

**ANDRÉA LISBÔA SISNANDO**

**ANÁLISE DA QUALIDADE DA GESTÃO DO  
ATENDIMENTO NO PROGRAMA BRASIL  
SORRIDENTE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
JOÃO DE BARROS BARRETO, NA CIDADE DE  
BELÉM-PA.**

**Orientador: Professor Doutor Ricardo Figueiredo Pinto  
Co-Orientadora: Professora Doutora Maria Isabel Alves Duarte.**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias  
Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

**Lisboa**

**2015**

**ANDRÉA LISBÔA SISNANDO**

**ANÁLISE DA QUALIDADE DA GESTÃO DO  
ATENDIMENTO NO PROGRAMA BRASIL  
SORRIDENTE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
JOÃO DE BARROS BARRETO, NA CIDADE DE  
BELÉM-PA.**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade  
Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 04/06//2015,  
perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº206/2015,  
de 06 de Maio, com a seguinte composição:

Presidente: Professor Doutor António Augusto Teixeira da Costa

Arguente: Professor Doutor Fernando António da Costa Gaspar

Orientadora: Professora Doutora Maria Isabel Alves Duarte

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**  
**Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

**Lisboa**

**2015**

## EPÍGRAFE

“ Seja um padrão de qualidade. As pessoas não estão acostumadas a um ambiente onde o melhor é o esperado ”.

*(Steve Jobs)*

## DEDICATÓRIA

A **Deus**, que iluminou meus passos nesta longa caminhada.

Ao meu marido, **Jesu**, pelo seu conhecimento, força e carinho.

Aos meus filhos, **Carolina** e **Jesu Neto**, eterna fonte de inspiração em minha vida.

A minha mãe **Marriba**, que me deu coragem e sabedoria para questionar a realidade e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

A minha irmã **Adriana** e amiga **Claudia**, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas.

A minha amada avó **Rosilda Mutran** (in memoriam) que tanto me ajudou ao longo da vida.

Enfim, a todos que diretamente ou indiretamente, contribuíram incentivando a realização deste estudo.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, o que seria de mim sem a fé inabalável que eu tenho nele.

Ao meu esposo **Jesu** e aos meus filhos **Carolina** e **Jesu Neto**, que tanto sofreram com minha ausência quando da elaboração desta dissertação e dos diversos trabalhos durante esta jornada.

À minha Mãe **Marriba**, irmã **Adriana** e Irmão **André**, pelo eterno orgulho de nossas caminhadas, pelo apoio, compreensão, e, em especial, por todo carinho ao longo deste percurso.

Ao coordenador do Centro de Especialidade odontológica do Hospital João de Barros Barreto, Dr. **Arnaldo Gonçalves**, por todo apoio e carinho ao realizar esta pesquisa.

A **Alessandra** e **Lorena** pela ajuda imprescindível na coleta dos dados para essa pesquisa.

Ao meu orientador Prof. Dr. **Ricardo Figueiredo Pinto** pela dedicação com quem orientou este trabalho.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral analisar a qualidade da gestão do atendimento no Programa Brasil Sorridente, no Hospital Universitário João Barros Barreto (HJBB), na cidade de Belém-Pa. Adicionalmente, os objetivos específicos foram definir o perfil socioeconômico clientes dos atendidos; Estabelecer o grau de satisfação do atendimento; Analisar com gestor, colaboradores e usuários veem a gestão e verificar acessibilidade para o tratamento. A pesquisa foi realizada por meio de um Estudo de Caso, do tipo exploratório. A coletas dos dados se deu pela utilização de questionários auto-aplicativos. A amostra foi composta por usuários presentes na sala de espera e que tivessem sido atendidos a procedimentos clínicos ao menos uma vez, totalizando 100 usuários, 1 gestor e 12 dentistas que trabalham no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) - HJBB. As análises de dados foram tratadas estatisticamente através do Pacote Estatístico SPSS 19.0, e na analítica o teste do Qui-quadrado. Conclui-se que o estudo é de extrema importância para melhoria da gestão da qualidade de atendimento CEO – HJBB.

**Palavras-chave:** Gestão de Qualidade. Gestão em Saúde Bucal Publica. Analise Qualidade.

## **ABSTRACT**

This present study aims to analyze the quality of care of health policy management, Smiling Brazil, at the University Hospital João Barros Barreto, in Belém-Pa. The assessment of quality in health services is an important step in the planning and management of services to define the essential requirements of dental care based on the needs of users. The survey was conducted through a case study; in order to obtain an exploratory analysis. The research drew on data obtained by aggregation of previously validated questionnaires. A questionnaires sample consisted of users present in the waiting room and they were subjected to clinical procedures at least once, totaling 50 users, 1 officer and 16 dentists working in the Center for Dental Specialties (CEO) of the University Hospital João de Barros Barreto (HJBB). Data analysis were plotted in Microsoft Excel spreadsheets generating graphics that were analyzed and discussed as search results. It is concluded that the aforementioned results are of great relevance to the Oral Health program developed by HJBB.

Keywords Quality Management

## **LISTA DE ABREVEATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

AIS - Programa de Ações Integradas Saúde

CAPS - Caixas de Aposentadoria E Pensão

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASP - Conselho Nacional de Saúde Pública

CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal

DAB - Departamento de Atenção Básica

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

ESF - Equipe de Saúde da Família

ESB - Equipes De Saúde Bucal

FSESP - da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública.

GQT - Gestão de Qualidade Total

HJBB - Hospital João Barros Barreto

IAPS - Instituto de Aposentadoria e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LRPD - Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

LOS - Leis Orgânicas

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional De Amostras De Domicílio

PSF - Programa de Saúde da Família

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

SB - Saúde Bucal

SVS - Secretária de Vigilância Sanitária

SF - Saúde da Família

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica De Saúde

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
1. REVISÃO DA LITERATURA.....	7
1.1. GESTÃO EM SAÚDE PUBLICA.....	7
1.2. GESTÃO DE QUALIDADE.....	11
1.3. AVALIAÇÃO E ANÁLISE DE QUALIDADE.....	20
1.4. GESTÃO NA QUALIDADE DE ATENDIMENTO.....	24
1.4.1 Acessibilidade e Utilização dos serviços de saúde.....	33
1.4.2 Humanização, Acolhimento e Humaniza SUS.....	34
1.5. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	36
1.6. A SAÚDE BUCAL NA ESFERA FEDERAL.....	38
1.7. PERFIL DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL.....	41
1.8. PROJETO BRASIL SORRIDENTE.....	41
1.8.1 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.....	44
1.8.2 Incentivos financeiros aplicados nos CEOs.....	45
1.8.3 Incentivos financeiros adicionais.....	46
1.8.4 Financiamento.....	48
1.8.5 Distribuição dos CEOs no Brasil e no Estado do Pará.....	50
1.8.6 Programa Nacional de Melhorias do Acesso e da Qualidade dos centros de Especialidade odontológica (PMAQ-CEO).....	54
CAPÍTULO II - METODOLOGIA.....	61
2. METODOLOGIA.....	61
2.1 Caracterizações da Pesquisa.....	61
2.2 Lócus da Pesquisa.....	63
2.3 Seleções da Amostra.....	63
2.4 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	64
2.5 Instrumentos Utilizados na Coleta de Dados.....	64
2.6 Coletas de Dados.....	65
2.7 Tratamento e Análise de Dados.....	67
2.8 RISCO E BENEFÍCIO.....	67
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	68
3.1 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	69
3.2 – CONCLUSÃO.....	104
REFERÊNCIAS.....	106
ÍNDICE REMISSIVO.....	117
APÊNDICES 1 - Questionário aplicado para os clientes.....	I
APÊNDICES 2 - Questionário aplicado aos dentistas.....	III
APÊNDICES 3 - Questionário aplicado para o Gestor.....	V
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESTUDO:.....	VII

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Definições dos determinantes de satisfação avaliados.....	29
<b>Quadro 2</b> - MS/SAS/DAB, Coordenação Geral de Saúde Bucal – CGSB, Cidades que possuem Centros de Especialidades Odontológicas com Prótese – CEO Estado: PA.....	49
<b>Quadro 3</b> - MS/SAS/DAB, Coordenação Geral de Saúde Bucal – CGSB, Cidades que possuem Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, Estado: PA.....	51
<b>Quadro 4.</b> Valores de Incentivo do PMAQ – CEO .....	58

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Adesão ao PMAQ - CEO.....	57
<b>Figura 2</b> - Adesão ao PMAQ - CEO.....	58
<b>Figura 3</b> - Prevalência amostral do gênero entre os dentistas da amostra .....	71
<b>Figura 4</b> - Prevalência amostral quanto a motivação para trabalhar no programa entre os dentistas da mostra. ....	72
<b>Figura 5</b> - Prevalência amostral do nível do relacionamento entre os dentistas da amostra e seu gestor. ....	72
<b>Figura 6</b> - Prevalência amostral entre os dentistas da amostra quanto a acessibilidade para opinar para a melhoria de seu trabalho. ....	73
<b>Figura 7</b> - Prevalência amostral entre os dentistas quanto a disponibilidade dos equipamentos para os tratamento.....	73
<b>Figura 8</b> - Prevalência amostral do nível do relacionamento entre os dentistas da amostra e seus clientes. ....	74
<b>Figura 9</b> - Prevalência amostral da avaliação dos dentistas da amostra sobre seu gestor em um contexto geral. ....	74
<b>Figura 10</b> - Prevalência amostral quanto a percepção entre os dentistas do conforto e segurança para o dentista e o cliente no tratamento. ....	75
<b>Figura 11</b> - Prevalência amostral entre os dentistas quanto a percepção sobre a manutenção constante dos equipamentos de trabalho. ....	75
<b>Figura 12</b> - Prevalência amostral entre os dentistas da amostra quanto a percepção de as responsabilidades serem claramente definidas no trabalho. ....	76
<b>Figura 13</b> - Prevalência amostral entre os dentistas da amostra quanto a percepção de que a coordenação é compreendida e aceita entre os funcionários. ....	76
<b>Figura 14</b> - Prevalência amostral entre os dentistas quanto a percepção da estrutura administrativa ser ágil.....	77
<b>Figura 15</b> - Prevalência amostral entre os dentistas da amostra quanto à percepção de como as agendas do setor estão programadas.....	77
<b>Figura 16</b> - Prevalência amostral entre os dentistas quanto a participação do CD às reuniões com os gestores do hospital. ....	78

<b>Figura 17</b> - Prevalência amostral entre os dentistas quanto à periodicidade das reuniões do hospital. ....	78
<b>Figura 18</b> - Prevalência amostral quanto a percepção dos produtos das reuniões do setor. ....	79
<b>Figura 19</b> - Prevalência amostral entre os dentistas quanto a nota atribuída ao trabalho do gestor. ....	79
<b>Figura 20</b> - Prevalência amostral quanto ao nível de escolaridade dos clientes do CEO. ....	82
<b>Figura 21</b> - Prevalência amostral quanto a renda familiar dos clientes do CEO. ....	82
<b>Figura 22</b> - Prevalência amostral quanto à forma de conhecimento do atendimento no hospital. ....	83
<b>Figura 23</b> - Prevalência amostral quanto a facilidade de acesso ao tratamento no CEO do hospital. ....	83
<b>Figura 24</b> - Prevalência amostral quanto a avaliação do atendimento no CEO pelos clientes. ....	84
<b>Figura 25</b> - Prevalência amostra quanto ao motivo da satisfação com o atendimento no CEO pelos clientes. ....	84
<b>Figura 26</b> - Prevalência amostral quanto aos possíveis motivos para uma insatisfação com o atendimento no hospital pelos clientes. ....	85
<b>Figura 27</b> - Prevalência amostral quanto às sugestões para melhorar o atendimento dos clientes do CEO. ....	85
<b>Figura 28</b> - Prevalência amostral quanto à qualidade dos esclarecimentos dados pelos dentistas e atendentes do CEO pelos clientes. ....	86
<b>Figura 29</b> - Prevalência amostral quanto percepção do atendimento recebido no hospital pelos clientes. ....	86
<b>Figura 30</b> - Prevalência amostral quanto a percepção de terem sua opinião e privacidade respeitadas no tratamento no CEO do hospital. ....	87
<b>Figura 31</b> - Prevalência amostral quanto a avaliação sobre a confiança e higiene no CEO pelos clientes. ....	87
<b>Figura 32</b> - Prevalência amostral quanto a percepção de que seu tratamento no CEO do hospital tem conseguido resolver seu problema. ....	88
<b>Figura 33</b> - Prevalência amostral quanto à percepção de que os equipamentos usados no tratamento no CEO estão disponíveis sempre. ....	88

<b>Figura 34</b> - Prevalência amostral quanto a percepção de que os equipamentos usados no tratamento no CEO tem higiene satisfatória.....	89
<b>Figura 35</b> - Prevalência amostral quanto a possibilidade de retornarem ao CEO do hospital se necessário.....	89
<b>Figura 36</b> - Prevalência amostral quanto necessidade de realizarem exames complementares. ....	90
<b>Figura 37</b> - Prevalência amostral quanto disponibilidade de exames complementares no CEO do hospital. ....	90
<b>Figura 38</b> - Prevalência amostral quanto ao tempo de marcação da primeira consulta dos clientes.....	91
<b>Figura 39</b> - Prevalência amostral quanto à avaliação do tempo para marcação das consultas no CEO pelos clientes. ....	91
<b>Figura 40</b> - Prevalência amostral quanto à avaliação da pontualidade das consultas no CEO pelos clientes. ....	92
<b>Figura 41</b> - Prevalência amostral quanto a aplicação de uma nota para o CEO pelos clientes. ....	92

## ÍNDICE DE TABELA

<b>Tabela 1</b> - Dados sobre os valores dos procedimentos de Ortodontia.....	47
<b>Tabela 2</b> - Dados sobre os valores dos procedimentos de Impalodontia.....	47
<b>Tabela 3</b> - Características descritiva da amostra de dentistas (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado).....	70
<b>Tabela 4</b> - Percepção dos clientes sobre o atendimento no CEO (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado).....	80

Análise Da Qualidade Da Gestão Do Atendimento No Programa Brasil Sorridente No Hospital Universitário  
João De Barros Barreto, Na Cidade De Belém-Pa.  
Andréa Lisbôa Sisnando

## INTRODUÇÃO

A preocupação com a gestão da qualidade é inerente ao ser humano gerando, ao longo do tempo, variadas formas de estímulos contra a imperfeição, segundo o contexto do momento (D' Innocenzo & Icko, 2006). Atualmente, a gestão da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma ação isolada e tornou-se uma necessidade técnica e social. A sociedade torna-se cada vez mais exigente, requerendo cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados no setor público (Da Soller & Filho, 2011, *apud* Klück et al., 2002).

De acordo com Rodrigues et al (2010), oferecer serviços de saúde com qualidade é uma condição de preexistência e não mais uma estratégia de diferenciação. Conhecer as expectativas da clientela tornou-se um princípio fundamental da qualidade.

A aplicação da avaliação da gestão como etapa inicial numa metodologia de busca pela qualidade está embasada em um consenso, pois nos direciona para o processo de planejamento de modo a promover melhorias contínuas. Fatores como a eficácia, efetividade e o desempenho do sistema de saúde tem contribuído para as avaliações nos serviços de saúde, de forma a apresentar aos gestores e funcionários do serviço os resultados da prática e, assim, assessorar o planejamento e reorganização do sistema de acordo com as necessidades identificadas (Felisberto, 2006).

Na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, enfatiza-se sua utilização como um instrumento de gestão para promover a melhoria contínua da atenção com equilíbrio dos custos, propiciando ao usuário atendimento de qualidade. Nesse contexto, são oportunas propostas para avaliar a qualidade da gestão dos serviços na atenção básica e nos demais níveis de complexidade, como vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde com a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação para a Atenção Básica (2003), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (2004) e em 2012, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Brasil, 2012). Entretanto, apesar das discussões a respeito de avaliação e monitoramento de serviços de saúde ter ganhado importante destaque nas ações do Ministério da Saúde, ainda são escassos estudos referentes à avaliação da qualidade da gestão dos serviços de odontologia.

A criação do projeto Brasil Sorridente, em março de 2004- Sobral / CE, propõe um modelo de ampliar esse acesso da população tanto para atenção Básica, quanto para o especializado e efetivo os princípios básicos do SUS, como: Universalidade, integridade e equidade. Em termos de saúde bucal pública, foi à primeira vez que o governo brasileiro

através do Ministério da saúde desenvolveu uma política específica (Programa Brasil Sorridente), objetivando ampliar e garantir a assistência odontológica à população brasileira (Brasil, 2004).

As principais linhas de ação Brasil Sorridente são as reorganizações de Atenção Básicas e ampliação do especializado, entre outros. Para atender a população de forma abrangente, com oferta da prevenção e promoção de saúde, como também proporcionando reabilitação oral, foram criados, pelo programa Brasil Sorridente do Ministério da Saúde os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's). Tais centros foram criados para possibilitar a integralidade da assistência em saúde bucal, inseridas na Estratégia de Saúde da Família, realizando procedimentos em nível superior de complexidade, nas Diferentes especialidades. No Brasil existem, 1013 Centros de Especialidades Odontológicas, 33 no estado do Pará, até janeiro de 2015. No ano passado, o programa entregou 471 mil próteses dentárias e já beneficia quase 80 milhões de brasileiros, nestes 10 anos de funcionamento, completado em 2014 (Brasil, 2015).

O Brasil Sorridente é um programa que além do atendimento básico, a população passa a ter admissão também a tratamentos de média complexidade (especializados), como canal, doenças da gengiva, cirurgias odontológicas, câncer bucal, próteses, odontopediatria, atendimento clientes especiais e ortodontia. Ofertados com a construção de Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs (Brasil, 2004).

Sabe-se que no Brasil existem poucos trabalhos sobre os serviços de atenção secundária em saúde bucal, entretanto, em outros países evidenciam modelos de atenção em saúde bucais mais organizados, mostrando a necessidade em estudar este assunto, principalmente no que diz respeito à complexidade da atenção secundária (Hansen & Oliveira, 2009, *apud* Morris, 2001) e a área de avaliação de qualidade. Neste contexto, torna-se cada vez mais necessária a busca por discussões que possam auxiliar no processo da avaliação do atendimento da qualidade em Odontologia, principalmente na área de saúde pública.

A implantação de Centros de Especialidades Odontológicas é crescente em todo País, então devemos considerar: a importância da Política Nacional de Saúde Bucal como norteadora das ações relacionadas à saúde bucal nos âmbitos federal, estadual e municipal; a importância de normatizar as ações relacionadas à saúde bucal na Atenção Secundária; a necessidade de institucionalizar a avaliação no cotidiano dos gestores da saúde a fim de aperfeiçoar as ações produzidas pelos serviços de saúde (Brasil, 2012).

### **DEVEMOS CONSIDERAR:**

- A relevância da Política Nacional de Saúde Bucal como norteadora das ações relacionadas à saúde bucal;
- A relevância da normatização das ações direcionadas à saúde bucal na Atenção secundária;
- A necessidade de inserir a avaliação no cotidiano dos gestores da saúde a fim de aperfeiçoar as ações produzidas pelos serviços de saúde.

### **A PERTINÊNCIA DESTE ESTUDO SE DÁ, PELA:**

- Necessidade de programar avaliações das ações em saúde bucal no âmbito de atenção secundária para subsidiar a tomada de decisões;
- Possibilidade de reflexão por parte dos gestores e profissionais da saúde bucal a fim de reorganizar e/ou avançar as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde;
- Carência de pesquisas avaliativas no país em gestão de atendimento na Saúde Bucal;
- Possibilidade de colaborar com os serviços de saúde e com novas pesquisas focalizadas nas ações da atenção secundária como responsabilidade da esfera federal, municipal e estadual.

Esta dissertação tem como objetivo geral analisar a gestão da qualidade do atendimento prestado, definindo os requisitos fundamentais do atendimento odontológico com base nas necessidades dos usuários pela política do Brasil Sorridente no CEO – HJUBB em Belém - PA, e objetivos específicos: Descrever o perfil socioeconômico dos clientes atendidos CEO-HJUBB; Verificar a percepção da qualidade dos serviços odontológica prestado pelo CEO-HJUBB segundo a ótica do usuário; Analisar com gestor, colaboradores e usuários vê a gestão; Estabelecer o grau de satisfação do atendimento; e Analisar acessibilidade para o tratamento. Em saúde bucal no Brasil, existe uma carência de estudos avaliativos sobre a qualidade em gestão atendimento de saúde pública, bem como voltados à orientação para a tomada de decisão, principalmente em relação aos serviços em fase mais recente de implantação, como é o caso dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO's, que se iniciou em 2004.

Visando uma melhor compreensão, será apresentada no primeiro capítulo uma revisão da literatura dividida em tópicos, onde será abordada a Gestão em Saúde Pública Gestão de Qualidade, Avaliação e Análise de Qualidade, Gestão na Qualidade de Atendimento, o Sistema Único de Saúde (SUS), Saúde Bucal na Esfera Federal, Perfil da Saúde Bucal no Brasil, Projeto Brasil Sorridente, Centro de Especialidades Odontológicas. No segundo capítulo faremos uma análise da metodologia com Caracterização da Pesquisa, Seleção da Amostra, Critérios de Inclusão e Exclusão, Instrumento Utilizado na Coleta de Dados, Tratamento e Análise de Dados, Coleta de Dados, Risco e Benefícios e Aspecto Ético.

No terceiro capítulo faremos uma Análise dos Resultados, Discussão dos resultados, Conclusão e Recomendações, referências, índice remissivo e apêndices.

