escuta ativa e qualificada do cuidado. Fonseca *et al*³⁶ em estudo qualitativo em uma UBS no município de São Paulo, construíram juntamente com os usuários seus respectivos projetos terapêuticos singulares, sendo possível encontrar respostas às necessidades de saúde bucal dos usuários em poucas horas clínicas de maneira resolutiva. Essa prática visa reconhecer a experiência prévia da enfermidade, o desejo e o interesse do outro quanto à resolução do caso, levando em consideração a situação de vida de cada pessoa, tendo menos prescrição e buscando a integralidade sem menosprezar os progressos tecnológicos, a técnica avançada e a prática baseada em evidências científicas com a responsabilidade dos profissionais de saúde envolvidos na equipe³⁷.

Proporcionar aos usuários momentos para expressarem suas preocupações durante o atendimento permite uma comunicação bidirecional fazendo com que eles se sintam ouvidos e participantes do processo de tomada de decisão, o que pode aumentar a satisfação com o serviço além de ajudar a equipe de saúde bucal a atender às necessidades e expectativas dos usuários⁶.

Observou-se na presente pesquisa que mais da metade dos usuários não recebeu pela eSB, um exame clínico ampliado incluindo, pescoço, cabeça e língua e a omissão dessa conduta gerou menor satisfação. Importante ressaltar que essas estruturas fazem parte do campo de atuação clínica do cirurgião-dentista e que esse tipo de exame pode auxiliar na detecção de outras doenças como as neoplasias. A PNSB, prevê que à APS compete assumir responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar encaminhamentos e monitorar a evolução da reabilitação junto ao CEO (centros de especialidades odontológicas)³⁵, portanto cumprir o papel de ordenadora da rede de atenção à saúde.

Mesmo sendo o dentista, o responsável pelo diagnóstico precoce, alguns estudos revelam que os profissionais na atenção primária não tem segurança para o diagnóstico de lesões bucais e realização de biópsias, possibilitando uma redução de encaminhamentos ao tratamento nos centros especializados³⁸. Ainda se verifica que algumas unidades de saúde não possuem a referência regionalizada para encaminhamento necessário, o que contribui para descontinuidade da atenção, agravando o quadro epidemiológico. A realidade do serviço revela que pessoas com câncer bucal tem sua entrada ou com demanda espontânea ou em casos já avançados³⁹. Fomentar a possibilidade de detecção precoce envolvendo os agentes comunitários de saúde enquanto organizadores do processo é uma forma assertiva além do encaminhamento dos usuários de alto risco para unidades de referências.

Por fim, percebe-se que o cuidado humanizado, a escuta qualificada, a integralidade e a longitudinalidade tornam o atendimento odontológico mais satisfatório para o usuário, tornando-se necessário novos processos de trabalho das equipes de saúde bucal inseridas na eSF, que reflitam a interprofissionalidade na intenção do cuidado integral centrado no usuário, os quais irão inovar as tecnologias para a produção do cuidado e tornar desafiantes os momentos de escuta, acolhimento e vínculo³⁶.

CONCLUSÃO

Este estudo observou que os usuários se apresentaram satisfeitos com os serviços ofertados pelas equipes de saúde bucal da APS do Brasil, sendo importante observar que a satisfação ultrapassa o limite das características dos indivíduos, sofrendo influência dos contextos em que os serviços estão introduzidos. O acesso, o acompanhamento do usuário na RAS, o primeiro contato, o vínculo, a integralidade, a escuta qualificada no cuidado e a longitudinalidade tiveram influência positiva na satisfação dos usuários com os serviços das

equipes de saúde bucal, evidenciando a importância da APS como ordenadora do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Serapioni M, Silva MGC. Evaluation of the quality of Family Healthcare program in municipalities of Ceará: a multidimensional approach. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4315-4326.
2. Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Qual Saf* 2012; 21(1):39-46.
3. Sobreira PGP, Vasconcellos MTL, Portela MC. Avaliação do processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Estado do Rio de Janeiro: a percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3099- 3113.
4. Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS. Organization of the demand for a Centre of Dental Specialties. *Rev Odontol UNESP* 2013; 42(5):317-323.
5. Paddison CAM, Abel GD, Roland MO, Elliott MN, Lyratzopoulos G, Campbell JL. Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *Health Expect* 2015; 18(5):1081-1092.