Análise Da Qualidade Da Gestão Do Atendimento No Programa Brasil Sorridente No Hospital Universitário  
João De Barros Barreto, Na Cidade De Belém-Pa.  
Andréa Lisbôa Sisnando

Análise Da Qualidade Da Gestão Do Atendimento No Programa Brasil Sorridente No Hospital Universitário  
João De Barros Barreto, Na Cidade De Belém-Pa.  
Andréa Lisbôa Sisnando

## **CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

## **1. REVISÃO DA LITERATURA**

### **1.1. GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

A gestão de serviços de saúde integra uma prática administrativa que tem a finalidade de aperfeiçoar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo da competência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e resolutividade (resolver os problemas identificados). Nesse processo o gestor emprega o conhecimento, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos. A gestão de funcionamento de saúde é uma prática administrativa complexa em função da abrangência desse campo e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos. Nesse contexto, a avaliação precisa ter características particulares para poder cumprir com o seu papel (Tanaka, 2012).

A gestão de serviços de saúde forma uma prática administrativa que tem a finalidade de aprimorar o funcionamento das organizações a obter o máximo de eficiência, eficácia e efetividade. Nesse processo o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem direcionar o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos (Tanaka, 2012).

Segundo Miranda (2005), a gestão governamental em saúde possui uma natureza complexa e um caráter polivalente (ético, político, estratégico, técnico, administrativo). Seus modos de ser estão de acordo com uma dimensão política, a partir da intermediação de interesses diferentes, das interações de poder e de margens de autonomia; formados a partir de ações intencionais ou comportamentos regrados de atores sociais; expressos em distintas racionalidades da ação; estimula decisões; e consubstanciados em combinações tecnológicas, métodos, técnicas, instrumentos e atividades intermediárias nos sistemas institucionalizados de ação.

Miranda ainda afirma que o propósito primordial da gestão em saúde é a produção de decisões, que estimulam o processo de intermediação e criações das políticas. Há muita complexidade e subjetividade compreendida nesses processos de gestão. Os sistemas de gestão, assim como o processo e os arranjos para a tomada de decisões, envolvem motivações, interesses, racionalidades imbricadas, intuição, conhecimentos, capacidades cognitivas,

habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos. Enfim, características e qualidades de pessoas e não somente de sistemas ou serviços.

A gestão em saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS), tem a incumbência de unir conhecimentos e tecnologias de gestão, com a finalidade maior de resolver problemas de saúde como parte da equidade social, da eficiência e eficácia operativa e da democratização do acesso a ações e serviços de saúde. Dentre os possíveis instrumentos de gestão em saúde e distintas realidades locais, algumas cidades brasileiras e serviços de saúde começaram um processo de revisão dos planejamentos locais e dos protocolos assistenciais, que culminaram com a implantação dos Contratos de Gestão e incentivos profissionais na gestão por resultados no SUS (Ditterich, 2012).

Os contratos de gestão em saúde é parte de uma importante agenda de reflexão no cenário brasileiro e internacional na organização de serviços de saúde. A contratualização de resultados é evidenciada como uma das principais estratégias da Nova Gestão Pública. A Nova Gestão Pública aparece em um cenário de críticas ao modelo burocrático da gestão pública e de novas exigências econômicas, políticas e sociais colocadas para o Estado (Leite, 2010).

Segundo Ditterich (2012), os contratos de gestão surgem como instrumentos de implantação de uma gestão por objetivos e busca implacável por resultados no setor público, objetivando a qualidade de serviços e à eficiência das organizações. Esses contratos são compromissos gerenciais entre o governo e a diretoria ou setor estatal, com finalidades e metas periódicas, com supervisão do Estado. A contratualização de resultados tem sido também considerada como uma nova forma de gestão de controle interno na gestão pública e processo contínuo de aperfeiçoamento e de mudança gerencial.

Este autor refere ainda que, a principal questão do modelo de contratualização é o conceito de resultados por meio de indicadores e metas, no qual implica um processo permanente de avaliação e ajustes. É uma pactuação, seguida de apresentação de resultados, análise e, se necessário, de repactuação. O contrato de gestão em saúde tem como finalidades: incentivar a descentralização da gestão; responsabilizar gestores e equipes locais; controlar o desempenho quantitativo e qualitativo dos prestadores; ajudar no planejamento local, incentivar a utilização de ferramentas e tecnologias de informação; melhorar a gestão da; focalizar as necessidades em saúde da população territorial sob sua responsabilidade; buscar o

envolvimento e compromisso da equipe na busca de resultados, estimularem a cultura de negociação; favorecer mais transparência junto ao controle social.

Araújo (2010) comenta que o contrato de gestão tem de apresentar: metas, meios, controle e incentivos. Metas claras e direcionadas servem para orientar a ação de gestão; os meios criam maneiras para o alcance de metas; o controle permite monitorar os processos, a alocação de recursos, avaliarem a implantação das ações; e os incentivos constituem os elementos impulsionar comportamento humano em direção das metas.

A avaliação é um instrumento necessário de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão. Entretanto, a sua utilização ainda é incipiente na gestão de serviços de saúde (Contandriopoulos, 2006).

Segundo Tanaka (2012) um obstáculo para uma utilização mais ampla da avaliação na tomada de decisão nos serviços de saúde é que a sua aplicação requer recursos e tempo, o que dificulta a sua utilização para problemas que necessitem de soluções imediatas. Nessas situações, que são frequentes quando se trata da saúde de pessoas e da população, um conhecimento acumulado, decorrente de avaliações passadas ou previamente planejadas, pode auxiliar para tomada de decisão.

Este mesmo autor ainda relata que a gestão envolve a melhoria do funcionamento das organizações e para isso ela tem que encontrar a melhor combinação possível dos meios disponíveis para atingir os seus objetivos. Encontrada essa combinação, ela é institucionalizada através da formalização de estruturas, processos, rotinas, fluxos e procedimentos.

A tomada de decisão é uma responsabilidade e uma competência formal do gestor, é complexa e com muitas incertezas e subjetividade. Paim & Teixeira (2006), referindo-se à área de planejamento e gestão do atendimento em saúde, evidenciam essas características afirmando que: "... há momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisões, outros em que há conhecimentos suficientes, mas as decisões são adiadas e, ainda, existem aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências".

O gestor de saúde deverá ter uma visão ampliada de saúde, ter capacidade de priorizar adequadamente os problemas e necessidades da comunidade, e de efetivar o modelo de atenção integral e da gestão participativa. Tais gestores têm a função de articular o planejamento, negociar a execução, buscar o provimento de recursos, coordenarem processos de trabalho e avaliar os resultados alcançados no território-população sob sua

responsabilidade político-gerencial. É uma tarefa bastante desafiadora, principalmente quando a gestão estratégica traz inexoravelmente o objetivo do comprometimento e motivação das equipes de trabalho (Ditterich, 2012).

Os profissionais de saúde são agentes necessários para as mudanças, pois são os responsáveis pela funcionalidade de ações intersetoriais e integrais, e podem estimular a participação da sociedade nas decisões que impliquem diretamente nos modos de viver, adoecer e morrer. Este profissional a ser formado deve se comprometer a buscar competências e habilidades das áreas de saúde e da gestão, tendo uma visão ampla do contexto em que estão inseridos, e um forte compromisso social (Jorge, 2012).

Jorge (2012) descreve que se tem percebido de forma cada vez mais intensa, é que os profissionais de saúde, têm assumido o papel de gerente e gestor de unidades e instituições de saúde, em todas as esferas do sistema de saúde. Estes profissionais não são, necessariamente, bons gestores, uma vez que sua formação é voltada exclusivamente ao cumprimento de tarefas específicas.

O gestor na área da saúde necessita contar com o trabalho de toda uma equipe multiprofissional e treinada. Ele é o executor final das atividades da organização, e isto também inclui a qualidade do cuidado e a eficiência na alocação dos recursos. Ele deve exibir forte liderança. A gestão não é feita para benefício da instituição, mas para o melhor atendimento dos que utilizam seus serviços (Paiva & Gabardo, 2011, *apud* Mezomo, 2001, p.16/17).

A confiança estabelecida entre a equipe de trabalho e o gestor tem efeitos significativos no resultado do seu trabalho. Se os colaboradores não confiam no gestor, podem passar a não realizar seu trabalho com a mesma qualidade. Cabe enfatizar que a reciprocidade é um fator relevante neste aspecto (Paiva & Gabardo, 2011).

A natureza essencial do serviço prestado pelos profissionais da área de saúde é tratar de aspectos relacionados qualidade de vida das pessoas. Contudo, ainda que o processo de gestão não seja a função principal é ele que apoia a viabilização da prestação do atendimento dado ao cliente envolvendo questões relacionadas à qualidade. Sendo assim, esses profissionais, uma vez graduados, precisarão comportar-se como gestores, e, portanto, aprimorar uma visão de mercado consumidor e habilidade para administração.

Esse mesmo autor refere-se ainda que a arte de gerir consista em saber distribuir bem os problemas pela organização, de modo que todos os níveis estejam lidando de forma criativa

com problemas de alto valor relativo. Isso acarreta que deveríamos ter-nos vários níveis de organização do sistema de saúde, e ainda, nas diversas unidades e instituições que ofertam os serviços, atores capazes de compreender o sistema em seu arcabouço descentralizado, onde as responsabilidades são compartilhadas com todos os gerentes e gestores, em cujas mãos estariam o desafio da eficácia e eficiência, alcançadas por meio das estratégias e metodologias de planejamento mais adequadas às diversas realidades (Ribas, Siqueira & Binotto, 2010).

Melhores práticas de gestão podem oferecer melhorias significativas nas práticas assistenciais e na funcionalidade dos serviços, consolidando os princípios que fundamentam a atenção básica à saúde no contexto do SUS. Sem o entendimento dos cenários e das tendências na gestão não seria possível desenhar o perfil de competências necessárias para melhor preparar os gestores locais (Santelleiii, 2013).

## **1.2. GESTÃO DE QUALIDADE**

Um princípio imprescindível da gestão pública e que também estará sempre vigente na agenda dos gestores públicos é a qualidade. O primeiro aspecto do conceito de qualidade é a adequação ao uso. Um serviço público de qualidade é aquele que é adequado às necessidades da população. Outro aspecto é ‘fazer a coisa certa da primeira vez, com excelência no atendimento’. A sociedade exige que haja excelência, isto é, que as melhores práticas de atendimento sejam adotadas na gestão. Finalmente, qualidade é a totalidade de características que capacita uma organização a satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos cidadãos (Instrumento para Avaliação da Gestão Pública. Ciclo, 2007).

A ‘Qualidade Total’ nasce como ferramenta de apoio para tratar esta realidade. Assume diferentes significados: qualidade de trabalho, serviço, informação, processo, estrutura e pessoas. Implica a satisfação das expectativas e necessidades dos clientes por meio de uma gestão científica dos processos, baseada em fatos e dados, voltada para a correção e prevenção de erros. Deve ser baseados na manutenção e melhoria dos padrões de desempenho atuais, com produtos e serviços melhores e mais competitivos, participação e envolvimento dos membros da organização, considerando aspectos éticos que envolvem a prestação dos serviços de saúde (Bonato, 2011).

A qualidade é considerada uma parte fundamental para as empresas, pois traz competitividade e a permanência em um mercado muitas vezes disputado (Lucinda, 2010).

Entender como se executa a ‘Qualidade’ e como os diversos Sistemas de Avaliação são praticados, qual a percepção dos diferentes atores sociais que participam nesse processo, nos diferentes níveis de ação em saúde, é um desafio constante a ser realizado pelo gestor. Nesse campo, é fundamental entender o conceito de ‘Qualidade’ pelos que conduzem os meios tanto assistenciais como aqueles voltados à gestão (Bonato, 2011).

Este autor ainda afirma que para criar um ambiente de trabalho estimulador para compartilhar conhecimento, em que as relações pessoais se manifestam, gerando novos conhecimentos, o desenvolvimento de novas competências, coloca-se como desafio para a organização direcionada na gestão das pessoas e preocupada com a ‘Qualidade’. Ao potencializar o saber dos indivíduos, a organização realizará saltos em busca de crescimento e inovação.

Certamente não existe manual pronto e eficaz para a organização da demanda, e redução das filas, o tempo de espera e originar um atendimento acolhedor. Porém, o conhecimento do Sistema Único de Saúde e de uma gestão de qualidade por parte dos profissionais responsáveis por cada Unidade de Saúde pode facilitar a administração dos serviços, na medida em que se trata de um sistema com princípios doutrinários e organizativos, e por esta causa a UNIVERSALIDADE, EQUIDADE e INTEGRALIDADE devem ser respeitadas.

Targanski (2011, *apud* Müller, 2003) ressalta que nós últimos anos a economia global esta passando um período mudanças no que se refere à produção de bens, a gestão de atividades e os serviços demandados. Essas mudanças tornam necessária uma gestão por desempenho e novas medidas ou indicadores para melhor controle de gestão.

A gestão de serviços difere da gestão da produção de bens, uma vez que os serviços apresentam diversas características que os diferem de produtos. Algumas das peculiaridades, sintetizadas por Santos (2000), são: intangibilidade (o cliente vivencia o produto que lhe é ofertado, não pode ser possuído, de difícil padronização), produção e consumo simultâneos (há necessidade do controle ser durante o processo de produção), participação do cliente (o processo apenas se inicia após sua solicitação).

Santos enfatiza que ao se avaliar um serviço, deve-se considerar também a confiabilidade, a rapidez, os aspectos tangíveis, empatia, flexibilidade e a disponibilidade.

Lucinda (2010) afirma que a gestão da qualidade em serviços tem diferenças significativas em comparação com a gestão de qualidade de produtos. Como o setor de

serviço é constituído de uma parcela importante da economia do Brasil, sua gestão de qualidade deve ser entendida como um dos fatores diferenciais que permitem às organizações serem competitivas.

A qualidade em serviços públicos de saúde deve ser um estímulo aos seus gestores, e colaboradores que têm capacidades que, se bem geridas, podem acarretar produtos que podem satisfazer as necessidades dos seus usuários (Gouveia, 2011).

É notável a não aplicação da ‘ciência’ Gestão em Órgãos Públicos, em especial na área da saúde. A falta desta interdisciplinaridade, geralmente presente nos órgão privados, é extremamente prejudicial para os usuários dos serviços públicos de saúde. Um grande problema notado é a falta de recursos, sejam eles humanos ou financeiros. Entretanto, não é a falta de recursos que mais preocupa, mas sim a incorreta alocação destes. Os contrastes ‘sobrecarga’ x ‘ociosidade’ e ‘escassez’ x ‘desperdício’ são provas desta incorreta distribuição, que deve ser mudada pela aplicação de simples instrumentos de uma boa gestão, frequentemente usados no setor privado. É necessário estar atento às mudanças ocorridas nas demandas dos serviços, de modo a propor ações que possibilitem a adaptação a essas mudanças (Filho & Silva, 2012).

No contexto da Saúde, a qualidade de gestão é conceituada como o grau de satisfação que o serviço oferecido preencha as necessidades e expectativas de seus usuários e familiares. Diante dessas dimensões estão: resolutividade, eficácia e efetividade da atenção à saúde; redução dos riscos à saúde; humanização dos profissionais, entre os profissionais e o sistema de saúde e entre os profissionais e os usuários; presteza na atenção e conforto no atendimento ao usuário e motivação dos profissionais de saúde (Bitencourt & Hortale, 2007).

Gurgel Jr. & Vieira (2002) também discutem algumas das características específicas dos serviços de saúde, como:

- “As leis de mercado não devem ser aplicadas no setor em face das necessidades humanas e prioridades não mercantis”; como esse segmento é cronicamente carente em alguns países, a concorrência não se caracteriza como um elemento forte;
- As diferenças de assistência são enormes, dificultando a padronização do processo de trabalho em saúde e a racionalização de ofertas dos serviços;
- As informações no mercado de saúde são diferentes, não chegando a todos os clientes da mesma forma, e geralmente os clientes são leigos e não possuem a compreensão para julgar seu tratamento e suas necessidades, dificultando o exercício de escolha sobre onde consumir;

- O consumo do serviço prestado é imediato à produção, não tendo tempo de se fazer o controle de qualidade e nem estoque para a inspeção final;
- A produção do serviço é feita por diferentes profissionais de diversos níveis de escolaridade;
- Os médicos apresentam forte resistência aos programas por sentirem-se fiscalizados quanto a sua conduta clínica.

Guazzi, em 1999, cita que os ‘Sete Pecados do Serviço’ considerados os grandes vilões da deficiência em qualidade são, apatia, má vontade, frieza, desdém, automatismo, demasiado apego à regra e jogo de responsabilidade. Para alcançarmos um serviço de qualidade total, devemos ter uma expansão do foco sobre a melhoria da qualidade e atividade administrativa, com inclusão das expectativas do usuário, estabelecer as medidas para satisfazer o mesmo, mas para isso devemos conhecer e identificar estas expectativas.

Avedis Donabedian (1988), pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, foi o pioneiro na área da saúde, sendo o primeiro autor que estudou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde, um dos principais estudiosos sobre a qualidade em saúde, tem suas definições utilizadas até hoje pelas organizações de saúde. Este autor incorporou à teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado moldando ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde. Segundo esse autor, os Indicadores de Qualidade capazes de avaliar os serviços de Saúde, são agrupados em 3 categorias:

- **Estrutura:** analisam o local no qual o serviço é prestado, levando em consideração Acessibilidade, conforto, privacidade e etc. Incluindo também recursos materiais (instalação de equipamento e dinheiro), recursos humanos (quantidade e qualificação profissional) e recursos da estrutura organizacional (profissional da saúde, método de reembolso);
- **Processo:** avalia a humanização, relação interpessoal entre cliente profissional, cuidado técnico propriamente dito, etc..
- **Resultado:** avaliam os efeitos dos serviços anteriormente prestados ao cliente população, como também a satisfação do cliente e prestador.

Para Donabedian (1988), esta abordagem de três dimensões para avaliação da qualidade em serviços de saúde é necessária porque boa **estrutura** amplia a probabilidade de bom

processo e bom **processo** amplia a probabilidade de conseguir melhorias na saúde e bem-estar populações, ou seja, bom **resultado**.

Esse mesmo autor relata que os resultados constituam um indicador de qualidade da assistência médica, é possível realizar avaliações em conjunto das estruturas e dos processos para conhecer as razões das variáveis encontradas, e a planejar intervenções, que levem à melhoria da assistência à saúde, e a eficiência na administração dos serviços de saúde. Mesmo que os resultados obtidos constituam um fator de qualidade da assistência médica, é necessário realizar análises simultâneas das estruturas e dos processos para compreender as razões das diferenças encontradas, de forma a projetar intervenções, que levem não apenas à melhoria da assistência à saúde, mas também ao alcance da eficiência na gestão dos serviços de saúde.

Ainda sobre Donabedian (1993), que classificou a Qualidade do Cuidado de Saúde em Sete Pilares de qualidade:

- 1) **eficácia** – É o cuidado, na sua maneira mais perfeita, de auxiliar para a melhoria das condições de saúde, ou seja, competência da arte e da ciência em saúde produzir melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do cliente e mantidas constantes as demais circunstâncias;
- 2) **efetividade** – São melhorias possíveis nas condições de saúde obtidas;
- 3) **eficiência** – É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada;
- 4) **otimização** – É o processo de adicionar benefícios não podendo ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais ‘adições’ úteis perdem a razão de ser;
- 5) **aceitabilidade** – Significa a adaptação do cuidado aos desejos do usuário e familiares;
- 6) **legitimidade** – Sinônimo de aceitabilidade do cuidado da maneira em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral;
- 7) **equidade** – Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Para Donabedian na medida em que o processo do serviço oferecido no setor saúde acarreta necessariamente a efetiva participação do usuário para a obtenção de um produto, torna-se claro que não é possível a análise do processo sem o envolvimento do usuário, a quem se destina cada atividade no processo de execução.

Particularmente, a satisfação do usuário determina a qualidade que é de considerável relevância. Nesta direção, Tanaka & Melo (2004) afirmam que ao realizar a análise em

serviços de saúde deve-se ter em evidencia que os serviços prestados têm como finalidade os usuários, que são parte do processo de organização e prestação destas ações.

Esse mesmo teórico considera, é que devem ser formados sistemas inter-relacionados compostos por elementos de atividades centralizadas e descentralizadas; de controle e de motivação; de identificações de falhas e de ações educativas; de cuidados com riscos e de estimular a qualidade. Os elementos internos e externos da instituição não devem se opuser, mas favorecer por meio de um sistema de informações que facilite a contínua vigilância do desempenho como um elemento de todo o sistema de garantia da qualidade. Afirma ainda, como necessário a participação ativa do usuário, junto com o médico, no seu próprio cuidado. Assim, todos os aspectos relacionados com a qualidade são importantes, entretanto, a prioridade é a avaliação dos fatores que garantem a qualidade e, esta deve ser conhecida, aceita e julgada necessária na vida profissional. Propõe como ferramenta o incentivo na educação profissional; a participação e capacitação na vida profissional e o apoio institucional e político.

Segundo Fabel & Filho, (2009, *apud* Abrams, Ayers & Petterson, 1986) em pesquisa realizada com clientes e profissionais de odontologia avaliaram a percepção da qualidade de ambos, através da aplicação de um questionário fechado e de exames de restaurações, e concluíram que: clientes e cirurgiões-dentistas estavam considerando diferentes critérios de qualidade, que somente a prática do tratamento de odontologia com um alto nível técnico não convence os clientes de que estejam recebendo um tratamento de alta qualidade, e que outros aspectos menos técnicos do tratamento são usados como parâmetros de qualidade pelos clientes e por último, que se deve sempre manter em mente os aspectos humanos e psicológicos do tratamento, pois são componentes interligados na qualidade do tratamento odontológico.

Fadel & Regis Filho (2009) observaram que, para os clientes, os aspectos mais importantes na percepção da qualidade em atendimento nos serviços públicos de odontologia, da Prefeitura Municipal de Florianópolis, são a tranquilidade ao dispor os serviços e a clareza ao esclarecer dúvidas (91%), e para os cirurgiões-dentistas é a boa execução dos serviços (100%).

Segundo Urdan (2001), os clientes quase sempre compreendem pouco sobre os aspectos de qualidade técnica, mas, geralmente, não apresentam dificuldade em avaliar o lado interpessoal. Outros autores compartilham dessa mesma opinião, acreditando ser essa a base

da avaliação na qualidade de um serviço de saúde por parte dos usuários (Donabedian, 1990; Gemmel et al., 2002).

A boa relação entre os profissionais e o cliente é a maior contribuição que se pode disponibilizar ao usuário, com efeitos positivos no tratamento. Em alguns casos, este fator define diferenças sensíveis entre dois serviços iguais. Acredita-se que essa ‘boa relação’ pode compensar falhas do cuidado técnico. Estimular à humanização da assistência a saúde está ocorrendo de forma progressiva, além da incorporação de noções relacionadas à cidadania, aos direitos do consumidor e à responsabilidade ética dos profissionais (Nogueira-Martins, 2003). A qualidade de um serviço de saúde está relacionada à qualidade da relação interpessoal que ocorre entre os clientes e os profissionais encarregados da assistência à saúde.

Em um estudo sobre qualidade em serviços de saúde realizada no município de Recife – PE – BR, Assunção (2006) detectou-se que, em uma escala que variava de (1) péssima a (5) ótima, usuários com nível de instrução até o ensino fundamental consideram boa a qualidade típica dos serviços privados. Já para pessoas que estão cursando ou já concluíram o nível superior ou curso técnico, a qualidade dos serviços de saúde privado do país está entre razoável e boa. Nota-se proporcionalmente uma relação direta com o grau de instrução aumenta, a valoração da qualidade diminui.

Assunção (2006) relata ainda que as longas filas, as condições precárias de atendimento e o tratamento desumano da população, frequentemente divulgado pela mídia, corroboram para desvalorizar cada vez mais a imagem das instituições públicas de saúde.

De acordo com Albino et al. (2002), a ‘crise da saúde’ vivenciado pelo sistema de saúde no país é de notório conhecimento público e bastante evidenciado pela mídia, televisão, revista, jornal e outros) a resolução para esse problema passa pelas questões de gestão e que os obstáculos da gestão na saúde iniciou pela dificuldade histórica de encará-la numa perspectiva de um atendimento assistencialista e não organizacional. As dificuldades da gestão passam pela grande maioria pelos problemas de orçamento. Por outro lado, pressionadas por clientes mais exigentes, mais esclarecidos e pelos novos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, as instituições de saúde no país estão implementando estratégias de melhoria da qualidade, contudo, na maioria, os resultados ainda não atendem às expectativas (Macedo-Soares & Santos, 2001).

Ansuji, Zeckner & Godoy (2005) realizaram um estudo no qual concluíram que os aspectos pessoais eram considerados mais importantes, para o usuário, que a qualidade técnica do profissional, o que não quer dizer que o profissional não deva preocupar-se com a qualidade técnica, pois esta é uma necessidade da profissão. Portanto, a qualidade dos serviços pode ser percebida pelos clientes por meio dos seus componentes tangíveis e intangíveis. A tangibilidade de um serviço é definida naquilo que o cliente vê e sente, como por exemplo, a aparência física do local de trabalho. Os componentes intangíveis são definidos como a amabilidade e cordialidade da equipe odontológica, ou seja, os componentes intangíveis estão relacionados diretamente com o relacionamento da equipe profissional com os clientes.

Para Feldman (2004), o termo Qualidade em saúde implica que está diretamente relacionada à Educação, ou seja, o nível educacional de uma população é condição prioritária e fundamental para haver um nível satisfatório de saúde. É de fundamental importância perceber que a educação está diretamente ligada à saúde, isto é, o tratamento que o profissional da saúde exerce vai muito além da capacitação para a aplicação de técnicas, diagnosticarem patologias e realizar procedimentos; espera-se que esse profissional conheça e identifique o cliente os problemas da sociedade como, também, que contribua para a implementação de métodos saudáveis de viver, o que define um padrão de qualidade em saúde a ser atingido.

Segundo Albuquerque, Jorge & Franco, (2011, *apud* Merhy 1994) em seu trabalho ‘De porta aberta para a saúde’, descrito pelo autor, pode-se verificar que alguns pontos são fundamentais para a organização de um serviço de saúde:

- **acesso** – tratar com humanização todos os usuários; dar resposta a todo demandante; discriminar os riscos incluindo as urgências; dar resposta à demanda individual e coletiva; abrir possibilidades de novas opções tecnológicas;
- **acolhimento** – relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço como um todo têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários;
- **vínculo** – refletir sobre a responsabilidade e o compromisso com cada usuário e sua área de abrangência;
- **resolutividade** – colocar disponível tudo de que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do cliente;
- **discutir** o processo de trabalho;

- **gestão coletiva** - incentivar as conversas laterais, estimulando as autonomias, descentralizando as decisões (horizontalizando o projeto);
- **monitoramento** – avaliar a eficácia das ações, discutindo quais os indicadores que permitem avaliar a evolução das ações.

Para Narvai (1996), Os indicadores mais comumente utilizados em saúde pública, na prática odontológica, são os instrumentos de avaliação quantitativa, tendo como referência o desempenho de alguém, num espaço definido, num determinado espaço de tempo. Desta forma, no nível local, os indicadores podem ser utilizados tomando como base uma unidade de saúde, por exemplo, requerendo um sistema de informação mais detalhado, muitas vezes desnecessários para o nível estadual e nacional. Segundo Pinto (2000), esses indicadores medem esforço, eficácia, rendimento, cobertura ou adequação e qualidade, os quais são descritos a seguir:

- **Esforço:** número de unidades, equipamentos, recursos humanos e financeiros alocados ou existentes, não incluindo os resultados alcançados. Exemplo: número de equipe odontológica, número de odontológico contratado e treinado, volume de gastos, quantidade de pessoas atendidas e de consultas realizadas;
- **Eficácia:** é a associação entre as realizações do programa e as atividades previstas;
- **Rendimento ou eficiência:** expressa os efeitos alcançados em relação aos recursos despendidos e às atividades realizadas. Exemplo: consulta por tratamento completado, custo por restauração, tempo em minuto por consulta. Esses indicadores dizem respeito à utilização dos recursos humanos e materiais e aos custos. Entretanto, a prática do cálculo de custos não é comum no setor público (Narvai, 1994);
- **Adequação:** dimensionada em função da cobertura populacional proporcionada;
- **Qualidade:** permite, não só identificar o grau de desempenho do trabalho odontológico, como também a satisfação da clientela com relação ao serviço prestado.

Para Pereira (2000), os seguintes aspectos devem ser considerados durante a avaliação qualitativa:

- **Avaliação dos recursos humanos:** número, profissionais envolvidos, adequação.
- **Avaliação dos recursos físicos:** capacidade instalada (equipamentos, adequação dos equipamentos, esterilização, controle de biossegurança).
- **Avaliação dos recursos materiais:** tipo de materiais odontológicos utilizados e sua adequação às necessidades.

A percepção dos usuários tem sido cada vez mais evidenciada como uma medida importante na avaliação da qualidade dos cuidados em saúde. Para alguns autores como Seranath, 2006, a percepção é influenciada pela expectativa do usuário, como também pelos cuidados recebidos de fato. Ainda afirma que a satisfação dos usuários não reflete, obrigatoriamente, a forma como as pessoas estão realmente sendo tratadas pelo sistema de saúde, pois um estudo realizado em cinco países os valores encontrados nas taxas de satisfação foram menores para usuários dos Estados Unidos, que relataram ter gastado mais tempo com o atendimento médico em sua última consulta, no entanto os valores encontrados nas taxas de satisfação foram menores para esse país. Em outro estudo realizado em dezessete países (Blendon, 2002) foi revelado que os níveis de satisfação dos usuários se mostravam superiores em populações pobres comparados com as populações mais ricas, o que reforça a tese de que a percepção dos cuidados esta relacionada diretamente pela expectativa do usuário.

A qualidade está agregada a um estilo de gestão, à visão sistêmica, à melhoria contínua e visa estimular mudanças sucessivas utilizando-se de novas técnicas de produção, voltadas ao combate dos desperdícios humanos e materiais no setor de saúde (Fadel & Regis Filho, 2009).

Garbin et al. (2008), em que a eficiente gestão do tempo no consultório além da uniformização do profissional e a humanização do atendimento constituem os itens de maior relevância para clientes de serviços odontológicos privados. A pontualidade no atendimento pode ser considerada, pelos clientes de serviços odontológicos, um fator mais importante do que a competência profissional para a percepção de qualidade.

### **1.3. AVALIAÇÃO E ANÁLISE DE QUALIDADE**

Nos últimos anos, os gestores do setor saúde têm evidenciado o papel da avaliação de desempenho das ações e dos programas de saúde, com a finalidade de garantir a qualidade da de atendimento e auxiliar nas decisões que atendam às reais necessidades da população. Para Tengan (2008), a análise da qualidade em serviços de saúde constitui um passo necessário no planejamento e na gestão dos serviços.

Avaliação de resultados é definida por Donabedian como a mudança no estado de saúde atual e futuro do cliente, incluindo mudanças sociais, psicológica, física, fisiológicas, como também as de atitude, satisfação, e comportamento (Silver, 1992).

Gouveia et al., (2011, *apud* Pisco, 2006), “No contexto da qualidade em saúde, avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade”.

Gouveia et al., (2001, *apud* Malik & Schiesari, 1998), afirmam “... que qualquer discussão a respeito de qualidade traz implícita ou explícita a noção de avaliação”.

Na prática odontológica em saúde pública, atualmente, as avaliações das ações de serviços constituem um desafio permanente para administradores, autoridades de saúde e gestores, participando de forma muito incipiente e marginal nos processos de decisão (Narvai, 1996 & Novaes, 2000).

Novaes (2000) apresentou a tipologia dos estudos de avaliação em saúde em grandes categorias. Destacou a possibilidade de utilização de três tipologias: investigação avaliativa, avaliação para a decisão e para a gestão. Estes tipos de avaliação diferem entre si quanto aos objetivos, à posição do avaliador, ao objeto avaliado, a metodologia adequada, ao contexto, a utilização da informação e ao juízo formulado em relação à temporalidade. O objetivo da avaliação poderá ser priorização das condições de produção do conhecimento. A posição do avaliador poderá ser externa ou interna, por referência ao objeto avaliado. Já o enfoque priorizado poderá ser interno, de caracterização/compreensão de um contexto, ou externo, de quantificação/comparação de impactos de intervenções. A metodologia predominante pode ser tanto quantitativa como qualitativa, situacional ou experimental/ quase experimental. O contexto da avaliação poderá ser o controlado ou o natural, enquanto a forma de utilização da informação produzida poderá ser por demonstração/ comprovação ou informação, instrumentalização. Já o tipo de juízo formulado poderá ser por comprovação ou negação de hipóteses, recomendações ou normas; e finalmente, a temporalidade da avaliação poderá ser pontual, corrente ou contínua.

A avaliação para tomada de decisão tem como finalidade dominante se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de mecanismo de tomada de decisão, ou seja, fornecer respostas para perguntas apresentadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado. Sua capacidade de responder as questões – considerada “... mais importante do que o cientificismo do conhecimento produzido”. Assim seu foco prioritário: “... o reconhecimento

do objeto, na profundidade necessária para sua adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas de equacionamento possíveis” (Novaes, 2000, p.550).

Este tipo de avaliação demonstra ser apropriado para avaliar a implantação de programas ou inovações nos serviços de saúde, afirma Novaes (2000), pois as questões formuladas necessitam de uma abordagem mais holística, priorizando o conhecimento e o entendimento da complexidade e das dinâmicas gerais. Ao tomar a avaliação como instrumento para tomada de decisão, pode-se inferir que a mesma propõe um olhar para a qualidade do programa ou serviço o prestado (Araújo, 2003).

É importante, também, analisar a operacionalização das consultas odontológicas realizadas pela população brasileira. Como a maioria da população de baixa renda apresenta maior adesão às consultas dentárias no sistema público, tendo em vista o alto custo dos serviços odontológicos, deve-se buscar estudar a qualidade dos serviços prestados, ainda que o sistema seja bem avaliado, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2010). O princípio de acolhimento forma um aspecto inovador das políticas de saúde bucal, pois é alicerçado na visão humanista holística da política pública, a partir da interdependência entre setores de ação das políticas de saúde para promoção da saúde bucal, ‘garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar’ (Brasil, 2004).

Dentre estes mecanismos destacam-se a oferta suficiente de serviços especializados, a implantação de centrais de marcação de consultas, o controle e monitoramento das filas de espera, o uso de protocolos de atenção e mecanismo de referência e contra-referência, o investimento em tecnologias da informação, o respeito ao fluxo de encaminhamentos, são condições essenciais para a formação e gestão da rede de atenção em saúde bucal. (Silva, Magalhães Jr., 2008 ; Almeida et al., 2010).

No ano 2000, a Organização Mundial de Saúde – OMS incorporou nas pesquisas de avaliação em saúde a definição de ‘responsividade’ dos sistemas de saúde, em contraposição ao de ‘satisfação’, utilizado desde a década de 1960. Enquanto as pesquisas de ‘satisfação’ evidenciavam as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-cliente até a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde, responsividade surgiu referindo-se aos aspectos não médicos do cuidado. Essas duas definições são discutidas, tanto em relação aos contextos históricos em que apareceram quanto ao modo como vêm sendo aplicados em metodologias de avaliação de serviços e sistemas de saúde,

com destaque para seus limites e vantagens em diferentes situações (Vaitsman & Andrade, 2005). Os autores ainda relatam que as metodologias que incorporam a visão do usuário são vistas como parte de um padrão no qual se reafirmam princípios relativos a direitos individuais e de cidadania, tais como expressos nos conceitos de humanização e direitos do cliente. A partir dos anos 90, a ideia de humanização passa a fazer parte do vocabulário da saúde, inicialmente como um conjunto de princípios que criticam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde, e que mais tarde são traduzidos em diferentes propostas visando modificar as práticas assistenciais. Destacamos a convergência desse conceito, cujo eixo central é a dimensão humana, individual e ética do atendimento, com a concepção de direitos do cliente.

Com Donabedian (1984), a noção de satisfação do cliente formou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e o da comunidade. A qualidade passou a ser avaliada a partir desses três ângulos, de forma complementar e, ao mesmo tempo, independente. A definição de qualidade desenvolvida por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os clientes – o conceito de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A partir de então, os usuários não puderam mais ser ignorados, e a imagem de satisfação do cliente como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si e não somente um meio de produzir a adesão do cliente ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos anteriores.

O conhecimento da opinião dos usuários sobre os serviços prestados deveria ser considerado obrigatório especialmente entre os atendimentos prestados nas instituições públicas de todos os setores. Sobre isto, Myers & Lacey, (1996, *apud* Angelim, 2002, p. 1), comentam que: “A importância de orientar as ações da administração pública para os usuários dos serviços foi reforçada por teorias sobre o setor público (escolha pública e teoria do agente) que assumem que os indivíduos atuam para maximizar o próprio bem-estar”. (Angelim, 2002, p.1; *apud* Myers & Lacey, 1996).

Para instituir as características que a avaliação para a gestão de serviços de saúde necessita possuir para contribuir para a tomada de decisão, como: Utilidade, oportunidade, factibilidade, confiabilidade, objetividade e direcionalidade constituem o conjunto de princípios que deve ancorar essa avaliação. Uma avaliação que é levada a decisões que garantam não somente a sua eficiência e eficácia, mas também a sua implementação. O processo avaliativo deve obter as decisões tomadas levando em consideração as necessidades de

saúde da população, as metas definidas pelos serviços e que envolvam todos os interessados de forma a tornar viável a implementação das decisões tomadas (Tanaka, 2012).

“A avaliação do grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde é um importante indicador a ser considerado no planejamento das ações” (Moimaz et al., 2010, p. 1). Na realidade, atender às exigências dos cidadãos não é tão fácil, pois cada usuário está à procura de um serviço específico, ou seja, enquanto alguns buscam a prevenção, outros buscam soluções de problemas já existentes. Nesse caso, integrar às prioridades de cada um dos municípios é um dos passos a serem tomado para que os usuários sintam-se satisfeitos. Com base no perfil dos usuários, podem-se identificar os problemas e, assim, buscar soluções que se adéquem ao usuário.

Santiago et al., (2013, *apud* Acurcio et al., 1991) complementam, referindo que o processo de avaliação não possui um modelo ideal, que já tenha sido suficientemente experimentado e que possa ser aplicado de modo universal, o que aponta a necessidade de proceder com um modelo que oriente e facilite a tomada de decisões, sendo aprimorado com o tempo e a partir das experiências vividas durante sua implementação.

Targanski, (2011, *apud* Borges, 2002), o cliente que busca serviços odontológicos, tende a realizar uma avaliação qualitativa da clínica, das pessoas envolvidas e do tratamento recebido. Essa avaliação é estruturada em termos absolutos e relativos, considerando, neste caso, a relação custo-benefício, e dela dependerão o conceito do atendimento e a imagem pública do estabelecimento.

#### **1.4. GESTÃO NA QUALIDADE DE ATENDIMENTO**

Na abordagem da Gestão da Qualidade em Saúde, o processo de trabalho/atendimento é considerado o principal meio para se atingir a qualidade dos serviços. Desse modo, o seu controle é tido como condição essencial para assegurar as ações que objetivam a melhoria contínua (Silva & Matsuda, 2012).

Segundo Dalledone (2008, p. 63), nesses tempos de grande concorrência no mercado, um atendimento de qualidade ao cliente está além do que um sorriso no rosto. Um atendimento de qualidade ao cliente é uma combinação entre os elementos: qualidade,

eficiência, custo do produto, distribuição e rapidez. Todos esses fatores são promotores do ambiente que facilita a implantação ou a conquista da fidelidade.

A qualidade em atendimento pode ser definida como a avaliação que o cliente faz, durante ou após o término do atendimento, através da comparação entre a expectativa que o cliente esperava do serviço e o que ele percebeu do serviço prestado (Targanski, 2011).

Qualidade concebe-se do atendimento das exigências do cliente; ou a adequação à finalidade ou uso; ou a conformidade com as exigências. O conceito de qualidade está intimamente ligado ao cliente, seja ele interno ou externo (Paiva & Gabardo, 2011, *apud* Chiavenato, 2003, p.629).

O foco no usuário tem ganhado espaço no Sistema Único de Saúde. Visando a necessidade de um atendimento de qualidade aos usuários do SUS, o Governo Federal tem implantado políticas como o HumanizaSUS, que tem como bandeira um atendimento humanizado aos usuários do SUS (MS, 2008).

Os clientes evitam criticar o serviço pela insegurança de ter o acesso comprometido ou para evitar desgaste na sua relação com o profissional. Assim, mesmo com problemas de estrutura física, de equipamentos e sofrer com a falta de profissionais, os usuários das instituições públicas sentem-se satisfeitos simplesmente por conseguir atendimento (Machado & Nogueira, 2008).

Gouveia et al., 2011, destaca que o contexto brasileiro indique alguns fatores que podem suggestionar a satisfação dos usuários, como a estrutura e a organização do sistema de serviços de saúde e modelos assistenciais vigentes no país. Para Gouveia et al., (2011, *apud* Esperidião & Trad, 2005), o acesso é um atributo dos serviços bastante valorizado pelos usuários. Segundo essas autoras, os usuários que utilizam os serviços públicos fazem parte de populações que vivem em condições de baixa renda socioeconômica e que buscam os serviços de forma assistencial, interessado mais por um padrão mínimo de sobrevivência do que pela própria qualidade dos serviços.

Acesso e acolhimento são componentes essenciais do atendimento, para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade (Ramos, 2003).

Ribeiro L. et al., (2010, *apud* Ribeiro, 2004) “... a qualidade e a satisfação dos usuários estão diretamente relacionadas às condições de acesso aos serviços de saúde, dentro de uma abordagem acolhedora, que assegure continuidade e a coordenação da atenção”

Gouveia et al., (2011, *apud* Trad & Bastos, 1998), para abordar a satisfação dos usuários acarreta trazer um julgamento sobre características dos serviços, portanto sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação para completar e equilibrar a qualidade dos serviços.

Os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.) que se preocupam em oferecer o melhor atendimento que conhecem orientados apenas pelo princípio da assistência aos clientes, sem considerar os gastos e a infraestrutura necessária, colocam em risco financeiro a organização onde trabalham. Os administradores, o outro lado da moeda em um hospital, ao moderarem custos, materiais e recursos humanos sem considerar os limites de risco da prática médica e aos clientes, aumentam a possibilidade de problemas assistenciais (Lima, 2006).

A arte, portanto, encontra-se no meio termo entre a prática assistencial e de apoio administrativo, e para isso há necessidade que ambos troquem informações, bem como ajustem posicionamentos e condutas. A dificuldade de alcançar e manter o equilíbrio entre ambos exige dos profissionais da saúde e dos administradores uma atenção precisa sobre as necessidades e interesses um do outro, de tal modo que se atinja a justa medida para ambas as partes (Lima, 2006).

Segundo Borba (2004), na relação com clientes, um bom atendimento é aquele que traz como resultados: público satisfeito, funcionário gratificado e organização com imagem valorizada. Para realizar um bom atendimento, são necessárias algumas habilidades, que podem ser adquiridas e desenvolvidas ou treinadas. Nota-se que às vezes torna-se difícil desenvolver determinada habilidade em determinada pessoa porque alguns hábitos administrativos cultivados por longo tempo impedem a mudança necessária. Na maioria das vezes, deve-se fazer com que o responsável pelo atendimento de uma empresa ‘desaprenda’ algumas formas de trabalho (vícios ou disfunções) e seja direcionado a efetuar um bom atendimento.

Conforme Hargreaves et al., (2001) “quando falamos de serviço de qualidade, estamos nos referindo, primeiramente, à plena satisfação do cliente.” Assim, tem-se a necessidade de conhecer profundamente as necessidades e desejos do cliente, de modo a prestar um serviço que satisfaça ou ultrapasse as suas expectativas.

Hargreaves et al., (2001, p. 18) demonstra o importante valor do perfil do profissional na prestação de serviços:

Especialistas em administração são unânimes em afirmar que pessoas amistosas, cordiais, educadas, competentes e bem-informadas, quando prestam um serviço, são muito mais valiosas do que a mais sofisticada tecnologia. Justamente porque o atendimento é realizado por pessoas e não por máquinas! Máquinas não dialogam, não sabem ouvir ou argumentar, não negociam, não lidam com o emocional e o afetivo das pessoas. Enfim, máquinas não estabelecem o nível de relação de que o cliente precisa para se sentir plenamente satisfeito.