6. Moimaz SAS, Lima AMC, Garbin CAS, Corrente JE, Saliba NA. Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no sistema único de saúde: Uma abordagem à luz da humanização. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(12):3879–87.
7. Bordin D, Fadel CB, Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA. Comparative study of satisfaction of users and health professionals with the public dental service. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017; 22(1):151–60.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você – Acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo 2º ciclo. Brasília: 2013
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Brasília: 2012
10. Fagundes DM, Thomaz EBAF, Queiroz RCS, Rocha TAH, da Silva NC, Vissoci JRN, Calvo MCM, Facchini LA. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQAB. *Cad. Saud Publica*, 2018; 34(9): <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00049817>
11. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Cienc & Saud Coletiva*. 2019; 24(5): 1809-1820.
12. Savassi LCM. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*. Rio de Janeiro: 2010; 5(17): 3-5.13.

13. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
14. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2017; 22 set. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
15. Vieira NFC, Machado M de FAS, Nogueira PSF, Lopes K de S, Vieira-Meyer APGF, Morais APP, et al. Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. Interface - Comun Saúde, Educ. 2021;25:1–15.
16. Martins AMBL, Ferreira RC, Santos-neto PE, Carreiro DC, Souza JGS, Ferreira EF. Users' dissatisfaction with dental care: a population-based household study. Rev Saude Publica. 2015; 49(1).
17. Aldosari MA, Tavares MA, Matta-Machado ATG, Abreu MHNG. Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary health care. PLoS One, 2017; 12 (11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187993>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Instrumento de Avaliação Externa do Programa Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) –3º ciclo. (Internet). 2017. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrumento_Avaliacao_Externa_AB_SB.pdf >

19. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
20. Amorim LDP, Senna MIB, Alencar GP, Rodrigues LG, De Paula JS, Ferreira RC. User satisfaction with public oral health services in the Brazilian unified health system. *BMC Oral Health*. 2019;19(126):1–9. DOI: 10.1186/s12903-019-0803-8.
21. Macarevich A, Pilotto LM, Hilgert JB, Celeste RK. Satisfação de usuários com serviços odontológicos públicos e privados entre diferentes grupos etários no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(2):1–10.
22. Almutairi M, Mckenna G, Neill CO. Satisfaction with dental care services in Great Britain 1998 – 2019. *BMC Oral Health* [Internet]. 2022; 22(308): 1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02343-7>
23. Saeed AA, Mohammed BA, Magzoub ME, Al-Doghaither AH. Satisfaction and correlates of patients' satisfaction with physicians' services in primary health care centers. *Saudi Med J*. 2001;22:262–7.
24. Moimaz SAS, Burili MC, Bordin D, Garbin CAS, Saliba TA, Saliba NA. Satisfação dos usuários segundo variáveis de organização dos serviços públicos odontológicos. *Arch Heal Investig*. 2017;6(1):14–9. <https://doi.org/10.21270/archi.v6i1.1776>
25. Galvão MHR, Roncalli AG. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health* 2021; 21(1):1-8.

26. Fadel CB, Bordin D, Santos CB dos, Carvalho DR, Moimaz SAS. Users' satisfaction with the public dental service: the discovery of new patterns. *Cad Saúde Coletiva*. 2019;27(2):172–81. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900020008>
27. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. 2019; 15 mai. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html
28. Da Costa CB, Peralta FDS, Ferreira De Mello ALS. Como a teleodontologia tem sido aplicada nos serviços públicos de saúde bucal? Uma revisão integrativa. *Telemed e-Saúde*. 2020;26(7):945–54.
29. Sanchez TP, Borchardt D, Tribis L. Atendimento equânime à demanda espontânea odontológica através da caracterização e implantação da classificação de risco por cores, régua da dor e gestão longitudinal da clínica na Unidade Básica de Saúde Jardim das Palmas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2756. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2756](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2756)
30. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saude Debate*. 2014; 38(spe)
31. Abreu DMX de, Araújo LHL de, Reis CMR Dos, Lima ÂM de LD de, Santos A de F Dos, Jorge AO, et al. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2018;27(3):e2017111.
32. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / . Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012.

33. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV da. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):52–66.
34. Thurow LE, Castilhos ED, Costa JSD. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas, RS, 2012-2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015; jul-set;24(3):545-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00545.pdf> doi: 10.5123/S1679-49742015000300021.
35. Brasil. Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde: Brasília, 2004
36. Fonseca GS, Pires FS, Junqueira SR, de Souza CR, Botazzo C. Redesigning pathways towards the expanded oral health clinic. *Saude e Soc*. 2018;27(4):1174–85.
37. Botazzo, C. O conhecimento pelas mãos. *Rev da ABENO*. Brasília, 2017; 17(4): 2-19.
38. Sousa FB, e Silva MR de F, Fernandes CP, de Barros Silva PG, Alves APNN. Oral cancer from a health promotion perspective: Experience of a diagnosis network in Ceará. *Braz Oral Res*. 2014;28(Specialissue):1–8.
39. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Jr CA, Oliveira EM. Strategies for management of oral cancer in primary and secondary healthcare services. *Cad Saude Publica*. 2012;28 Suppl:s30-9

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo observou que os usuários se apresentaram satisfeitos com os serviços ofertados pelas equipes de saúde bucal da APS do Brasil, sendo importante observar que a satisfação ultrapassa o limite das características dos indivíduos, sofrendo influência dos contextos em que os serviços estão inseridos.