Sob o augúrio da regionalização enquanto Princípios de qualidade para atendimento foram desenvolvidos no Brasil definições como níveis de complexidade da atenção, referência, contra-referências, população referenciada, entre outros, que servem para orientar a discussão dos processos integrados de gestão e propiciar atendimento com qualidade em saúde com resolutividade em unidades de diferentes perfis assistenciais, organizadas de forma hierárquica, num contexto de acomodação da densidade tecnológica, aliada à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e capacidade financeira de captação de novas tecnologias (Jesus & Marluce, 2010).

As qualidades que dão a gestão o grau de excelência a um indicador são: **disponibilidade**: dados de fácil obtenção; **confiabilidade**: dados fidedignos; **validade**: deve ser em atribuição das características do fenômeno que se quer ou necessita medir; **simplicidade**: facilitar os cálculos a partir das informações básicas; **discriminatoriedade**: o poder de refletir diferentes níveis epidemiológicos ou operacionais; **sensibilidade**: o poder de diferenciar as variações ocasionais de tendência do problema numa determinada área; **abrangência**: simplificar o maior número possível de condições ou fatores diferentes que afetam a situação que se quer descrever; **objetividade**: deve ter um objetivo claro; **baixo custo**: altos custos financeiros dificultam sua utilização rotineira; **utilidade**: as informações obtidas devem ser aplicadas para a tomada de decisão de quem coleta ou de quem gerencia o serviço (Bohomol et al., 2012).

A gestão de atendimento na prática clínica em Saúde Bucal deve ser amparada por uma metodologia que sustente a ideia de promover tratamentos completados em um menor número de consultas possível, possibilitadas pela maior produção de procedimentos

odontológicos em uma consulta e pelo maior índice de frequência às consultas agendadas, acompanhados do menor índice de absenteísmo (São Paulo, 2009).

O tempo de espera por um serviço é um fator extremamente importante no atendimento ao cliente/usuário. Manter todos os setores funcionando harmoniosamente irá ampliar a satisfação e favorecer a fidelidade (Paiva & Gabardo, 2011, *apud* Alvarenga, 2000, p.38).

O cliente que chega a um consultório odontológico, geralmente encontra-se preocupado com os seus problemas domésticos, no trabalho, problemas econômicos, dentre outros. Esse quadro leva a uma condição favorável ao nervosismo e à ansiedade. A preocupação atual com o tempo se mostra na constante visualização das horas no relógio (Paiva & Gabardo, 2011, *apud* Ribeiro, 2002, p.63).

Paiva & Gabardo,( 2011, *apud* Belardinelli, 1999, p.128) Também o telefone é um importante recurso com o qual pode contar um consultório odontológico para estabelecer contatos com a clientela, desde que utilizado adequadamente. Estes mesmos autores apontam que é preciso observar a cortesia ao telefone, procurando saudar amavelmente, chamar a pessoa pelo nome, visualizar a pessoa com quem se está falando ouvir com atenção, oferecer desculpas por erros ou demoras, dizer “obrigada” e “por nada”, sempre que apropriado e esperar que a pessoa do outro lado da linha desligue.

Nota-se um aumento significativo no número de usuários que se utilizam deste sistema, o que tem gerado sobrecarga, filas longas e um longo tempo de espera para atendimento. O tempo de permanência na fila para ser atendido é um importante item de controle e deve ser constantemente observado. No entanto, problemas de longa espera para atendimento são de certa forma comum, o que é crítico quando se leva em conta o perfil dos usuários do serviço, afetando a qualidade de atendimento do serviço prestado. Para correção deste problema, a demanda, a capacidade de atendimento e o fluxo de trabalho devem ser observados, de modo a serem feitas as modificações necessárias para que os seus usuários recebam um atendimento pleno e de qualidade (Filho & Silva, 2012).

Filho & Silva reafirmam ainda que com esse crescimento faz-se necessário à aplicação da Gestão enquanto ciência, para que haja uma correta e ideal alocação dos recursos disponíveis. Diante da escassez de recursos e do fato de a contratação de mão de obra nos órgãos públicos ser um processo burocrático e demorado, embora desejável e necessário,

temos a necessidade urgente e real de rever processos. É necessária a aplicação de técnicas administrativas e produtivas que possibilitem a otimização do sistema.

Vários fatores caracterizam a promoção da desumanização na atenção em saúde e podem ser agrupados em três categorias: (1) em relação às deficiências na organização do atendimento (longas filas de esperas e adiamentos de consultas e exames, ausência de regulamentos, normas e rotinas, deficiência na estrutura de instalações e equipamentos; (2) ligados diretamente na relação com o doente (o anonimato, a despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração, a falta de preparo psicológico e de informação, bem como a falta de ética por parte de alguns trabalhadores); e (3) no que diz respeito às condições de trabalho (baixos salários, dificuldade na conciliação da vida familiar e profissional, jornada dupla ou tripla, ocasionando sobrecarga de atividades e cansaço, o contato constante com pessoas sobtensão, gerando ambiente de trabalho desfavorável) (Silva & Silveira , 2011).

De maneira geral, os principais atributos de qualidade na gestão de atendimento são consolidados por Targanski et al., 2011, reduzindo-os a cinco atributos de qualidade mais abrangentes: confiabilidade (capacidade de prestar o serviço de forma confiável, precisa e consistente), presteza (condição de prestar o serviço prontamente e auxiliar os clientes), confiança (conhecimento técnico e cortesia dos funcionários e sua habilidade de transmitir confiança, segurança e credibilidade), empatia (prestação de atenção individualizada aos clientes, facilidade de contato e comunicação) e tangíveis (aparência das instalações, equipamentos, funcionários e dos materiais de comunicação).

**Quadro 1.** Definições dos determinantes de satisfação avaliados.

<b>Determinantes</b>	<b>Definição</b>
Desejos	Aspiração de se obter mais satisfação do que é efetivamente necessário. Condição psicológica/social insatisfatória que

	nos leva a uma ação para remediá-la.
Expectativas	Crença prévia sobre o que o serviço irá oferecer. Construída a partir de experiências anteriores com o serviço, informação recebida por propaganda e comunicação boca a boca.
Emoção	Sentimentos positivos (ou negativos) vivenciados no momento da prestação de serviço. Sentimentos de felicidade, prazer, entusiasmo, alegria, bom humor (ou mau humor, tristeza, pesar, arrependimento, raiva, culpa).
Qualidade percebida	Avaliação da excelência do serviço em relação às dimensões de confiabilidade, empatia, responsabilidade, segurança, e tangíveis, conforme a percepção do cliente.
Confirmação das expectativas	Comparação entre o que esperávamos receber e o que percebemos que recebemos dos serviços.
Imagem corporativa	Percepção em relação à corporação ou empresa de serviços, fixada na memória dos consumidores.
Satisfação dos clientes	Estado afetivo gerado pela reação emocional à experiência de um serviço.

Fonte: adaptado de Targanski et al., (2011).

A característica da prestação do serviço odontológico necessita da presença do cliente no local da prestação durante todo o tempo da produção, sendo ele cor responsável pelo sucesso do tratamento odontológico, uma vez que deve seguir procedimentos-padrão de cuidados para o melhor desempenho do serviço. O processo de tratamento segue uma sequencia que tem início no primeiro contato do cliente com a estrutura da clínica e acaba com a entrega do benefício do serviço. A duração desse processo pode variar entre horas a até meses, dependendo das características de cada caso (Silveira & Grossi, 2004).

A qualidade e a produção dos serviços odontológicos têm relação diretamente com a demanda, capacidade de atendimento da clínica e disponibilidade de mão de obra especializada. Uma equipe de apoio e com treinamento adequado em conjunto com uma política de marcação de horários e confirmação de consultas são fatores importantes para garantir uma boa produção dos serviços odontológicos (Silveira & Grossi, 2004).

Tecnicamente, a avaliação da clínica ou do profissional deveria fundamentar-se na qualidade do serviço recebido. Entretanto, o cliente não possui os meios nem o conhecimento para uma avaliação competente. Trata-se de uma avaliação distante de uma análise técnica, ou seja, tem muito mais a ver com a maneira como o cliente é tratado e com as características da qualidade que ele vai encontrar no consultório e no profissional do que com a parte técnica. Alguns exemplos de características, não técnicos, que influenciam a avaliação da qualidade para serviços odontológicos são: contato físico/telefone com a clínica, aspecto da recepção, do recepcionista e do profissional, temperatura da clínica, limpeza e higiene, comunicação do diagnóstico inicial, orçamento e pontualidade (Borges, 2002). Esses atributos também são considerados de relevância para os clientes de serviços médicos ou cuidados à saúde, conforme os estudos de Hanoum, Moses & Noufal (2009).

Com a necessidade iminente do aumento na qualidade do atendimento e gestões eficientes, os profissionais de odontologia, precisam de ferramentas de avaliação e gestão que possam atender suas necessidades. Estas, se bem aplicadas e desenvolvidas, proporcionaram informações preciosas que os auxiliarão no desenvolvimento e aperfeiçoamento no atendimento aos seus clientes (Rodrigues et al., 2013).

Segundo Rodrigues et al., (2013) existe outros fatores de relevância para os gestores, no aprimoramento de conhecimentos relativos à qualidade no atendimento, é perceber e avaliar seus colaboradores no ambiente de trabalho cotidiano. Sem a supervisão imediata de

um gestor ou a inferência de algum responsável por ‘fiscalizar’ os atendimentos com qualidade. Este aprimoramento visa que a qualidade se torne um padrão e não uma exceção nos atendimentos.

Considerando que a forma de utilizar os serviços de saúde é produto da interação entre usuários, profissionais de saúde e serviços de saúde e que um dos principais dificuldades para que essa interação ocorra é a forma como o usuário consegue acessar os serviços, o acesso e o acolhimento são fatores essenciais do atendimento para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (Gouveia, 2011).

Para que as necessidades dos usuários/clientes sejam satisfeitas de maneira integral é essencial que a atividade de recepção do usuário no serviço, entendida como espaço primordial de investigação/elaboração/negociação ocorra de maneira acolhedora (Falk et al., 2010).

Falk et al., 2010, afirma quem um atendimento de qualidade:

Nesse contexto, é fundamental que os profissionais da saúde tenham uma visão mais holística do ser humano e da necessidade de uma atenção individualizada a ser prestado a cada usuário, entendido como ser humano especial, único na sua diversidade e que, naquele momento, precisa do auxílio de alguém. Assim, as mudanças nos processos de trabalho e, conseqüentemente, nos modelos tecnoassistenciais devem perfazer mudanças no comportamento do “sujeito trabalhador” frente às demandas que lhe são apresentadas.

O caminho do sucesso organizacional está nas pessoas. Elas são o principal repositório de conhecimento e das vantagens competitivas das organizações (Paiva & Gabardo, 2011, *apud* Chiavenato, 2003 p. 284).

Ansuji, Zenckner & Godoy (2005) realizaram um levantamento dos atributos de qualidade de atendimento odontológicos em clínicas odontológicas particulares de Santa Maria (RS). Os autores fizeram uma pesquisa com 64 clientes das clínicas com a finalidade de diagnosticar a ordem de prioridade dada, pelos entrevistados no julgamento da qualidade em serviços odontológicos. Como resultado, os dois principais fatores citados pelos entrevistados são a segurança do profissional quanto ao tratamento e a confiança e precisão na presteza do serviço, atributos estes que podem ser definidos como confiabilidade. Outros pontos

relevantes levantados dizem respeito à limpeza e higiene do local e à pontualidade do atendimento.

Esses resultados são confirmados na pesquisa, Targanski, et al., (2011, *apud* HSU; PAN, 2009) em que a eficiente administração do tempo no consultório além da padronização do profissional e a humanização do atendimento constituem os itens de maior importância para clientes de serviços odontológicos privados. A pontualidade no atendimento pode ser considerada, pelos clientes de serviços odontológicos, um atributo mais importante do que a competência profissional para a percepção de qualidade.

#### **1.4.1 Acessibilidade e Utilização dos serviços de saúde**

Segundo Jesus & Marluce (2010) a definição da palavra ‘acesso’ com os serviços de saúde, pode ser compreendida como ‘porta de entrada’, como o local de acolhimento do usuário no momento sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade.

Starfiel (2002) define acessibilidade como a característica da oferta e o acesso é a maneira como as pessoas percebem a acessibilidade. A forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los. Acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

Acessibilidade, é mais amplo do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar, caracteriza os serviços e os recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários e corresponde a características dos serviços que assumem definições quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los (Donabedian, 2003).

Na IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (1978) ficou definido que a oferta de atendimento não depende da simples existência dos mesmos. Serão as características e os recursos de saúde que irão facilitar seu uso por potenciais usuários. Não basta dispor os serviços em posições estratégicas e inferir que o acesso da população aos serviços esteja assegurado.

A correlação oferta/demanda deve ser compreendida como a relação existente entre a capacidade de ofertar serviços de saúde e a urgência de assistência de uma dada população. É o pilar do suporte da dimensão econômica aos serviços de saúde (Jesus & Marluce, 2010).

De acordo com Fadel & Regis Filho (2009) “a prestação de serviços realizada pelo poder público ainda mantém em foco a própria existência do serviço, deixando sua qualidade relegada a um segundo plano; tendo a abordagem baseada no cliente, onde a qualidade é adequação ao propósito pretendido”. No setor privado o nível de qualidade dos serviços oferecidos, várias vezes, influencia a população a cobrar, de forma exigente, qualidade nos serviços dos setores públicos. No entanto, o primeiro, desenvolve seus serviços com o intuito de auferir lucro, o que não ocorre na maior parte dos serviços no setor público.

Para Matias Pereira (2009) além do não lucro, o serviço público difere do serviço privado no que diz respeito à gestão, tendo como principal característica a descontinuidade administrativa, onde estão sujeitos à interferência do poder político, interrompendo assim algum programa de melhoria na qualidade no atendimento implantado em outra gestão, ficando sem continuidade não alcançando o objetivo inicial.

#### **1.4.2 Humanização, Acolhimento e Humaniza SUS**

O Acolhimento é uma maneira de humanizar e organizar o trabalho das equipes de saúde e os demais setores de serviços. Este processo se expande além do simples ato de receber um cliente, mas sim é caracterizado como um conjunto de ações e atitudes que compõem os processos deste trabalho (Sabatino, 2013).

O acolhimento é uma ação propósito de mudanças de atitude e da relação profissional/usuário, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, entendendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento é, portanto, um modo de operar os processos de trabalho, de maneira a atender a todos que necessitem dos serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma conduta capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários em cada momento específico. Acarreta prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando cliente e a família em relação a outros serviços, para a continuidade da assistência

e estabelecimento de articulações para garantir a eficácia desses encaminhamentos (Falk et al., 2010).

Ribeiro et al., (2010, *apud* MS, 2004) “Importante destacar que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si o comprometimento de ‘abrigar e agasalhar’ aqueles que procuram o serviço, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Não constitui uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde”.

Este mesmo autor ainda afirma que o acolhimento busca junto às instituições de saúde, ampliar o grau de corresponsabilidade dos atores, que constituem a rede assistencial, na produção de saúde, e que precisa de modificações na atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho.

É imprescindível que o cirurgião-dentista esteja alerta para exercer uma Odontologia humanística, em que todas as características que constituem um indivíduo sejam valorizadas, tanto físicas quanto psíquicas. Assim, o alicerce em que se deve fundamentar a estrutura de uma clínica odontológica deve seguir esse princípio (Sabatino, 2013)

O usuário do serviço de saúde bucal busca obter no ‘acolhimento’, uma relação de comprometimento por parte do trabalhador da saúde, e a priorização problema/ necessidade que o leva ao SUS, esperando a atenção, a escuta e o respeito, por parte dos membros da equipe (Sabatino, 2013).

Humanizar refere-se a uma transformação cultural da gestão e das práticas propagadas nas instituições de saúde, assumindo-se uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário, o mesmo passando a ser compreendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde. Na área da saúde, um grande desafio para a implementação de medidas humanizadoras no âmbito assistencial é a sensibilização e preparação dos trabalhadores, que têm uma formação acadêmica, fundamentalmente tecnicista (Silva & Silveira, 2011).

O trabalhador da saúde deve ser atencioso com o usuário, com a finalidade de sentir quais são suas necessidades, atender, orientar e ou direcionar para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas. Não significa a solução completa do problema, mas atenção dispensada na relação que envolve a escuta, reconhecimento das queixas, a

identificação das necessidades e a sua transformação em objetos de ação em saúde (Ribeiro et al, 2010).

## **1.5. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Atual sistema de saúde brasileiro, O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988(CF/88) e pelas Leis Orgânicas (LOS), Lei n ° 8080 e n° 8142 de 1990 deve ser desenvolvido segundo as diretrizes previstas no artigo 196 CF/88: descentralização, integralidade, participação da comunidade, universalidade entre outros. A Reforma Sanitária Brasileira serviu de referencia para conceituar o SUS.

Segundo Souza & Clara, (2010 *apud* Vasconcelos & Pasche, 2006), o Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e reflete em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado de ações de saúde e articulado de serviços, e um conjunto das organizações públicas de saúde existente nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema (Vasconcelos & Pasche, 2006). O SUS é um sistema que assume e consagra os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam saúde e bem-estar, de forma e integral. Sua implantação deu-se na década de oitenta, com suas atribuições definidas na Lei 8.080 e suas diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins.

O Sistema Único de Saúde tem seus serviços administrados pelos governos federal, estaduais e municipais e por organizações cuja finalidade é garantir a prestação de serviços gratuitos a qualquer cidadão. Atualmente, cerca de 60% da população brasileira é dependente SUS, que objetiva alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades da população sem forma alguma de remuneração direta do usuário do serviço. Fazem parte desse Sistema os centros e postos de saúde, hospitais, laboratórios, hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisa (Brasil, 1990).

O sistema de saúde é um sistema interligado, onde se compõem de várias unidades, cada qual com suas tarefas a cumprir. Num primeiro nível, está os centros de saúde, que todos podem procurar diretamente, considerada a porta de entrada; em seguida, há outros estabelecimentos que ofertam serviços mais complexos, como as policlínicas e hospitais, estando nessa classificação CEOs (Centro de Especialidades Odontológicas, no qual faremos nossos estudos). Quando necessário, as pessoas serão encaminhadas para eles, sempre referenciadas a partir dos centros de saúde, conhecido como sistema de referência e contra referência. Para os casos de urgência e emergência, há um pronto-socorro (Fabel, 2006).

O SUS é financiado pelos recursos da Seguridade Social (30%), verbas do tesouro nacional e do orçamento da união que é destinado á saúde (cerca de 3%). Todos estes recursos juntos constituirão o Fundo Nacional de Saúde que será administrado pelo Ministério da e controlado e fiscalizado pelo Conselho Nacional de Saúde. Esses recursos serão divididos duas partes: uma será retida para o investimento e custeio das ações federais e a outra será repassada para as secretarias de saúde estaduais e municipais, de acordo com critérios em função da população, necessidade de saúde e rede assistencial. Com a implementação do SUS, através da nova Constituição Federal, ocorreu à descentralização, a nível municipal, da gestão dos serviços públicos de saúde. Esta municipalização dos serviços de saúde passou a entendida como o único meio de gerir que permitiria, ao mesmo tempo, maior racionalização administrativa, controle financeiro e participação democrática da comunidade no gerenciamento do sistema, em oposição à excessiva centralização do modelo anterior (Brasil, 1990).

Lima (1998) identifica os principais problemas enfrentados nas organizações de saúde como: má distribuição dos recursos, ineficiência, custos crescentes e desigualdade nas condições de acesso dos usuários.

## **1.6. A SAÚDE BUCAL NA ESFERA FEDERAL**

A saúde bucal está diretamente ligada à evolução das políticas de saúde, e às tendências norte-americanas de organização do serviço na área. Ou seja, para compreendê-la, é necessário resgatar tanto o desenvolvimento das políticas de saúde pública no Brasil quanto à forma como os Estados Unidos influenciaram no planejamento das ações de odontologia no país (OPAS, 2006).

Historicamente em 1940 se desenvolveram as primeiras ações de saúde bucal no Setor público brasileiro, por meio da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). Entretanto, este modelo era caracterizado pelo sistema incremental, voltado exclusivamente para escolares na faixa etária ente 07 e 14 anos, e o atendimento estando de acordo com o calendário escolar. Este sistema permaneceu no Brasil por mais de 40 anos, segundo Carcereri (2005).

Assim, o modelo de assistência odontológica hegemônico, que permaneceu até a Constituição de 1988, era, preponderantemente, de prática privada, englobando a maior parte da população, e o seguro social, por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), depois Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), oferecendo assistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos segurados, utilizando, porém, a contratação de serviços profissionais privados. A assistência era direcionada aos escolares, introduzida pelo SESP no início da década de 1950, de certa forma rompeu com a rigidez da demanda espontânea do modelo hegemônico de atenção odontológica, porém manteve as características flexnerianas (Serra, 1998).

Nos anos 1990, o espaço escolar passou a ser indagado como um local exclusivo do atendimento em saúde bucal, iniciando-se a discussão de outras perspectivas e estratégias de organização do trabalho odontológico. Novos conhecimentos técnicos e científicos sobre doenças bucais e as formas de nela intervir, transformações ocorridas na distribuição e na manifestação das doenças, além de métodos alternativos de planejamento em saúde aplicados à realidade odontológica, permitiram outras propostas e modelos de organização da prática pública odontológica fora do espaço escolar (Carvalho & Loureiro, 1997).

A partir da criação do SUS e com a descentralização das ações de saúde para os municípios, mudanças na área da odontologia pública ocorreram principalmente em relação aos espaços de trabalho. Os consultórios, tradicionalmente localizados nas escolas, foram transferidos para as Unidades Básicas de Saúde, gerando uma assistência mais universal.

Mudanças foram observadas nos recursos humanos, com a introdução de auxiliares e técnicos, vigilância do teor de flúor das águas de abastecimento, ampliação das ações coletivas, ênfase na epidemiologia e estruturação de alguns mecanismos de avaliação. (Roncalli et. al., 1999).

O tema central da 2ª CNSB realizada, em 1993, foi 'A saúde bucal como um direito de cidadania', numa conjuntura nacional marcada pela perspectiva de ampla revisão da Constituição de 1988 – inclusive com ameaças ao artigo 196, que consagrou a 'saúde com direito de todos e dever do Estado'. A 2ª CNSB definiu diretriz e estratégias políticas para a saúde bucal no País, definido como 'direito de cidadania', e indicando as características de 'um novo modelo de atenção 'saúde bucal' e dos recursos humanos necessários, propondo formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde, e defendendo a descentralização das ações 'com garantia de universalidade do acesso e

equidade da assistência odontológica, interligados a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social' (III CNSB, 2004).

Em 1994 o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF), inicialmente para ampliar a atenção básica às populações e áreas de carência em saúde e bolsões de pobreza dos municípios, tendo como núcleo central a família e a comunidade. Atualmente não se concebe o PSF como programa, mas como um meio em permanente construção, adotando-se o termo Estratégia Saúde da Família (ESF) através da qual se busca reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases em substituição ao modelo tradicional (Lacerda & Traebert, 2006).

O MS preparou em 1988 um documento preconizando uma política nacional de saúde bucal, intitulado Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) onde princípios, diretrizes e prioridades.

A disposição à negligência da saúde bucal, no que tange às políticas públicas, perdurou nas décadas seguintes. Dados de pesquisa do IBGE no ano de 1998 identificou que o montante de recursos destinados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às ações odontológicas restringia-se a 24,2% do orçamento público em saúde (Antunes & Narvai, 2010).

Após o lançamento da portaria GM nº 1.444, foi elaborado o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, integrado à portaria n.º 267/01, de 6 de março de 2001. Este documento expressava as características operacionais: as estratégias para incorporação das ações de saúde bucal no PSF, as atribuições dos profissionais (as atribuições comuns à equipe e as específicas do cirurgião dentista - CD, técnico em higiene dental - THD, auxiliar de consultório dentário - ACD e agente comunitário de saúde - ACS), e as responsabilidades institucionais (Ministério da Saúde - MS, Secretarias Estaduais de Saúde – SES e Secretarias Municipais de Saúde - SMS). Foram elencados os equipamentos, instrumentais utilizados e procedimentos de saúde bucal realizados na atenção básica (Brasil, 2001; Garcia, 2006).

Após a incorporação do cirurgião dentista na estratégia de Saúde da Família, assinalando um dos primeiros movimentos de entrada da saúde bucal na agenda da saúde federal, ocorre o lançamento do Programa Brasil Sorridente, em 2004, firmando-se como uma política específica no governo federal (Bartole, 2006).

## **1.7. PERFIL DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

Nas duas últimas décadas, ocorreram mudanças profundas nos quadros políticos, sociais e econômicos do país. O Brasil reconquistou a democracia e, com isto, o direito de opinar sobre a direção e diretrizes das políticas públicas, principalmente na área da saúde. É inegável que ocorreram avanços, mas, para um país que tem raízes profundamente agregada em um passado de exclusão social e de desigualdade na distribuição de renda, ainda há muitos setores a serem e consolidados para que a exclusão social diminua e para que o acesso aos bens e serviços essenciais seja mais equânime, o que melhora diretamente a qualidade de vida da população e, conseqüentemente, a saúde (Simon, 2004).

Um estudo do Ministério da Saúde, finalizado em 2004, identificou que 45% dos brasileiros não têm acesso regular a escovas de dente, 20% dos brasileiros não possuem nenhum dente e 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista (Brasil, 2011).

A PNAD (Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio) oferece uma realidade precisa da situação dos serviços odontológicos no Brasil. Por meio da PNAD têm-se condições de averiguar se realmente está havendo algum progresso no que se refere a políticas públicas voltadas para a saúde bucal. É relatado que é baixo o acesso aos serviços odontológicos, havendo diferenças significativas entre os Estados, sendo menor nas regiões mais pobres, principalmente nos Estados da região norte. Os pobres, homens e idosos são os que apresentaram valores de acessibilidade mais baixos (Pinheiro, 2006).

## **1.8. PROJETO BRASIL SORRIDENTE**

Durante décadas, a odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde bucal era extremamente difícil e limitada, fazendo com que as pessoas se acostumassem à só procurar atendimento odontológico em caso de dor, a odontologia preventiva era quase inexistente. As desigualdades sociais provocam em desigualdades nos padrões de doenças e também no padrão de utilização dos serviços, com prejuízo as populações de maior risco social (Brasil, 2004).

A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente investe na expansão das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família, aumentando o repasse do

nível federal para municípios e redefinindo suas ações. Inicia a implantação de uma rede de referência e contra referência, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), agrega a reabilitação protética, via Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e ampliando a cobertura da fluoretação da água de abastecimento público no Brasil.

A execução do Programa Brasil Sorridente ficou a cargo dos municípios, cabendo ao governo federal o financiamento e o estabelecimento de normas de funcionamento do Programa (Goes PSA, 2012).

Atualmente as ESB receberam o último reajuste por meio da Portaria GM/MS nº 1.599, de 9 de julho de 2011, que definiu os seguintes valores do incentivo financeiro das Modalidades I e II, no valor de R\$ 2.100,00 e R\$ 2.800,00, respectivamente (Brasil. Portaria GM/MS nº 1.599, 2011).

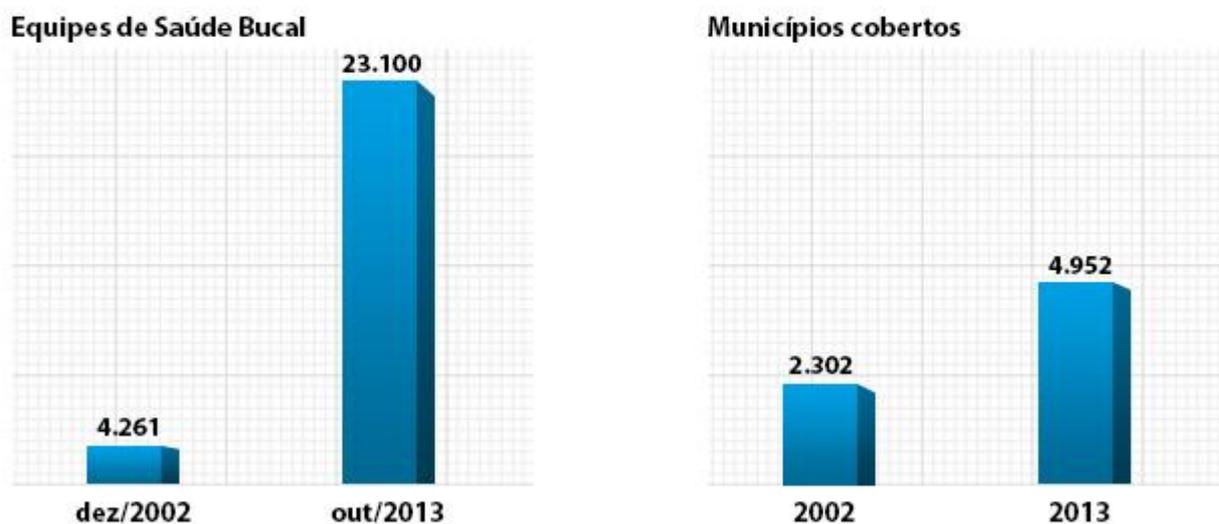
O Brasil Sorridente é um programa estruturado que além do atendimento básico, a população passa a ter acesso também a tratamentos especializados, como canal, doenças da gengiva, cirurgias odontológicas, câncer bucal em estágio mais avançado e ortodontia. Isso será possível com a construção de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (Brasil, 2004). Este é um programa que faz parte da política de saúde do governo federal e tem o objetivo de ampliar o atendimento odontológico e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Neste programa estão previstas, dentre outras ações, a implementação dos centros de especialidades odontológicas (CEO), que são unidades de saúde destinadas ao atendimento odontológico especializado, media complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde, devendo realizar no mínimo as seguintes atividades: diagnóstico bucal, periodontia, endodontia, cirurgia e atendimento a portadores de necessidades especiais (Brasil, 2001).

“O Brasil Sorridente, que está completando 10 anos, já é o maior programa público de saúde bucal do mundo”, destacou o ministro durante a inauguração do centro. “O país fazia menos de 100 mil próteses dentárias por ano. Terminamos 2012 fazendo 405 mil e, em 2013, chegamos a 415 mil próteses”, disse Padilha, ao se referir aos avanços conquistados pelo programa. O ministro também destacou que o Ministério da Saúde tem destinado recursos adicionais para os CEOs que aderirem à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que disponibiliza, além dos procedimentos normais, no mínimo 40 horas semanais para atendimento exclusivo a esse público. “Desde 2012, repassamos mais recursos para os CEOs estarem preparados para atender bem pessoas com deficiência. Em São Paulo, dos 30 centros, 28 já aderiram”, ressaltou. (Brasil, 2014).

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são:

- Reorganizar a Atenção Básica em saúde bucal, por meio do Programa Saúde da Família;
- Aumentar e qualificar a Atenção Especializada, por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias;
- Incorporar a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público;
- 43 Centros de Especialidades Odontológicas (até Dezembro de 2014 devem ser 174 novos);
- 336 equipes de Saúde Bucal (até 2014, 1.343 novas equipes);
- 100 Unidades Odontológicas Móveis (até Dezembro de 2014 serão 146 unidades)
- 338.400 próteses ofertadas (até 2014, serão 1.354.000 próteses novas, constituindo 100% da necessidade da População em Extrema Pobreza mapeada), (Brasil, 2014).

## Brasil Sorridente



Fonte: Ministério da Saúde

Gráfico 1 - Crescimento do Brasil Sorridente 2002 – 2013.

### **1.8.1 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se limitado quase completamente aos serviços básicos — ainda assim, com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes apontam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a pouca capacidade de oferta dos atendimentos de atenção secundária e terciária, compromete, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra referência em saúde bucal na quase totalidade. A ampliação da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o aumento da oferta de serviços de atenção básica. Com a ampliação do conceito de atenção básica e o consequente crescimento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem expandir o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Para fazer frente ao obstáculo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde é a implantação e/ou a melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os CEOs são unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica e sempre integrado ao processo de planejamento regional, ofertarão, de acordo com o levantamento da realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos que complementam aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos incluem-se, minimamente, periodontia, endodontia, clientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção (OPAS, 2006).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) favorece a continuidade do cuidado em saúde bucal realizado pela rede de Atenção Básica e, nos municípios com Estratégia de Saúde da Família, da Equipe de Saúde Bucal (ESB). Os dentistas da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao cliente, porta de entrada do sistema, realizando o encaminhamento ao Centro de Especialidade somente dos casos que exijam maior complexidade (Brasil, 2012).

O tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é feito por meio de agendamento, para tal, há a necessidade do encaminhamento de referência pelo profissional da atenção básica. Para cada Centro de Especialidades Odontológicas credenciados recebe

recursos do Ministério da Saúde e do Estado. A implantação de Centros de Especialidades funciona por meio de parceria entre municípios, estados e o governo federal, isto é o Ministério da Saúde e o Estado faz o repasse de uma parte dos recursos e os municípios contribuem com outra parcela (Brasil, 2012).

O gestor municipal/estadual interessado em implantar um CEO deverá expor sua proposta ao Conselho Municipal/Estadual de Saúde e, se aprovada, encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo Estado, indicando se o pleito é para **CEO Tipo I** (com três cadeiras), **CEO Tipo II** (com quatro a seis cadeiras) ou **CEO Tipo III** (com sete ou mais cadeiras). Caberá às CIBs solicitar o credenciamento dos CEOs ao Ministério da Saúde para apreciação e formalização em portaria específica (Brasil, 2009).

Os Centros de especialidades Odontológicas estão preparados para oferecer à população, o mínimo, os seguintes serviços:

1. Diagnosticar doenças bucais, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.
2. Periodontia especializada (tratamento e cirurgia gengivais)
3. Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros
4. Endodontia (Tratamento de Canal)
5. Atendimento a portadores de necessidades especiais.

### **1.8.2 Incentivos financeiros aplicados nos CEOs**

Construção, ampliação, reforma aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos:

- . **R\$ 60.000,00** (parcela única) por CEO Tipo I para implantação.
- . **R\$ 75.000,00** (parcela única) por CEO Tipo II para implantação.
- . **R\$ 120.000,00** (parcela única) por CEO Tipo III para implantação.

Recursos mensais de custeio:

- . **R\$ 8.250,00** por mês para CEO Tipo I.
- . **R\$ 11.000,00** por mês para CEO Tipo II.
- . **R\$ 19.250,00** por mês para CEO Tipo III (Brasil, Portaria nº 283/GM, 2005, Portaria nº 599/GM, 2006, Portaria nº 1.341/GM, 2012).

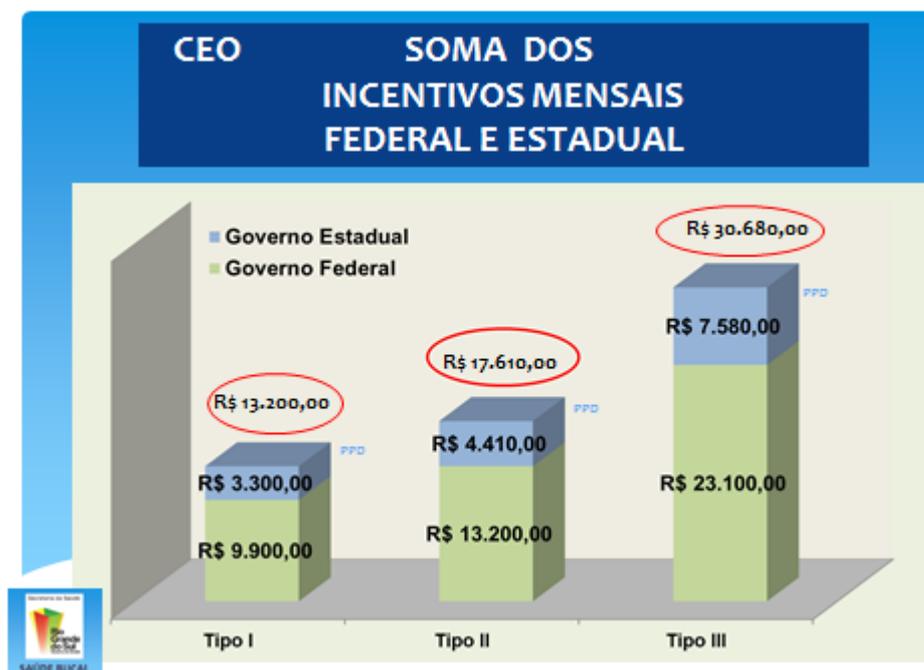


Gráfico 2 - CEO Soma dos incentivos mensais na esfera Federal e Estadual.

Fonte Ministério da Saúde

Criada por meio da Portaria GM/MS nº 793, de 24/4/2012, a **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)**, no âmbito da saúde bucal, se propõe a garantir o atendimento odontológico especializado a todos os portadores de deficiência. Todo atendimento a esse público deve começar na atenção básica, que referenciará para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar) apenas os casos que apresentarem necessidades especiais para o atendimento.

### 1.8.3 Incentivos financeiros adicionais

A Portaria Ministerial nº 1.341, de 29/6/2012, criou incentivos adicionais para os CEOs que fazem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

Os incentivos são da seguinte ordem:

.R\$ 1.650,00 por mês para CEO Tipo I.

.R\$ 2.200,00 por mês para CEO Tipo II.

**.R\$ 3.850,00** por mês para CEO Tipo III.

Além disso, 470 CEO fazem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Entre novembro de 2012 (início do programa) e junho de 2014, foram investidos R\$ 19 milhões nesses estabelecimentos (MS, 2014).

A Portaria nº 718/SAS criou novos procedimentos da tabela do SUS: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante). Os tratamentos poderão ser realizados nos **Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)** – Brasil Sorridente.

Para a especialidade da ortodontia e ortopedia, são oferecidos os procedimentos conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1** - Dados sobre os valores dos procedimentos de Ortodontia

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR
Instalação de aparelho ortodôntico	03.07.04.011-9	R\$ 67,00
Aparelho ortodôntico fixo	07.01.07.017-0	R\$ 175,00
Aparelho ortopédico fixo	07.01.07.016-1	R\$ 175,00

Fonte: Autor

Para as especialidades de implantodontia e prótese, são oferecidos os procedimentos conforme apresentado na Tabela 2.

**Tabela 2** - Dados sobre os valores dos procedimentos de Impaltodontia

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR
Implante ortodôntico osteointegrado	04.14.02.042-1	R\$ 260,00
Prótese dentária sobre implante	07.01.07.015-3	R\$ 300,00

Fonte: Autor

#### 1.8.4 Financiamento

Os municípios, Estados e/ou Distrito Federal, com qualquer base populacional, podem cadastrar-se para receber recursos do governo federal para produção de próteses dentárias. E não há restrição quanto à natureza jurídica do(s) laboratório(s), ou seja, o gestor poderá contratar a prestação deste serviço.

O financiamento está incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade e o laboratório passa a receber de acordo com seu limite de produção, sendo os valores repassados:

- ✓ . Entre 20 e 50 próteses por mês: **R\$ 7.500,00** mensais.
- ✓ . Entre 51 e 80 próteses por mês: **R\$ 12.000,00** mensais.
- ✓ . Entre 81 e 120 próteses por mês: **R\$ 18.000,00** mensais.
- ✓ . Acima de 120 próteses por mês: **R\$ 22.500,00** mensais.

Esse limite é calculado conforme as informações prestadas pelos municípios por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Serão realizadas avaliações trimestrais desses dados para redefinir a distribuição dos recursos.

Atualmente, para oferecer atendimento à população nesses centros e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o país conta com o trabalho de 23.150 Equipes de Saúde Bucal (ESB) espalhadas em 4.971 municípios – o que corresponde a uma cobertura de 89,2% dos municípios. Os mil CEOs implantados estão distribuídos em 808 municípios. Somente em 2013 (até novembro), o Ministério da Saúde, por meio do programa Brasil Sorridente, investiu R\$ 803 milhões, em todo o país, em recursos destinados às Equipes de Saúde Bucal (ESB) e investimentos nos CEO. (Brasil, 2014).

O Brasil Sorridente é referência mundial na assistência odontológica como um dos maiores programas pública na área de saúde bucal e atua em diversas frentes: tratamento, reabilitação e prevenção. Além dos CEOs, conta com mais de 23 mil equipes de saúde bucal que atendem nas unidades básicas de saúde de 89% dos municípios brasileiros. O programa também instala Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Em 2013, o país ultrapassou a meta e entregaram 471 mil próteses. Para prevenir cáries, o programa incentiva a implantação de sistemas de fluoretação da água no abastecimento público, e inclui 15 mil novas pessoas

recebendo água fluoretada por dia. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal apontou queda de 26% na incidência de cárie em crianças de 12 anos entre 2003 e 2010, fazendo com que o Brasil passasse a fazer parte do grupo de países com baixa prevalência de cárie dentária, segundo a Organização Mundial de Saúde. O Brasil Sorridente é referência como um dos maiores programas pública na área de assistência odontológica do mundo (Brasil, 2014).

Atualmente, existem 23.619 Equipes de Saúde Bucal presentes em 4.978 municípios, além de 1.018 Centros de Especialidade Odontológica (CEO) implantados em 839 cidades. No ano passado, os CEO realizaram 16,2 milhões de procedimentos especializados pelo SUS (MS, 2014).

### CEOS QUE TRABALHAM COM LRDP

**Quadro 2** - MS/SAS/DAB, Coordenação Geral de Saúde Bucal – CGSB, Cidades que possuem Centros de Especialidades Odontológicas com Prótese – CEO Estado: PA.