A satisfação dos usuários em regiões com maior desenvolvimento econômico tiveram maiores percentuais. Os usuários com maiores faixas etárias e maiores rendas mostraram-se mais satisfeitos. Aspectos como a maior distância da UBS, usuários não acompanhados pela UBS após encaminhamento, sem consulta remarcada, que não eram atendidos pelo mesmo dentista, entre os que não tiveram exame clínico odontológico ampliado e sem escuta qualificada na consulta associaram-se com menor satisfação.

Assim os atributos essenciais de acesso, o acompanhamento do usuário na RAS, o primeiro contato, o vínculo, a integralidade, a escuta qualificada no cuidado e a longitudinalidade tiveram influência na satisfação dos usuários com os serviços das equipes de saúde bucal, evidenciando a importância da APS como ordenadora do cuidado em saúde.

Também que é necessário um esforço coletivo da gestão e das equipes de Saúde Bucal para a reconstrução efetiva e de qualidade dos cuidados ofertados em saúde bucal, através da reorganização do processo de trabalho de acordo as necessidades do território e criação de formas participativas dos usuários que denotem a melhora da satisfação com serviços prestados pela porta de entrada do sistema de saúde público.

Este estudo poderá servir de base para estudos futuros, tanto para comparação entre os resultados do terceiro ciclo do PMAQ – AB com o primeiro e segundo ciclos do referido programa, quanto para o estudo comparativo com outros processos avaliativos da APS. Por fim, que é imprescindível estimular a revisão dos processos de trabalho das eSB com os atributos da APS, para que as ações

efetivamente transformem as condições de saúde bucal e melhorem a qualidade de vida da população.

7 REFERÊNCIAS

ABREU, D.M.X DE; ARAUJO, L.H.L DE; REIS, C.M.R DOS; LIMA, A.M. de L.D D.E.; SANTOS, A DE F DOS, Jorge A.O. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 27, n. 3, p. e2017111, 2018.

ALDOSARI, M.A.; TAVARES, M.A.; MATTA-MACHADO, A.T.G.; ABREU, M.H.N.G. Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary health care. **PLoS One**, v. 12, n. 11, 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187993>

ALMEIDA, A. M. F. L.; CHAVES, S. C. L.; NUNES, L.R.; ARAÚJO, C.O.; Posicionamento das entidades odontológicas sobre a Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2015-2017. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe 2, p. 92-110, 2018.

AMORIM, L. DE P; .SENN, M.I.B; ALENCAR, G.P.; RODRIGUES, L.G.; DE PAULA J.S.; FERREIRA, R.C.; User satisfaction with public oral health services in the Brazilian unified health system. **BMC Oral Health**, v. 19, n. 1, p. 1–9, 2019. DOI: 10.1186/s12903-019-0803-8).

ARRUDA, C. A. M.; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 321-332, 2016.

BALDANI, MH *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde Debate** [on-line], v. 42, n. 1 especial, p. 145-162, set. 2018.

BARROS, S. G.; MIRANDA, C. E. B.; ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L. Análise da produção científica sobre avaliação de políticas de saúde bucal no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 207-222, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes da politica nacional de saude bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf) Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mais perto de você – Acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo 2º ciclo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Manual Instrutivo 3º Ciclo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). **Manual para o Trabalho de Campo PMAQ - 3º Ciclo**, 2017 [site da internet]. [acessado 2021 outubro 19]. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual de campo pmaq 3ci clo.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_de_campo_pmaq_3ci clo.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade**, Brasília, DF, 2017. Disponível em : [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento amaq ab sb 3ci clo.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_amaq_ab_sb_3ci clo.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874 GM/MS, de 10 de maio de 2019**. Define os municípios e valores mensais referentes à certificação das equipes da atenção básica e os NASF participantes do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jun. 2019. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0874_20_05_2019.html>. Acesso em: 05 fev. 2021.