CÓDIGO	MUNICÍPIO	PORTARIA DE HABILITAÇÃO	RECURSO ANUAL	RECURSO MENSAL	FAIXA DE PRODUÇÃO PRÓTESES DENTÁRIAS	GESTÃO
150010	ABAETETUBA	GM 2375 (07/10/2009) GM 1109 (28/05/2012) GM 1825 (24/08/2012)	R\$ 242.450,00	R\$ 20.204,17	Acima de 120	MUNICIPAL
150034	ÁGUA AZUL DO NORTE	GM 4262 (30/12/2010) GM 1172 (19/05/2011)	R\$ 55.440,00	R\$ 4.620,00	20 - 50	MUNICIPAL
150060	ALTAMIRA	GM 2375 (07/10/2009) GM 1172 (19/05/2011) GM 1109 (28/05/2012) GM 1825 (24/08/2012)	R\$ 524.049,00	R\$ 43.670,75	Acima de 120	ESTADUAL
150140	BELÉM (UFPA - HU JOÃO DE BARROS BARRETO)	GM 680 (24/04/2013)	R\$ 90.000,00	R\$ 7.500,00	20 - 50	FEDERAL
150172	BRASIL NOVO	GM 2375 (07/10/2009) GM 1172 (19/05/2011) GM 1825 (24/08/2012)	R\$ 40.619,00	R\$ 3.384,92	20 - 50	ESTADUAL
150180	BREVES	GM 1432 (05/07/12)	R\$ 180.000,00	R\$ 15.000,00	81 - 120	MUNICIPAL
150220	CAPANEMA	GM 870 (19/04/2010) GM 1110 (28/05/2012) GM 1825 (24/08/2012) GM 2486 (31/10/2012)	R\$ 90.000,00	R\$ 7.500,00	20 - 50	MUNICIPAL
150240	CASTANHAL	GM 870 (19/04/2010) GM 1825 (24/08/2012)	R\$ 42.550,00	R\$ 3.545,83	20 - 50	MUNICIPAL
150270	CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA	GM 870 (19/04/2010) GM 1172 (19/05/2011) GM 1825 (24/08/2012)	R\$ 152.630,00	R\$ 12.719,17	51 - 80	MUNICIPAL
150293	DOM ELISEU	GM 870 (19/04/2010) GM 1172 (19/05/2011) GM 1825 (24/08/2012)	R\$ 163.290,00	R\$ 13.607,50	81 - 120	MUNICIPAL
150320	IGARAPÉ-AÇU	GM 1432 (05/07/12)	R\$ 60.000,00	R\$ 5.000,00	20 - 50	MUNICIPAL
150370	ITUPIRANGA	GM 1432 (05/07/12)	R\$ 60.000,00	R\$ 5.000,00	20 - 50	MUNICIPAL
150442	MARITUBA	GM 40 (10/01/12) GM 1109 (28/05/2012) GM 1825 (24/08/2012)	R\$ 256.250,00	R\$ 21.354,17	Acima de 120	MUNICIPAL
150445	MEDICILÂNDIA	GM 1585 (02/08/13)	R\$ 90.000,00	R\$ 7.500,00	20 - 50	MUNICIPAL
150460	MOCAJUBA	GM 870 (19/04/2010) GM 1172 (19/05/2011) GM 1825 (24/08/2012) GM 2486 (31/10/2012)	R\$ 144.000,00	R\$ 12.000,00	51 - 80	MUNICIPAL
150548	PACAJÁ	GM 1432 (05/07/12)	R\$ 60.000,00	R\$ 5.000,00	20 - 50	MUNICIPAL

Análise Da Qualidade Da Gestão Do Atendimento No Programa Brasil Sorridente No Hospital Universitário  
João De Barros Barreto, Na Cidade De Belém-Pa.  
Andréa Lisbôa Sisnando

150555	PAU D'ARCO	GM 870 (19/04/2010) GM 1172 (19/05/2011) GM 1825 (24/08/2012) GM 2486 (31/10/2012)	R\$ 90.000,00	R\$ 7.500,00	20 - 50	MUNICIPAL
150580	PORTEL	GM 1432 (05/07/12)	R\$ 60.000,00	R\$ 5.000,00	20 - 50	MUNICIPAL
150613	REDENÇÃO	GM 2375 (07/10/2009) GM 1172 (19/05/2011)	R\$ 39.640,00	R\$ 3.303,33	20 - 50	MUNICIPAL
150655	SANTA LUZIA DO PARÁ	GM 2893 (7/12/2011) GM 1825 (24/08/2012)	R\$ 67.350,00	R\$ 5.612,50	20 - 50	MUNICIPAL
150680	SANTARÉM	GM 2375 (07/10/2009) GM 1172 (19/05/2011) GM 1109 (28/05/2012) GM 1825 (24/08/2012)	R\$ 248.850,00	R\$ 20.737,50	Acima de 120	MUNICIPAL
150715	SÃO DOMINGOS DO ARAGUAIA	GM 4262 (30/12/2010) GM 1825 (24/08/2012)	R\$ 51.850,00	R\$ 4.320,83	20 - 50	MUNICIPAL
150745	SÃO GERALDO DO ARAGUAIA	GM 40 (10/01/12) GM 1825 (24/08/2012)	R\$ 65.300,00	R\$ 5.441,67	20 - 50	MUNICIPAL
150795	TAILÂNDIA	GM 2375 (07/10/2009) GM 1172 (19/05/2011) GM 1825 (24/08/2012) GM 2486 (31/10/2012)	R\$ 90.000,00	R\$ 7.500,00	20 - 50	MUNICIPAL
150815	URUARÁ	GM 2071 (23/07/2010) GM 1825 (24/08/2012)	R\$ 37.900,00	R\$ 3.158,33	20 - 50	MUNICIPAL
150840	XINGUARA	GM 870 (19/04/2010) GM 1825 (24/08/2012)	R\$ 41.000,00	R\$ 3.416,67	20 - 50	MUNICIPAL

### 1.8.5 Distribuição dos CEOs no Brasil e no Estado do Pará

Em 03 de agosto de 2010 o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 2199 definindo incentivo financeiro para a implantação e custeio de mais 100 CEOs no país. Desta forma, com os novos CEOs a serem implantados, totalizando 955 Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil em 2010, (Brasil, 2010).

Saliba & colaboradores (2010) analisaram a implantação e a distribuição geográfica dos CEO no Brasil até o ano de 2006, relacionando com indicadores de saúde bucal e indicadores sociais amplos. Os indicadores sociais considerados para o estudo foram educação, renda e saneamento básico; os indicadores de saúde bucal foram o Índice CPOD aos 12 anos, porcentagem de pessoas na faixa etária de 18 anos com todos os dentes presentes na boca, porcentagem de pessoas de 35 a 44 anos com necessidade de prótese total, porcentagem de municípios com adição de flúor na água de abastecimento público e porcentagem de pessoas entre 15 a 19 anos que nunca foram ao dentista. Ao comparar as regiões Norte e Sudeste em relação à presença de CEOs implantados e condições sociais e de saúde bucal desfavorável, verificaram que na região Norte os indicadores sociais e de saúde bucal são piores, mas existem menos CEOs implantados do que a região Sudeste. Por outro lado, a região Nordeste, que também apresenta indicadores sociais e de saúde bucal desfavorável, foi encontrada com um elevado número de CEOs. As autoras afirmam que este

fato pode ser explicado por a Região Nordeste ser pioneira na implantação de políticas públicas de saúde no Brasil, as quais serviram de alicerce para o desenvolvimento da atual Política Nacional de Saúde Bucal.

### CEOS EXISTENTE NO ESTADO DO PARÁ ATÉ JANEIRO 2015.

**Quadro 3 - MS/SAS/DAB, Coordenação Geral de Saúde Bucal – CGSB, Cidades que possuem Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, Estado: PA.**

CÓDIGO	MUNICÍPIO	TIPO DE CEO	CNES	CUSTEIO MENSAL	ADERIDO A REDE DE CIDADADOS À PESSOA COM	PORTARIA CEO RCPD	PORTARIA SUSP. CEO RCPD	PORTARIA CREDENCIAMENTO	PORTARIA ANTECIPAÇÃO	PORTARIA CREDENCIAMENTO DIRETO
150010	ABAETETUBA	2	6467881	R\$ 11.000,00	R\$ 2.200,00	2.496 GM 01/11/12	2.189 GM 01/10/13	462 GM 06/03/06	1867 GM 11/10/05	-
150034	ÁGUA AZUL DO NORTE	1	6246036	R\$ 8.250,00	R\$ 1.650,00	996 GM 28/05/13	3.114 GM 17/12/13	2376 GM 07/10/09	2757 GM 18/11/08	-
150040	ALENQUER	1	6493955	R\$ 8.250,00	-	-	-	2199 GM 03/08/10	2756 GM 18/11/08	-
150060	ALTAMIRA	1	5022371	R\$ 8.250,00	R\$ 1.650,00	1.310 GM 03/07/13	1.169 GM 28/05/14	224 GM 12/02/08	1993 GM 25/08/06	-
150080	ANANINDEUA	3	6864120	R\$ 19.250,00	R\$ 3.850,00	996 GM 28/05/13	3.114 GM 17/12/13	3125 GM 26/12/11	2199 GM 03/08/10	-
150140	BELÉM - CEO Pedreira - Estadual	2	2334267	R\$ 11.000,00	-	-	-	-	-	986 GM 27/06/05
150140	BELÉM - CEO UREMIÁ - Estadual	1	2334283	R\$ 8.250,00	-	-	-	3242 GM 22/12/09	2753 GM 18/11/08	-

Análise Da Qualidade Da Gestão Do Atendimento No Programa Brasil Sorridente No Hospital Universitário  
João De Barros Barreto, Na Cidade De Belém-Pa.  
Andréa Lisboa Sisnando

770 SAS 23/12/04	770 SAS 23/12/04	-	-	2192 GM 08/10/04	-	-	-	-	-	
-	-	2199 GM 03/08/10	462 GM 06/03/06	-	720 GM 04/04/07	1246 GM 21/05/10	2757 GM 18/11/08	989 GM 16/05/08	462 GM 06/03/06	
-	-	1570 GM 19/07/12	2937 GM 20/11/06	-	2753 GM 18/11/08	2293 GM 02/10/12	2199 GM 03/08/10	2376 GM 07/10/09	2812 GM 20/11/08	
-	2.189 GM 01/10/13	-	2.189 GM 01/10/13	-	-	-	-	-	-	
-	2.496 GM 01/11/12; 2.838 GM 26/11/13	-	2.496 GM 01/11/12	-	-	1.310 GM 03/07/13	-	-	-	
-	R\$ 2.200,00	-	R\$ 3.850,00	-	-	R\$ 1.650,00	-	-	-	
R\$ 11.000,00	R\$ 11.000,00	R\$ 19.250,00	R\$ 19.250,00	R\$ 19.250,00	R\$ 11.000,00	R\$ 8.250,00	R\$ 8.250,00	R\$ 8.250,00	R\$ 8.250,00	
2695219	2752727	2337355	2332981	2333120	5579945	6823009	5858844	5856639	3703401	
2	2	3	3	3	2	1	1	1	1	
BELEM Centro de Saude da Maranhão - Municipal	BELEM - CEO Presidente Vargas - Estadual	BELEM - UPPA - Hosp. Univ. Betina Ferreira Souza	BELEM - UPPA - Hosp. Univ. João de Barros Barreto	BELEM Centro de Atenção em Saúde Bucal - Municipal	BENEVIDES	BRASIL NOVO	CANAÃ DOS CARAJÁS	CAPANEMA	CASTANHA L	CONCEIÇÃO DO ARAQUAIA
150140	150140	150140	150140	150140	150150	150172	150215	150220	150240	150270



150808	TUCUMÃ	1	5722594	R\$ 8.250,00	-	-	-	2376 GM 07/10/09	2753 GM 18/11/08	-
150810	TUCURUÍ	1	3946193	R\$ 8.250,00	-	-	-	2394 GM 06/10/06	117 GM 19/01/06	-
150830	VISEU	1	6386520	R\$ 8.250,00	-	-	-	3242 GM 22/12/09	2937 GM 20/11/06	-
150840	XINGUARA	1	6307469	R\$ 8.250,00	-	-	-	339 GM 22/02/10	2758 GM 18/11/08	-

Fonte : MS

### 1.8.6 Programa Nacional de Melhorias do Acesso e da Qualidade dos centros de Especialidade odontológica (PMAQ-CEO)

A partir de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2011), surge como novo modelo de avaliação de desempenho, prevendo a avaliação sistemática de 47 indicadores de saúde, subdivididos em sete áreas, estimulando a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Além de incentivos financeiros, o projeto agrega o apoio técnico e a adequação dos sistemas de informação, incluindo equipes de saúde não vinculadas à ESF, de forma equivalente, conforme as diretrizes da Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem como propósito a expansão da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Está organizado em quatro fases que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (Brasil, 2012).

A primeira fase do PMAQ baseia-se na adesão ao programa. Ocorre mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes. A segunda fase do programa compõe o momento de desenvolvimento das estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria do acesso e da qualidade. É estruturada em

quatro dimensões consideradas centrais na indução dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, efetivando, assim, melhorias contínuas da qualidade da atenção básica, quais sejam: auto-avaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (Brasil, 2012).

A terceira fase do PMAQ embasa-se na avaliação externa, em que será realizado um conjunto de ações que verificará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. Destaca-se que os padrões de qualidade presentes no instrumento de certificação, que será utilizado nessa etapa, guardam similaridade com os de auto-avaliação que serão apresentados neste documento (Brasil, 2012).

A quarta e última fase do programa respalda-se no momento de reconstrução, a partir das realidades evidenciadas na avaliação externa. Essa etapa dá concretude à característica incremental da melhoria da qualidade adotada pelo programa, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolve a gestão (Brasil, 2012).

Criados em 2004, os centros integram o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Estes centros oferecem serviços especializados de média complexidade, como tratamento endodôntico (canal), cirurgia oral menor, periodontia (tratamento de gengiva), diagnóstico bucal, com ênfase ao diagnóstico de câncer bucal, atendimento a clientes com necessidades especiais e podem oferecer ainda a colocação de implantes e o tratamento ortodôntico. Atualmente, há 1.000 centros em funcionamento e outros 60 em fase de construção em todo o País. O PMAQ-CEO é composto pelas seguintes fases: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e reconstrução. Por meio da adesão ao programa, o gestor pode dobrar os recursos recebidos pelo Ministério da Saúde se atender aos padrões de qualidade. A fase de adesão ao PMAQ-CEO foi realizada no ano de 2013. Com a adesão e contratualização, o centro passou a receber 20% do incentivo do programa (Brasil, 2014).

O PMAQ é de âmbito nacional e que possui o objetivo de promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. O programa está organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo interligado de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. O Programa funciona por meio da indução de processos que buscam ampliar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as

equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população.

Com um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, ele busca favorecer maior transparência e eficiência das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o mecanismo de certificação das equipes é realizado a partir da distribuição dos municípios em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográfico.

Lançado em 2011, o PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) finalizou, em seu primeiro ciclo, a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal. Em 2013, houve o segundo ciclo do PMAQ, com duas novidades. A primeira foi à ampliação da adesão de equipes de Saúde da Família, atenção básica parametrizada, e saúde bucal, não havendo limite para a adesão. A segunda novidade foi à inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ao PMAQ. A partir da adesão, as equipes passam a receber 20% do recurso total designado a cada equipe participante do programa (Equipe de Saúde da Família, Saúde Bucal, NASF e CEO), sendo que 87% CEOs aderiram ao PMAQ. **Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013:**

Institui, no âmbito da Política nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.

No âmbito do PMAQ, recomenda-se que a auto-avaliação seja feita com base no mecanismo composto por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações (Brasil, 2012). Trata-se:

...dispositivo que convoca ao envolvimento e protagonismo dos diversos atores e amplia a possibilidade de construção de ambientes participativos dialógicos, nos quais gestores, trabalhadores e usuários se mobilizam para se comprometerem com objetivos comuns (PINTO; SOUSA & FLORÊNCIO, 2012).

Para as equipes, a adesão significa assumir o compromisso de seguir regras do programa e diretrizes organizadoras do processo de trabalho, que incluem: a implantação de padrões

de acesso e qualidade e de dispositivos de gestão colegiada, auto-avaliação, planejamento e avaliação; ser monitorada por seis meses a partir dos indicadores pactuados; e, finalmente, passar por um processo de avaliação que inclui a realização da auto-avaliação, o desempenho nos indicadores monitorados e a avaliação in loco, realizada por avaliadores do programa (Pinto, 2014).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), no qual a satisfação dos usuários condicionará a continuidade do financiamento do Programa. Segundo o Manual Instrutivo do PMAQ-AB ‘Satisfação do usuário garantirá’ mais recursos para Atenção Básica: O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, assinou, durante o 27º Congresso do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, com contratualização, certificação e remuneração pelo bom desempenho e qualidade. Um dos componentes de avaliação é a satisfação do usuário (Brasil, 2011).

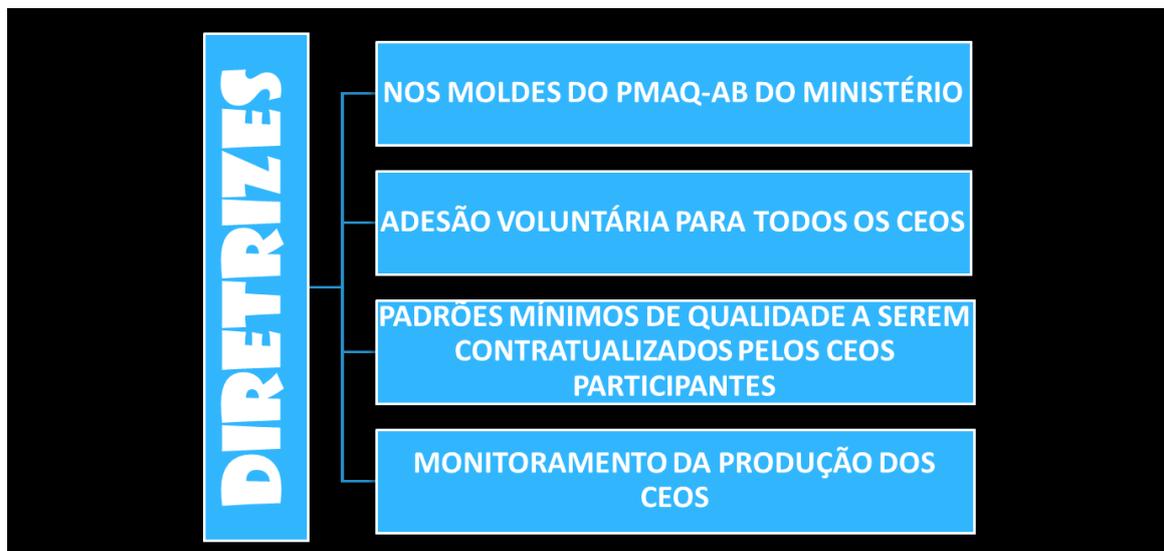


Figura 1 - Adesão ao PMAQ - CEO





Figura 2 - Adesão ao PMAQ - CEO

Quadro 4. Valores de Incentivo do PMAQ – CEO

Tipo de CEO	Valor Total do Incentivo PMAQ-CEO (R\$)	20% (R\$)	60% (R\$)	100% (R\$)
I	8.250,00	1.650,00	4.950,00	8.250,00
II	11.000,00	2.200,00	6.600,00	11.000,00
III	19.250,00	3.850,00	11.550,00	19.250,00

### PORTARIA N° 2.513, DE 29 DE OUTUBRO DE 2013:

Homologa a contratualização dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas. (PMAQ-CEO).

Serão 20% do valor integral do incentivo financeiro PMAQ-CEO- Competência 05/2013. Esse recurso deve ser repassado para os municípios aproximadamente 30 dias após a publicação.

### Homologação

Os CEOs que fizerem a adesão serão monitorados por meio de indicadores de produção, de gestão, de processo de trabalho e satisfação do usuário, de acordo com o tipo de

Centro (I, II ou III). Com isso, um centro odontológico tipo I, que recebe hoje R\$ 8.250,00 vai receber R\$ 9.900,00. Já os CEOs tipo II vão passar a receber R\$ 13.200,00 e as unidades tipo III saíram de R\$ 19.250,00 para R\$ 23.100,00. Após avaliação externa, o centro poderá ampliar para 60% ou para 100% o incentivo, manter os 20% ou perdê-lo. Até o final de 2014 há previsão de investir R\$ 19 milhões nos centros odontológicos de todo País. O processo de avaliação será realizado até o final de abril (Brasil, 2014).

Análise Da Qualidade Da Gestão Do Atendimento No Programa Brasil Sorridente No Hospital Universitário  
João De Barros Barreto, Na Cidade De Belém-Pa.  
Andréa Lisbôa Sisnando

## **CAPÍTULO II - METODOLOGIA**

### **2. METODOLOGIA**

O presente trabalho é fundamentalmente um estudo de caráter descritivo trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória e tipicamente de campo, caracterizando-se como um estudo de caso.

#### **2.1 Caracterizações da Pesquisa**

O método estatístico se utiliza das probabilidades da teoria estatística para demonstrar a realidade, esta pesquisa aplica também o método de estudo de caso para a obtenção dos seus objetivos. Medeiros (2010) define estudo de caso, ou método monográfico, como o método que “parte de acontecimentos particulares (empresas, instituições, grupos sociais) para obter generalizações”.

Quanto ao objeto, esta pesquisa é de campo (ciências sociais) e bibliográfica (textos para pesquisa), classificação definida por Medeiros (2010). Aprofundando os conceitos, define-se pesquisa de campo como aquela cujo objetivo é obter informações e/ou conhecimentos a respeito de um problema para o qual se procura uma resposta, ou ainda, de uma hipótese que se queira comprovar, e, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles, como define Marconi & Lakatos (2010).

Os mesmo autores também asseguram que “pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novas enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”, portanto, é prioritária neste trabalho a qualidade do acervo utilizado. Esta pesquisa terá uma abordagem qualitativa, de formar a explorar o comportamento humano, descritiva e indutiva, orientada ao processo, assumindo uma realidade dinâmica e com resultados que se aplicarão aos objetos que pertencerem ao grupo da instituição analisada (Costa & Costa, 2009).

Os dados primários foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica em livros, artigos, dissertações, teses e materiais disponíveis em sites na internet. Visto que, o estudo de

caso proporciona uma análise holística, considerando a empresa estudada como um todo, com o objetivo de compreendê-la em seu próprio termo.

Os dados secundários foram obtidos mediante a aplicação de questionários previamente elaborados, com perguntas relacionadas à área de administração (gestão qualidade), realizada pessoalmente pelo pesquisador. A análise dos questionários foi realizada utilizando-se métodos com caráter qualitativo e quantitativo.

Trata-se de uma pesquisa cuja abrangência teve como alvo clientes externos (usuários) e internos (funcionários) utiliza CEOs - HJBB.

O Trabalho foi apresentado ao Coordenador do Brasil Sorridente do HJBB através de uma reunião organizada. A Coordenação do Brasil Sorridente em conjunto com a Direção Geral do HJBB autorizaram a realização da mesma após apreciação e aprovação da pesquisa.

• O desenvolvimento do estudo baseou-se:

1) Na coleta de dados secundários:

Portarias que tratam da reorganização do sistema de atenção de media complexidade;

Documentos relativos ao projeto Brasil Sorridente;

Normas de implantação e documentos relativos aos fluxos de clientes CEOs

Protocolos de referência e contra referência de Caxias;

Dissertações, teses, periódicas e livros relacionados ao tema;

Documentos do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) selecionado para o estudo no CEO - HJBB.

2) Na coleta de dados primários, através de entrevistas, com aplicação de questionários semi-estruturados:

a) as profissionais de odontologia;

b) gestor;

c) Usuários do CEO – HJBB.

O CEO - HJBB foi escolhido tendo em vista ser uma referencia de atendimento no Estado do Pará, tipo III, para área de media e alta complexidade. Possuindo 7 (sete) cadeiras para atendimento da especialidades, mais 3 (três) aparelhos de exames radiológicos, 1 (um) aparelho de raio x panorâmico cobrindo todas as especialidades e um Laboratório de Prótese Dentária.

Os dados coletados foram tabulados utilizando-se o programa Microsoft Office Excel e submetidos à análise estatística qualitativa, tratamento estatístico dos dados foi realizado através do Pacote Estatístico SPSS 19.0 e pelo teste do Qui-quadrado.

## **2.2 Lócus da Pesquisa**

O objeto da pesquisa está localizado no Centro de Especialidades Odontológicas do Hospital Universitário João Barros Barreto, do Tipo III, no município de Belém do Pará. Em 2010, o serviço de odontologia do HJBB foi credenciado pelo Ministério da Saúde como Centro de Especialidades Odontológicas.

O CEOs HJBB é Constituído por 17 dentistas que atuam na área das especialidades de dentística, periodontia, endodontia, implantodontia, prótese, odontopediatria, disfunção temporomandibular, cirurgia bucomaxilofacial e ortodontia, 1 gestor e 2 Atendente de consultório.

## **2.3 Seleções da Amostra**

A amostra foi composta 100 clientes adultos atendidos no CEO – HJBB, 12 dentistas e 1 gestor, no mês de Novembro de 2014.

A abordagem aos usuários foi realizada na sala de espera da instituição, após o atendimento odontológico, sendo conduzida por 3 pesquisadores previamente treinados. A amostra foi de conveniência, ou seja, composta por pessoas que estavam na sala de espera e se dispuseram a participar da pesquisa. Como, em media, cerca de 500 clientes/mês são atendidos nessa instituição, a amostra foi constituída de aproximadamente 20% do numero total de usuários, ou seja, 100 usuários, durante o mês de Novembro de 2014.

Para os dentistas e o gestor foram realizadas entrevistas com aplicação de questionários, que foi utilizado para coleta de dados no estudo, sendo conduzida por uma única pesquisadora. Previamente, após explicação do objetivo, do método, da garantia de confidencialidade dos dados e da possibilidade de desistência em qualquer etapa da pesquisa,

foram convidados a participar do estudo, sendo solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice - 04).

Dos 17 dentistas presente no CEO – HJBB, 3 dentistas estavam em Período de Licença para Tratamento de Saúde ou licença maternidade durante esta pesquisa e 2 se recusaram a participar da mesma.

## **2.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Os critérios de inclusão foram clientes maiores de 12 anos, com ausência de dificuldades de comunicação ou neuromotoras, sem restrição de gênero e idade, que foram pelo menos uma vez atendido no CEO HJBB - PA, os dentistas que trabalham nesta unidade e o gestor. A participação deu-se após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Indivíduos que não concordaram em participar do estudo e os ausentes no dia do exame foram excluídos.

## **2.5 Instrumentos Utilizados na Coleta de Dados**

Questionários elaborados e adaptados de pesquisas, embasados na literatura específica de Gestão de qualidade, com perguntas objetivas relacionadas com a área de gestão. Os questionários foram previamente validados com a aplicação em 10% da amostra. As respostas foram anotadas no momento, permitindo uma maior precisão e veracidade das informações, evitando-se dessa forma, distorções nas respostas. O instrumento de pesquisa foi aplicado de acordo com a conveniência de cada sujeito e adaptado para cada classe profissional investigada.

O questionário foi elaborado e destinados aos usuários/clientes, gestor e profissionais/colaboradores, levando em consideração o diferente grau de entendimento dessas categorias. E para tanto, existiu a necessidade de definição das dimensões da qualidade da assistência a serem estudadas.

Para definição destas dimensões teve-se como referência a análise de estudo como referencial teórico a proposta de Donabedian (1988), que propõe que as avaliações em saúde

tenham como eixos para sua realização as análises de estrutura, processo e resultado. Desta forma, esta pesquisa estudou um dos resultados na atenção à saúde que é a satisfação dos usuários através da avaliação da estrutura (condições oferecidas pelas unidades de saúde) e processo de trabalho (ação e inter-relação humana na atenção à saúde do usuário).

A metodologia foi aplicada, levando em consideração:

**.Agilidade no atendimento** (Prestabilidade) – refere-se no desejo de ajudar os clientes/usuários, fornecendo-lhes um serviço com pontualidade;

**.Garantia de que os serviços serão processados com habilidade requerida;**

**.Confiabilidade** – diz respeito à forma correta e precisa como serão realizados os serviços prometidos, uma vez acessados;

**.Qualidade no atendimento** (Empatia) – significa a atenção individualizada com que os usuários são atendidos;

**.Qualidade do serviço** (Garantia ou Segurança) - relaciona-se no adequado conhecimento dos executores dos serviços/funcionários para bem realizados, aliada à cortesia e à habilidade do seu desempenho, inspirando responsabilidade e conquistando a confiança dos usuários.

**.Adequação das instalações físicas e do ambiente de execução dos serviços** (Tangibilidade)- refere-se à aparência das instalações físicas, dos equipamentos, mas também das pessoas e dos materiais de comunicação com os usuários.

## 2.6 Coletas de Dados

Os Gestores de Saúde Bucal e usuários do serviço odontológico e dentista que trabalham no CEO.

A pesquisa junto ao Gestor de Saúde Bucal do Centro Especialidades do HJUBB foi realizada através de questionário estruturado contendo 18 questões Fechadas e Abertas (Apêndice -03). O plano de coleta de dados deu-se através de agendamento prévio com o gestor de saúde e não houve critérios de inclusão e/ou exclusão.

O questionário direcionado ao gestor foi distribuído por agendamento prévio junto e após duas semana foi entregue ao pesquisador. Quando havia necessidade de alguma complementação sobre os dados o gestor relatava em visitas posteriores, previamente agendadas.

Anteriormente à distribuição do questionário direcionado aos dentistas foram realizadas visitas previamente agendadas com estes profissionais da área odontológica para

que fossem detectadas possíveis falhas na elaboração das perguntas do referido questionário, este foi elaborado com 16 questões (Apêndice - 02).

A pesquisa de campo foi realizada junto aos usuários do serviço odontológico do CEO – HJUBB, o questionário era estruturado contendo 22 questões (Apêndice – 01). Foram selecionados cem clientes, que estavam realizando ou finalizando tratamento odontológico quando da realização da entrevista, objetivo de se evitar que variáveis externas, como opinião de outros usuários interferissem de uma maneira ou de outra na percepção da qualidade de atendimento dos usuários, foram selecionados os atendimentos realizados nos dias de segunda, quarta e sexta pela manhã. Em consequência serem os dias e os horários de maior fluxo de cliente CEO – HJUBB.

Os usuários foram selecionados através de uma relação fornecida pelos profissionais (dentistas) que estavam realizando os tratamentos odontológicos. Os dentistas não influenciaram na escolha da amostra, apenas alertaram quando algum destes usuários apresentava dificuldade cognitiva ou algum problema mental mais acentuado, razão pela qual não eram entrevistados (critério de exclusão).

A coleta de dados foi realizada em apenas uma etapa, no período de Novembro 2014, durante o horário matutino e vespertino, de segunda à sexta, no horário de expediente dos profissionais (gestor, dentistas e colaboradores internos).

Foram realizadas seis visitas ao CEO do HJUBB, três por semana, para a realização das entrevistas. Foram entrevistas individuais realizadas em local privado na sala de espera e antes do início da mesma era explicada, em uma linguagem acessível, qual a finalidade da pesquisa e se os mesmos gostariam de participar, A coleta de dados foi realizada mediante decisão informada e aceitação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram informados que os seus nomes seriam mantidos em total sigilo e a pesquisa não representava nenhum risco para os mesmos. Dentre os selecionados, quinze recusaram a participar. Cada entrevista demorou em média cerca de quinze minutos para responder 22 perguntas do questionário.

Antes do início da pesquisa houve a necessidade prévia da autorização do Hospital Universitário João Barros Barreto. Para tal fim foi redigido um documento, onde constavam dados completos do pesquisador, a finalidade da pesquisa, como esta seria realizada e o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) assinado por todos os elementos que participaram da pesquisa.

Apenas o pesquisador teve acesso aos dados coletados para a pesquisa. Todos os dados coletados ficarão sob a guarda do pesquisador e os mesmos serão utilizados apenas para a pesquisa.

## **2.7 Tratamento e Análise de Dados**

Os dados estatísticos da pesquisa foram realizados através do Pacote Estatístico SPSS 19.0 e apresentados através de tabelas e figuras e o tratamento estatístico dos dados, onde se adotou a estatística descritiva através dos índices absolutos e relativos para caracterizar os dados qualitativos, e a estatística inferencial através do teste do Qui-quadrado para comparar a prevalência nas variáveis qualitativas, tanto para a amostra constituída pelos dentistas como pelos clientes investigados na pesquisa. Adotou-se um nível de significância para as inferências estatísticas de  $p \leq 0,05$ .

## **2.8 RISCO E BENEFÍCIO**

Os principais riscos decorrentes resultante da pesquisa, relacionados ao HJBB foi à possível exposição destes à comunidade em geral, com suas vulnerabilidades administrativas e de gestão. No entanto, estes riscos foram diminuídos pelo pesquisador, através da manutenção da identidade da instituição e dos entrevistados, em sigilo absoluto.

Outro risco possível estava relacionado à exposição da identidade dos sujeitos fontes da informação, o que se controlou através do sigilo absoluto de suas identidades.

Ressalta - se aqui, que a pesquisa sem dúvida proporcionou benefícios importantes à comunidade, pois mediante as informações colhidas e os aspectos abordados, se chegou a conclusões importantes, que certamente podem servir e auxiliar no processo de revisão e de gestão dessa organização, já que foi dado um relatório de resposta à instituição envolvida, acerca daquilo que foi observado na avaliação.

Análise Da Qualidade Da Gestão Do Atendimento No Programa Brasil Sorridente No Hospital Universitário  
João De Barros Barreto, Na Cidade De Belém-Pa.  
Andréa Lisbôa Sisnando

### **CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **3.1 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A amostra da pesquisa foi constituída por 1 (um) Gestor, 12 (doze) dentistas e 100 (cem) clientes do Centro Especializado em Odontologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

O Gestor investigado informou que não existe oferta de consulta e exames especializados para suprir as necessidades dos clientes; existe protocolo clínico para organizar a fila de espera; que o único recurso de informática e de comunicação disponível no setor do Hospital é um computador ligado à internet; que há planejamento de oferta de medicamento, insumo e de material usado (kits de exame); que há controle de estoque de medicamentos e de insumos; que há manutenção regular dos equipamentos utilizados; que é Boa a sua relação interpessoal com os dentistas; que o gestor não tem algum conhecimento sobre gestão; que há planejamento estratégico na gestão; que o gestor atua na elaboração do planejamento estratégico; que o planejamento estratégico é apenas parcialmente definido e aplicado; que os objetivos financeiros integram o Planejamento Estratégico e são claros apenas de forma parcial; que o CEO-HUJBB recebe regularmente seus recursos mensais de custeio; que a missão/visão não está definida em objetivos; que não se verifica regularmente como os clientes percebem o atendimento CEO-HUJBB se necessários; e que a estrutura administrativa é parcialmente ágil para os objetivos.

A tabela 3 mostra as características profissionais da amostra integrada por dentistas investigados na pesquisa, indicando a prevalência destas informações, através dos índices absolutos e relativos, além da comparação das prevalências através do teste do Qui-quadrado.

**Tabela 3** - Características descritiva da amostra de dentistas (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado).

Variável	Prevalência			Comparação		
	Feminino	Masculino		x <sup>2</sup>	p	
Gênero	4 (33,3%)	8 (66,7%)		1,33	0,25	
Você se sente motivado para trabalhar no Brasil Sorridente HUIBB?	Sim			---	---	
	12 (100,0%)					
Como é sua relação interpessoal com seu gestor?	Bom	Ótimo	Excelente			
	2 (16,7%)	3 (25,0%)	7 (58,3%)	3,50	0,17	
Você tem acessibilidade para opinar para melhoria no trabalho?	Sim			---	---	
	12 (100,0%)					
Os equipamentos necessários ao seu trabalho estão sempre disponíveis para o tratamento?	Sim	Não				
	10 (83,3%)	2 (16,7%)		5,33	0,02*	
Como você avalia sua relação interpessoal com clientes?	Bom	Ótimo	Excelente			
	3 (25,0%)	3 (25,0%)	6 (50,0%)	1,50	0,47	
Qual é a sua avaliação do gestor em um contexto geral?	3	1	8			
	25,5	8,3%	66,7%	6,50	0,04*	
Seu ambiente é confortável e seguro para dentista e cliente?	2	6	4			
	16,7%	50,0%	33,3%	2,00	0,37	
Os equipamentos do CEO-HUIBB recebem manutenção constante?	Sim	Não				
	10 (83,3%)	2 (16,7%)		5,33	0,02*	
As responsabilidades são claramente definidas e cobradas?	Sim			---	---	
	12 (100,0%)					
A coordenação é compreendida e aceita pelos funcionários?	12			---	---	
	100%					
A estrutura administrativa é ágil para os objetivos?	Sim	Não				
	5 (41,7%)	7 (58,3%)		0,33	0,56	
Como estão organizadas as agendas?	Demanda espontânea e programada			---	---	
	12 (100,0%)					
O CD participa das reuniões com gestores HUIBB?	Sim	Não				
	10 (83,3%)	2 (16,7%)		5,33	0,2*	
Qual a periodicidade destas reuniões?	Mensal	Outra				
	3 (25%)	9 (75%)		3,00	0,08	
Qual é o produto destas reuniões?	Planej.	Prior.	Integ.	Aval.	Casos	
	6	3	1	1	1	
	50%	25,05	8,3%	8,3%	8,3%	
Que nota você daria para o trabalho desenvolvido HUIBB?	6 a 8		9 a 10			
	4 (33,3%)		8 (66,7%)		1,33	0,25

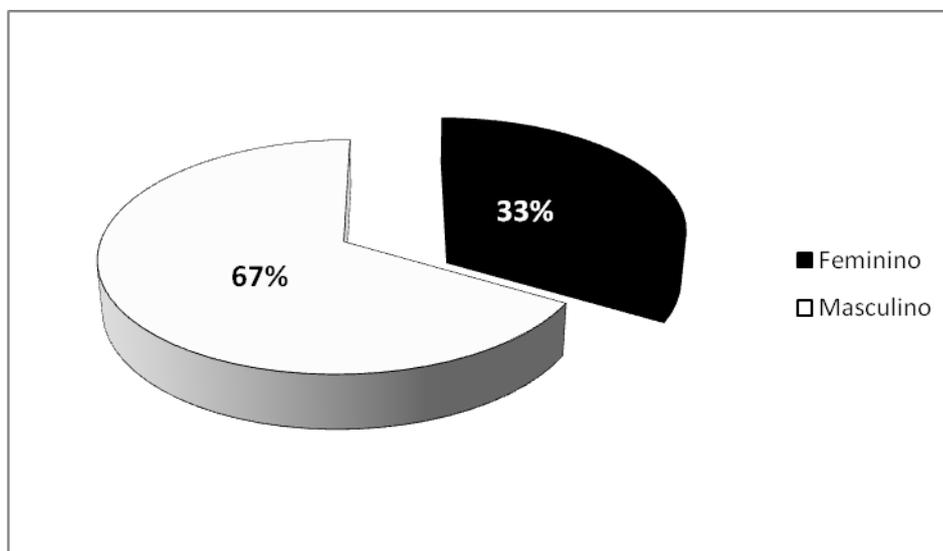
Na tabela 3 se pode constatar que a amostra investigada, quanto ao tratamento de seus clientes, de dentistas atendentes no CEO-HUIBB mostrou uma prevalência discretamente superior de sujeitos do gênero masculino; que considera excelente sua relação interpessoal com seu gestor; avaliam como excelente sua relação interpessoal com clientes; consideram ótimo o ambiente, confortável e seguro para o dentista e o cliente; consideram que a estrutura

administrativa não é ágil para os objetivos; consideram que o cirurgião dentista participa das reuniões com gestores HUIBB; consideram que a periodicidade das reuniões do setor é outra que não a mensal e que o principal produto destas reuniões é o planejamento interno do setor; e aplicam ao trabalho desenvolvido no CEO-HUIBB uma nota entre 9 e 10.

É possível ainda se notar, que a maioria significativa dos dentistas do setor considera que os equipamentos necessários ao seu trabalho estão sempre disponíveis para o tratamento dos clientes; tem como excelente sua avaliação do gestor em um contexto geral; considera que os equipamentos do CEO-HUIBB recebem manutenção constante.

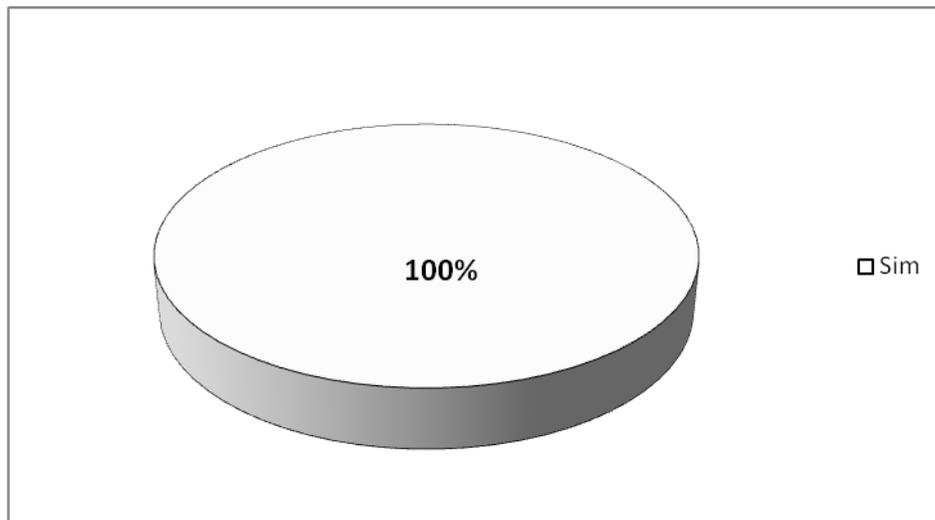
Se pode observar ainda que todos os dentistas investigados se sentem motivados para trabalhar no Brasil Sorridente HUIBB; tem acessibilidade para opinar para melhoria no trabalho; consideram que as responsabilidades são claramente definidas e cobradas; que a coordenação é compreendida e aceita pelos funcionários; e consideram que as agendas estão organizadas através de uma demanda espontânea e programadas.

Na figura 3 se pode constatar a discreta maior prevalência de sujeitos do gênero masculino entre os dentistas da amostra.



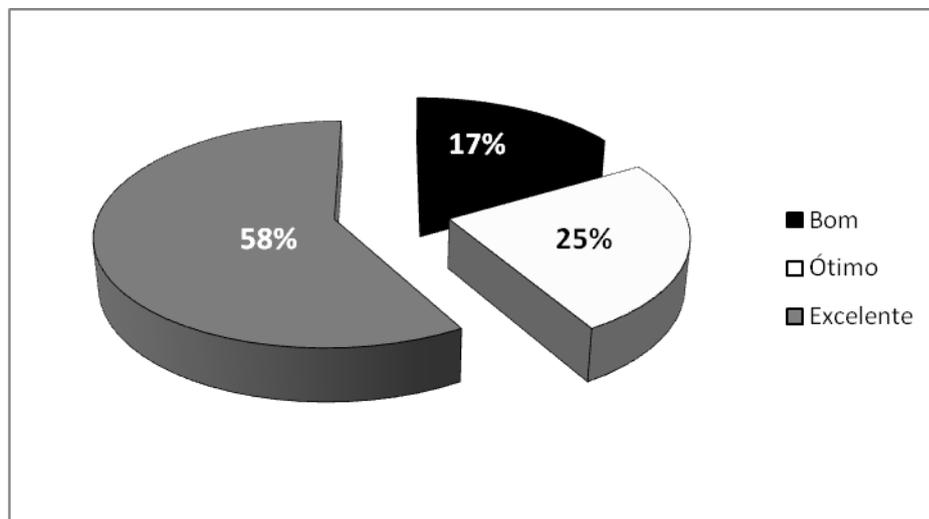
**Figura 3 - Prevalência amostral do gênero entre os dentistas da amostra**

Na figura 4 se pode constatar que todos os dentistas da amostra se sentem motivados para trabalhar no Brasil Sorridente do Hospital Universitário João de Barros Barreto.



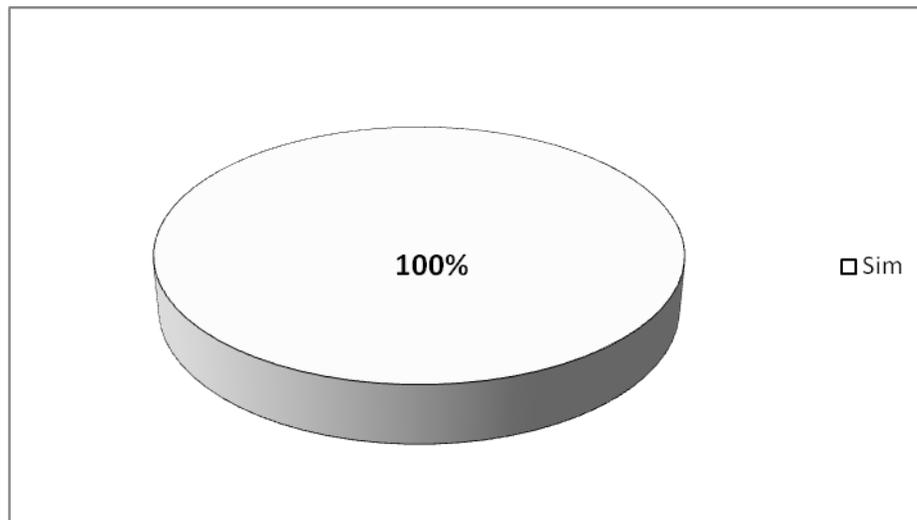
**Figura 4 - Prevalência amostral quanto à motivação para trabalhar no programa entre os dentistas da amostra.**

Na figura 5 se pode constatar a discreta maior prevalência de dentistas que consideram sua relação interpessoal com o gestor, excelente.