BORDIN, D; FADEL C.B; MOIMAZ S.A.S.; GARBIN, C.A.S.; SALIBA, N.A. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p .151-60, 2017.

CASOTTI, E.; CONTARATO, P.C.; FONSECA, A.B.M.; BORGES, P.K. DE O.; BALDANI, M.H. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 140-157, 2014

CHAVES, S. C. L. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. 380 p.

CHOUINARD, J. A. The Case for Participatory Evaluation in an Era of Accountability. **American Journal of Evaluation**, Stamford, v. 34, n. 2, p. 237-253, 2013.

CARREIRO, D.L.; OLIVEIRA, R.F.R; COUTINHO, W.L.M; MARTINS AME de BL; HAIKAL, D.S Evaluation of satisfaction with dental care from the standpoint of adult brazilian users: A multilevel analysis. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4339–4349, 2018.

FADEL, C. B. *et al.*. Users' satisfaction with the public dental service: the discovery of new patterns. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 172-18. 2019.

FAGUNDES, D.M.; THOMAZ, E.B.A.F.; QUEIROZ, R.C.S.; ROCHA, T.A.H.; da SILVA, N.C.; VISSOCI, J.R.N.; CALVO, M.C.M.; FACCHINI, L.A. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n.9, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00049817>

MACAREVICH, A.; PILOTTO, L. M.; HILGERT, J. B.; CELESTE, R. K. Satisfação de usuários com serviços odontológicos públicos e privados entre diferentes grupos etários no Brasil. **Cadernos de Saúde Publica**, v. 34, n. 2, p. 1–10, 2018.

MARTINS, A.M.B.L; FERREIRA, R.C.; SANTOS-NETO, P.E.; CARREIRO, D.C.; SOUZA, J.G.S.; FERREIRA, E.F. Users' dissatisfaction with dental care: a population-based household study. **Rev Saude Publica**, v. 49, n. 1, 2015.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.*. Satisfação e perfil de usuários do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 20, n. 3, p. 334–339, 2016.

MOIMAZ S.A.S; BURILI, M.C; BORDIN D,; GARBIN, C.A.S,; SALIBA, T.A; SALIBA, N.A. Satisfação dos usuários segundo variáveis de organização dos serviços públicos odontológicos. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 1, p. 14–19, 2017.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903- 1914, 2018

PEREIRA, C. G.; GROISMAN, S. Histórico do monitoramento e avaliação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n. 2, p. 208-210, 2014

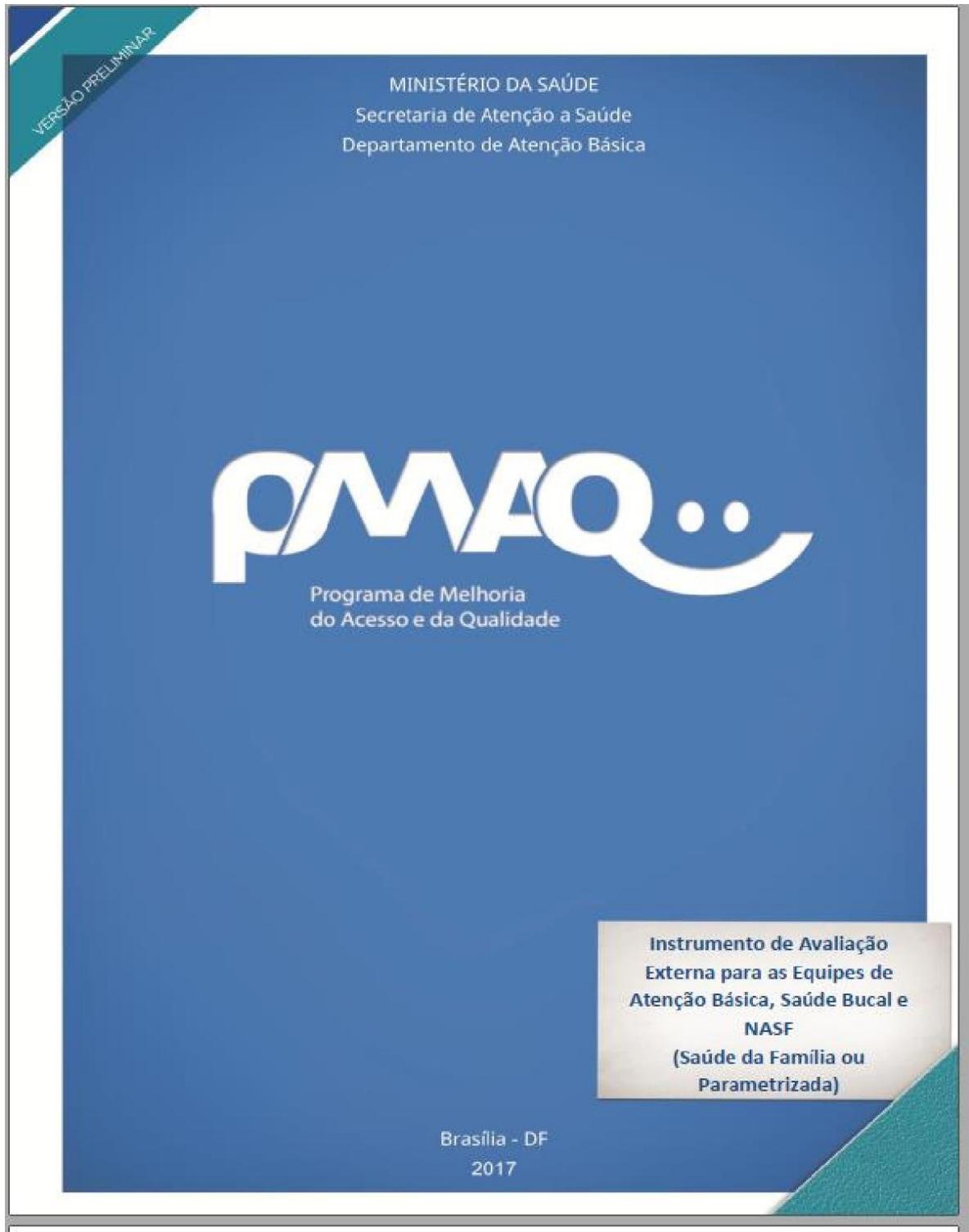
UCHÔA, Alice Severina da Costa *et al.* Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate** [online] v. 42, n. 1, p. 100-113, set. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s107>>. Acesso em: 26 fev 2022.

VIEIRA, N.F.C; MACHADO, M.F.A.S; NOGUEIRA, P.S.F; LOPES, K.S; VIEIRA-MEYER, A.P.G.F.; Moraes, A.P.P; CAMPELO, I.L.B; GUIMARÃES, J.M.X; NUTO, S.A.S; Freitas, R.W.J.F. Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface** (Botucatu), v. 25, p. 1–15, 2021.
<https://doi.org/10.1590/interface.200516>.

SILVA, N.B. da; MARTINIANO, S.G, CARDOSO, A.M.R,; CAVALCANTI YW, FIGUEIREDO N, PADILHA WWN. User satisfaction with Dental Specialty Centers in Brazil: Proposal of satisfaction index and associated factors. **Community Dent Oral Epidemiol.** v. 50, n. 1, p. 67–73, 2021.

SOUSA, AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para sua consolidação. **Saúde Debate**, v. 42 n. especial 1, p. 289-301. 2018.

ANEXOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ –
ACESSO E QUALIDADE**

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
(PMAQ)
– Terceiro ciclo –

Brasília, DF
2017

Apresentação

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

O conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), se apresenta como uma das principais estratégias indutoras da qualidade no Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto, apresentamos o instrumento de coleta de dados para a avaliação externa, que compõe a segunda fase do terceiro ciclo do PMAQ. Nessa etapa, realizada em parceria com instituições de ensino superior (IES), será efetuado um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa.

O presente instrumento guarda similaridade com o Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), utilizado nos processos de autoavaliação, visando assegurar coerência das informações, uma vez que os resultados serão acompanhados ao longo da implementação de novos ciclos do PMAQ.

As informações serão analisadas por métodos complementares com instrumentos específicos para gestão municipal, UBS, equipe de atenção básica e usuários, incluindo de análise documental. Estão contemplados, ao longo do instrumento, aspectos importantes das prioridades da Política Nacional de Atenção Básica, tais como: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Bucal, Saúde Mental, Atenção às Doenças Crônicas, Programa Saúde na Escola, Atenção Domiciliar, Práticas Integrativas e Complementares, Atenção às Doenças Negligenciadas e ações voltadas às doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

Dessa forma, esperamos contribuir para a melhoria do processo de trabalho das equipes de atenção básica e também para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços ofertados à população brasileira.

Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade

O “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade” procura induzir processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais, municipais e das equipes de atenção básica em ofertarem serviços que assegurem acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

A iniciativa objetiva a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção básica em Saúde em todo o Brasil.

O PMAQ está organizado em três fases (Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica que compõem um ciclo.

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) com os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.

A segunda fase consiste na Certificação, que é composta por: 1- avaliação externa; 2- avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados; e 3- verificação da realização de momento autoavaliativo. Após a Certificação, as equipes serão classificadas em um dos cinco desempenhos: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; e Ruim.

A terceira fase, Recontratualização, é constituída por um processo de repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa.

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento deve ser entendido como transversal a todas as Fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do PMAQ-AB. Nesse momento devem ser realizadas um conjunto de ações pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. O Eixo é composto pelos seguintes elementos (Autoavaliação, Monitoramento dos indicadores, Educação Permanente, Apoio Institucional e Cooperação Horizontal) que deverão ser estruturadas de forma contínua e sistemática.

Avaliação Externa

A avaliação externa é o momento no qual será realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ. Busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.

Esse momento consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das Equipes participantes do programa e da gestão da atenção básica.

O processo de avaliação externa, também, possibilita:

- Reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica à saúde ofertada ao cidadão;
- Fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores;
- Subsidiar a reconstrução das equipes de forma singularizada, respeitando suas potencialidades e dificuldades;
- Considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS;
- Conhecer em escala e profundidade as realidades e singularidades da atenção básica no Brasil, registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis;
- Elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal.

Para a realização da avaliação externa, o Ministério da Saúde conta com o apoio de Instituições de ensino e/ou pesquisa (ver Anexo B) de reconhecida experiência em pesquisas avaliativas na organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo, incluindo seleção e capacitação de entrevistadores que irão aplicar o instrumento de avaliação. Os entrevistadores visitarão as EAB conforme itinerário planejado pelas Instituições de ensino e/ou pesquisa e após contato com a gestão municipal. A coleta dos dados será feita utilizando *tablets*.

A avaliação externa, bem como a Certificação das equipes será coordenada de forma tripartite pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O Instrumento

O instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica e saúde bucal está organizado em seis módulos, conforme o método de coleta das informações:

- **Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.
- **Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- **Módulo III - Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil)**, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.
- **Módulo IV - Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar o processo de trabalho destas equipes e a organização do cuidado aos usuários.
- **Módulo V - Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal** com objetivo de avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos de atenção odontológica.
- **Módulo VI - Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

O **Módulo III** não será utilizado para certificação das equipes, mas a coleta dos dados será realizada no momento da avaliação externa. As informações obtidas objetivam levantar informações para o aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica e para divulgação de resultados sobre a atenção básica no Brasil. O **Módulo III** será publicado no Portal do DAB (<http://dab.saude.gov.br/>).

Para o 3º ciclo, o gestor deverá preencher o **Módulo Eletrônico** com informações referentes aos profissionais de nível superior, médio e técnico em sistema eletrônico, além de informações relacionadas à gestão da AB, gestão do cuidado, educação permanente, dentre outras. Assim não haverá necessidade de preenchimento de fichas impressas e entregues durante a avaliação externa aos entrevistadores. O **Módulo Eletrônico** estará acessível no Portal do e-gestor (<https://egestorab.saude.gov.br/>).

Classificação dos padrões para certificação

A partir da avaliação externa que aconteceu nos dois primeiros ciclos do PMAQ, foi possível analisar os padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa. Após reuniões do grupo de Trabalho de Atenção à Saúde composto pelo CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde, verificou-se a necessidade de adequação de critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação para o terceiro ciclo do PMAQ. Assim, para este ciclo, os padrões de acesso e qualidade são classificados como:

III.1 Identificação Geral		
III.1.1	Número do supervisor:	Número
III.1.2	Número do entrevistador:	Número
III.2 Identificação da Unidade de Saúde		
III.2.1	Coordenadas GPS:	Latitude
		Longitude
		Não foi possível obter as coordenadas
III.2.2	Endereço:	
III.2.3	Telefone:	() ____ - ____
		Não existe telefone
III.3 Identificação do Usuário		
III.3.1	Sexo	Masculino
		Feminino
III.3.2	Qual é a idade do(a) senhor(a)?	Anos completos
III.3.3	Qual seu estado civil?	Solteiro(a)
		Casado(a) ou união estável
		Divorciado(a), desquitado(a) ou separado(a) judicialmente
		Viúvo(a)
III.3.4	Entre as opções que vou ler, qual cor de pele/raça você considera como sendo a sua?	Branca
		Preta
		Amarela
		Parda/mestiça
		Indígena
III.3.5	Até que série o(a) senhor(a) estudou?	Ignorada
		Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)
		É alfabetizado (sabe ler e escrever)
		Ensino fundamental incompleto
		Ensino fundamental completo
		Ensino médio incompleto
		Ensino médio completo
		Ensino superior incompleto
		Ensino superior completo
Pós-graduação		
III.3.6	Qual sua renda familiar?	Valor em reais
		Não sabe/não respondeu
III.3.7	Quantas pessoas, contando com o(a) senhor(a), vivem/moram na sua casa?	Quantidade
		Não sabe/não respondeu
III.4 Acesso à Unidade de Saúde		
III.4.1	Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade básica de saúde/posto de saúde?	Quantidade de minutos
		Não sabe, não respondeu
III.4.2	O horário de funcionamento da unidade é informado?	Sim
		Não
		Não sabe, não respondeu
III.4.3	A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?	Sim
		Não
		Não sabe, não respondeu

III.4.4	Entre as opções que vou ler, responda em quais os períodos esta unidade de saúde funciona:	Manhã
		Tarde
		Noite
		Sábados
III.4.5	O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do(a) senhor(a)?	Sim
		Não
		Às vezes
		Não sabe/não respondeu
III.4.6	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que esta unidade básica de saúde/posto de saúde atendesse:	Mais cedo do que o horário que costuma abrir
		À tarde até às 18 horas
		À noite
		No horário de almoço
		Aos sábados
		Aos domingos
		24 horas
		Não tenho sugestões, pois estou satisfeito com o horário de funcionamento dessa UBS
III.5 Acesso ao atendimento		
III.5.1	Na maioria das vezes, qual o primeiro serviço o(a) senhor(a) costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde?	Esta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde
		Outra Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde
		Hospital Público
		Pronto Atendimento 24 horas (UPA) ou outro Pronto Socorro 24h do SUS
		Policlínica do SUS
		Hospital particular com convênio com o SUS
		Clínica/consultório Particular com plano de saúde
		Clínica/consultório Particular sem plano de saúde
		Hospital Particular com plano de saúde
		Hospital Particular sem plano de saúde
		Outro(s)
III.5.2	Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde:	Não sabe/não respondeu
		Consultas agendadas
		Consultas não agendadas (ex. solicitação de atestado, exames e encaminhamentos, renovação de receita)
		Atendimento de urgência
		Busca de medicamentos
		Vacinação
		Atendimento odontológico
Nenhuma das anteriores		
III.5.3	O(A) senhor(a) realizou alguma consulta nesta unidade básica de saúde/posto de saúde nos últimos 12 meses?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.5.4	Em relação ao Programa Bolsa Família, sua família:	Participa do programa
		Não participa do programa
		Já participou

			As atividades não interessam
			A equipe não faz essas atividades
			Não sabe se a equipe faz essas atividades, não há divulgação
			Nenhuma das anteriores
III.8.20	O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é acolhido(a)/ recebido(a) ao procurar o serviço?		Muito bom
			Bom
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu
III.9 Utilização – Coordenação do cuidado			
III.9.1	Os profissionais desta unidade de saúde já precisaram encaminhar o(a) senhor(a) para outros serviços (ex. especialistas, exames)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.9.2	Quando o(a) senhor(a) precisou ser encaminhado(a) para outros serviços, como a consulta foi marcada?		Pela unidade básica de saúde e informada na hora
			Pela unidade básica de saúde e informada depois
			Tem que ligar ou ir a central de marcação de consultas especializadas
			Recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço por conta própria
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.9.3	Depois que o(a) senhor(a) foi encaminhado para outro serviço, os profissionais da Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde continuaram acompanhando o(a) senhor(a)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10 Visita Domiciliar			
III.10.1	O(A) senhor(a) recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na sua casa?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.10.2	Por qual motivo não recebe visita do ACS?		Não sabe se tem ACS no seu bairro ou na unidade básica de saúde/posto de saúde
			Não há ACS no bairro ou na unidade básica de saúde/posto de saúde
			Tem ACS no bairro ou na unidade básica de saúde/posto de saúde, mas ele não visita sua casa
			Durante o horário de trabalho do ACS não tem ninguém em casa
			Não aceita a visita do ACS
			Nenhuma das anteriores
			Não sabe/não respondeu
III.10.3	Durante a visita o ACS:		Pergunta sobre os problemas de saúde da família

	jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses?	Não
		Não sabe/não respondeu
III.17.5	Algum profissional da equipe de saúde examinou os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.17.6	Algum profissional da equipe de saúde orientou sobre o cuidado com os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.17.7	O(a) senhor(a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III. 18 Saúde bucal		
III.18.1	O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde?	Sim
		Não
		Nunca procurou atendimento com dentista
		Esta unidade não possui equipe de saúde bucal
		Não sabe/não respondeu
III.18.2	Qual o tempo de espera para uma consulta?	Dias
		Não sabe/não respondeu
III.18.3	O(a) senhor(a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada até o final do tratamento?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.18.4	Na última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência na boca (dor, sangramento, quebra de dente, etc.), o(a) senhor(a) procurou atendimento?	Sim
		Não
		Não teve problema de urgência
		Não sabe/não respondeu
III.18.5	Onde o(a) senhor(a) procurou atendimento?	Nesta unidade de saúde
		Em outra unidade de saúde
		Hospital público
		Hospital particular
		Clínica/consultório particular
		Pronto-atendimento 24 horas
		Pronto-socorro 24 horas
		Centro de especialidades odontológicas (CEO)
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
III.18.6	O(a) senhor(a) conseguiu ser atendido(a) nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?	Sim
		Não
		Não teve problema de urgência
		Não sabe/não respondeu
III.18.7	Quanto tempo esperou para ser atendido(a)?	Minutos
		Não sabe/não respondeu
III.18.8	Por que não procurou esta unidade de	Porque precisa chegar cedo

			Não sabe/não respondeu
III.8.10	Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) enfermeiro(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
			Nunca fui atendido por este profissional
			Não sabe/não respondeu
III.8.11	Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) cirurgião-dentista deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
			Nunca fui atendido por este profissional
			Esta unidade não possui equipe de saúde bucal
		Não sabe/não respondeu	
III.8.12	Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) médico(a)?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu
III.8.13	Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) enfermeiro(a)?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu
III.8.14	Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) cirurgião(ã)-dentista?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu
III.8.15	Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não precisou tirar dúvidas
		Não sabe/não respondeu	
III.8.16	As orientações que os profissionais dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.8.17	O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.8.18	O(A) senhor(a) participa de atividades de promoção da saúde ofertadas pela equipe desta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde, como, por exemplo, atividades físicas, atividades em grupos, atividades na comunidade, eventos?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.8.19	Por que não participa?		Horário incompatível

III.13 Atenção ao pré-natal		
III.13.1	A senhora ficou grávida nos últimos 2 anos?	Sim
		Não
		Nunca engravidou
III.13.2	Em relação a sua última gravidez, a senhora fez pré-natal?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.13.3	Em relação à sua última gravidez, a senhora fez quantas consultas de pré-natal?	Consultas
		Não sabe/não respondeu
III.13.4	Em que local a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal?	Nesta unidade de saúde
		Em outra unidade de saúde
		Hospital
		Consultório particular
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu

69

III.13.5	Na(s) consulta(s) de pré-natal, os profissionais de saúde:	Mediram sua barriga (altura do útero)
		Mediram sua pressão arterial
		Examinaram sua boca
		Examinaram suas mamas
		Realizaram exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau)
		Realizaram exame ginecológico
III.13.6	Na(s) consulta(s) de pré-natal, a senhora foi orientada sobre:	Alimentação e ganho de peso
		Amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses
		Os cuidados com a criança (ex.: higiene da boca, umbigo)
		A importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer o próximo
		Nenhuma das anteriores

III.21 Satisfação com o cuidado		
III.21.1	Se o(a) senhor(a) pudesse, mudaria de equipe ou unidade de saúde?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.21.2	Por que o(a) senhor(a) mudaria de equipe ou unidade de saúde?	A Unidade é distante
		Horário de atendimento não atende às necessidades
		Porque não consegue atendimento
		É mal atendido
		Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores
III.21.3	Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é:	Outro(s)
		Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
III.21.4	O(A) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?	Não sabe/não respondeu
		Sim
		Não
III.21.5	Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento ofertado pelos profissionais desta unidade básica de saúde/posto de saúde?	Não sabe/não respondeu
		Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
III.21.6	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pela equipe?	Muito ruim
		Nota de 0 a 10, somente inteiros.

ANEXO 2

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

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

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

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

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.

(2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.

(3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores.

Orientações para organização de números temáticos

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

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

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

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

de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

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

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

Recomendações para a submissão de artigos

Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-

vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.

(6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

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

Seções da publicação

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

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

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

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço. **Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores

ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

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

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

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

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

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

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

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula

separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9). 6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

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

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente,

pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

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

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

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

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*

(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

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

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

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

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

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

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

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

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

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

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

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

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

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

9. Capítulo de livro

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

10. Resumo em Anais de congressos

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

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

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

12. Dissertação e tese

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

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

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

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

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

14. Material audiovisual

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

15. Documentos legais

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

Material no prelo ou não publicado

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

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

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

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

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

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

18. Programa de computador

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

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