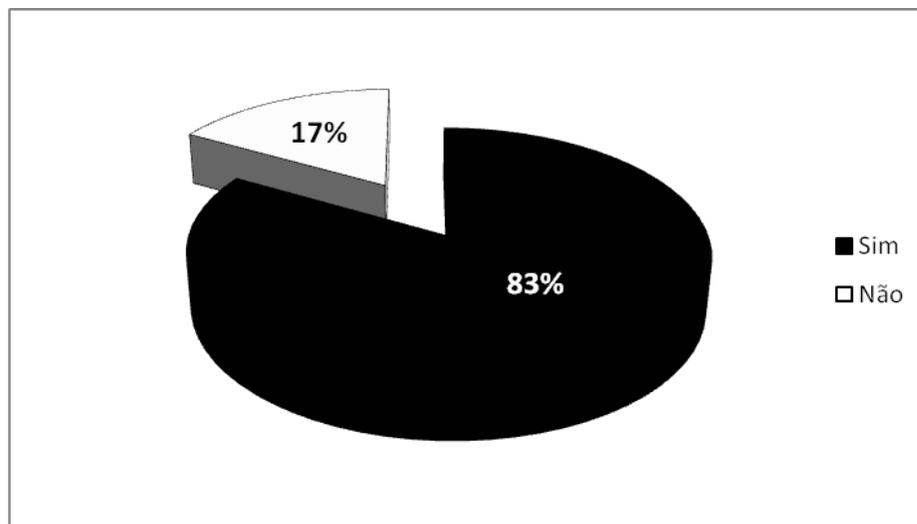
**Figura 5 - Prevalência amostral do nível do relacionamento entre os dentistas da amostra e seu gestor.**

Na figura 6 se pode constatar que todos os dentistas da amostra tem acessibilidade para opinar para melhoria no seu trabalho.



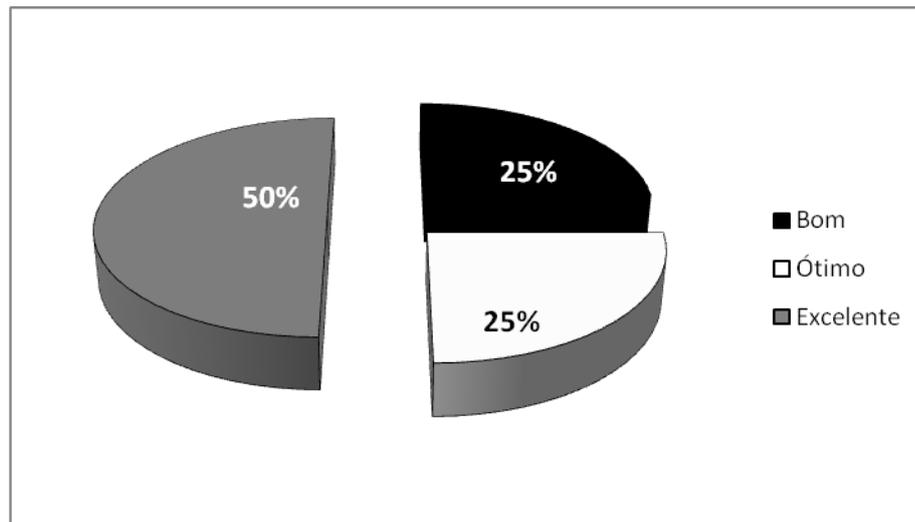
**Figura 6 - Prevalência amostral entre os dentistas da amostra quanto à acessibilidade para opinar para a melhoria de seu trabalho.**

Na figura 7 se pode constatar a significativa maior prevalência de dentistas da amostra que consideram os equipamentos estarem sempre disponíveis para seu trabalho.



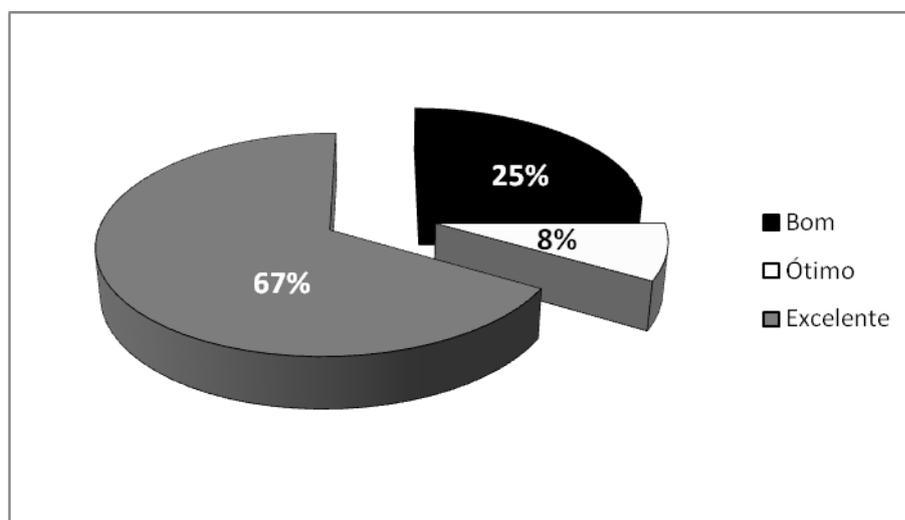
**Figura 7- Prevalência amostral entre os dentistas quanto à disponibilidade dos equipamentos para os tratamentos.**

Na figura 8 se pode constatar a discreta maior prevalência de dentistas que consideram sua relação interpessoal com os seus clientes, excelente.



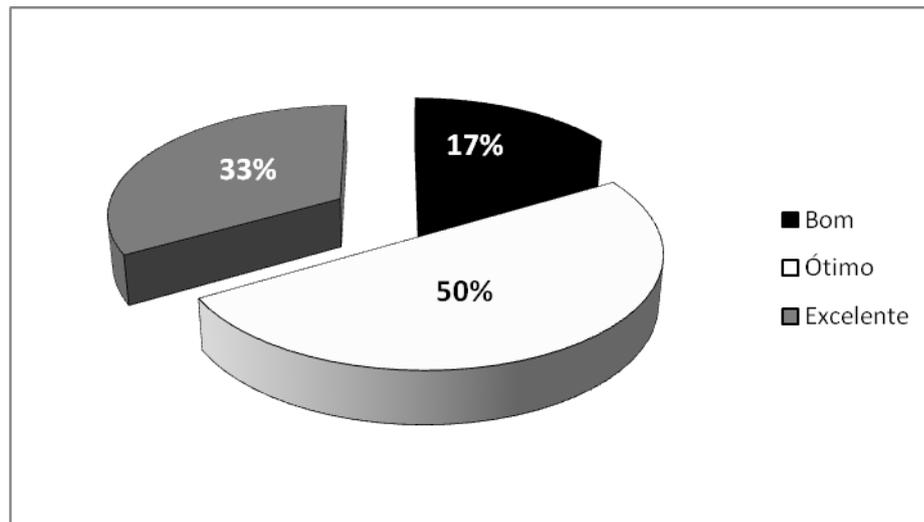
**Figura 8 - Prevalência amostral do nível do relacionamento entre os dentistas da amostra e seus clientes.**

Na figura 9 se pode constatar a significativa maior prevalência de dentistas que consideram seu gestor, excelente.



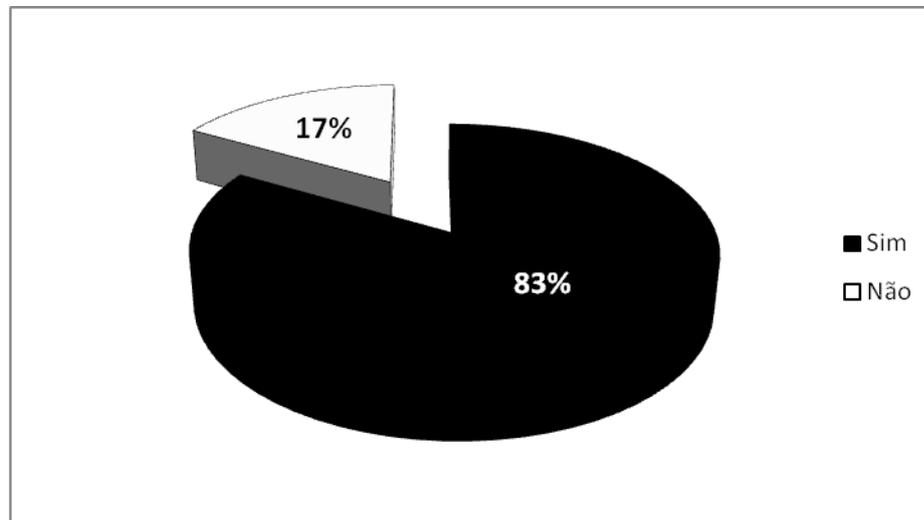
**Figura 9 - Prevalência amostral da avaliação dos dentistas da amostra sobre seu gestor em um contexto geral.**

Na figura 10 se pode constatar a discreta maior prevalência de dentistas que consideram confortável e seguro para si e para o cliente o ambiente de trabalho.



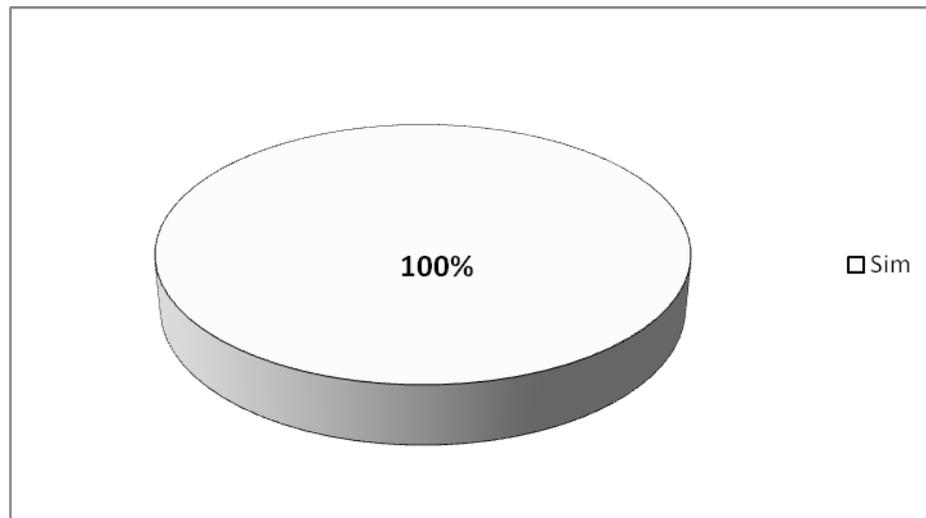
**Figura 10 - Prevalência amostral quanto à percepção entre os dentistas do conforto e segurança para o dentista e o cliente no tratamento.**

Na figura 11 se pode constatar a significativa maioria entre os dentistas da amostra que consideram haver manutenção constante nos equipamentos de trabalho.



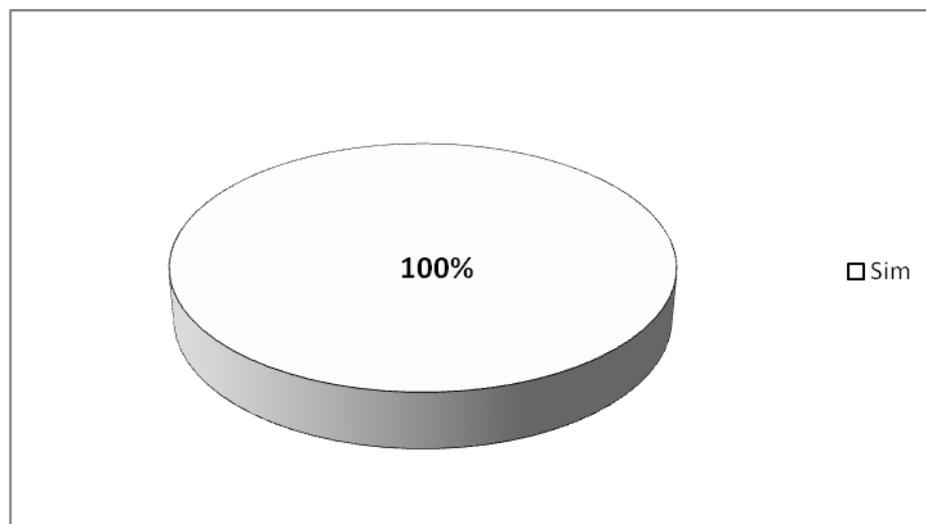
**Figura 11 - Prevalência amostral entre os dentistas quanto à percepção sobre a manutenção constante dos equipamentos de trabalho.**

Na figura 12 se pode constatar que todos os dentistas da amostra percebem que as responsabilidades são claramente definidas e cobradas no trabalho.



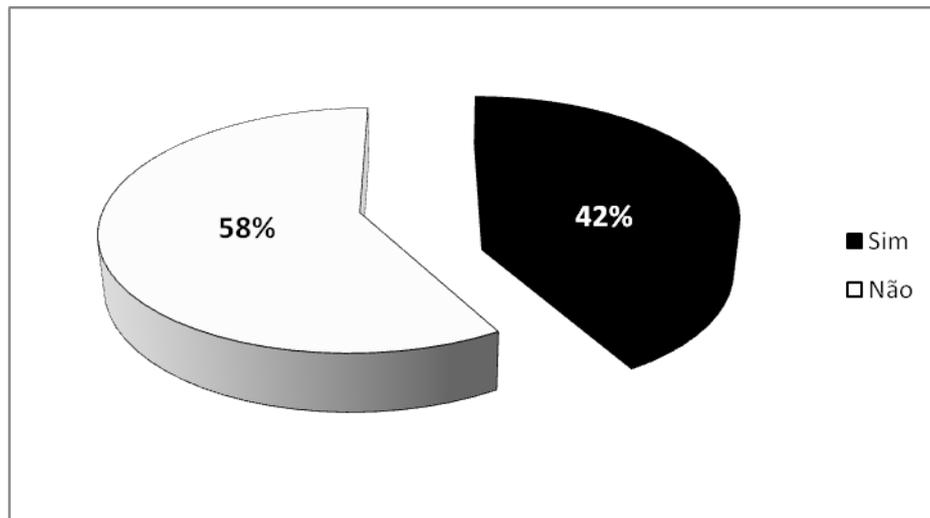
**Figura 12 - Prevalência amostral entre os dentistas da amostra quanto à percepção de as responsabilidades serem claramente definidas no trabalho.**

Na figura 13 se pode constatar que todos os dentistas da amostra percebem que sua coordenação é aceita e compreendida pelos funcionários do setor.



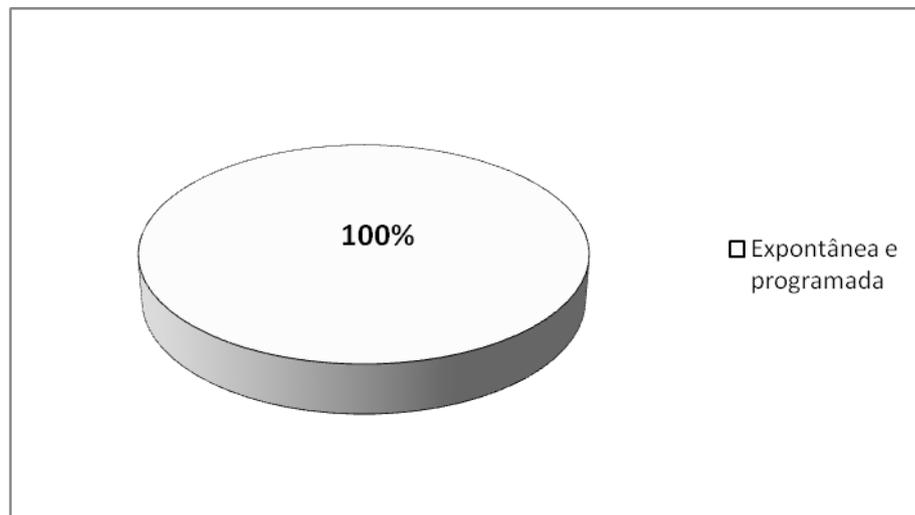
**Figura 13 - Prevalência amostral entre os dentistas da amostra quanto à percepção de que a coordenação é compreendida e aceita entre os funcionários.**

Na figura 14 se pode constatar a discreta maioria entre os dentistas da amostra que consideram que a estrutura administrativa não é ágil para os objetivos propostos no setor.



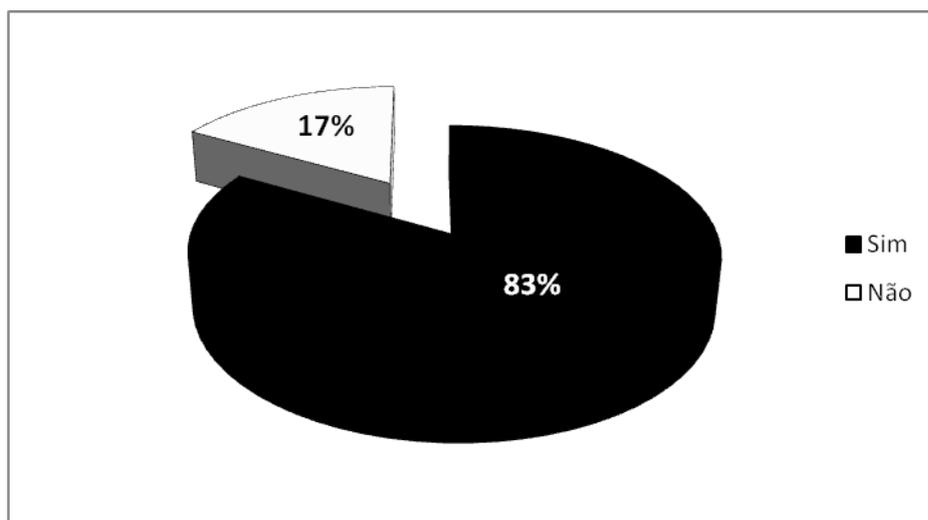
**Figura 14 - Prevalência amostral entre os dentistas quanto a percepção da estrutura administrativa ser ágil**

Na figura 15 se pode constatar que todos os dentistas da amostra percebem que as agendas estão organizadas através da demanda espontânea e programada.



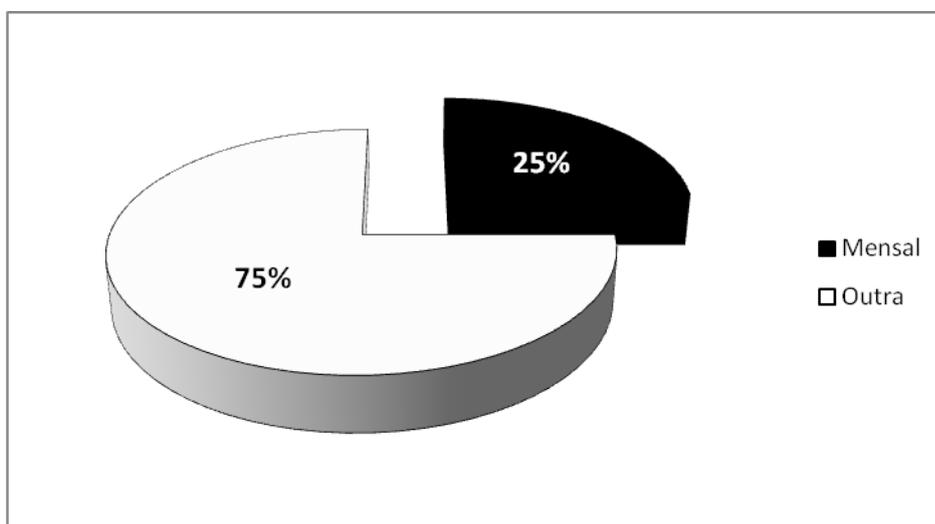
**Figura 15 - Prevalência amostral entre os dentistas da amostra quanto à percepção de como as agendas do setor estão programadas.**

Na figura 16 se pode constatar a significativa maioria entre os dentistas da amostra considera que o cirurgião dentista participa das reuniões com gestores do Hospital.



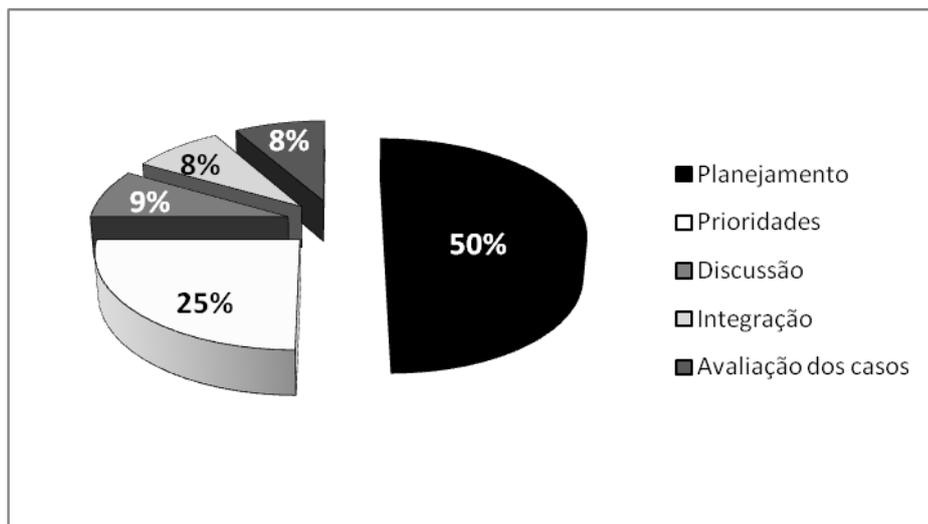
**Figura 16 - Prevalência amostral entre os dentistas quanto à participação do CD às reuniões com os gestores do hospital.**

Na figura 17 se pode constatar a discreta maioria entre os dentistas da amostra considera que as reuniões do setor ocorrem com outra periodicidade que não a mensal.



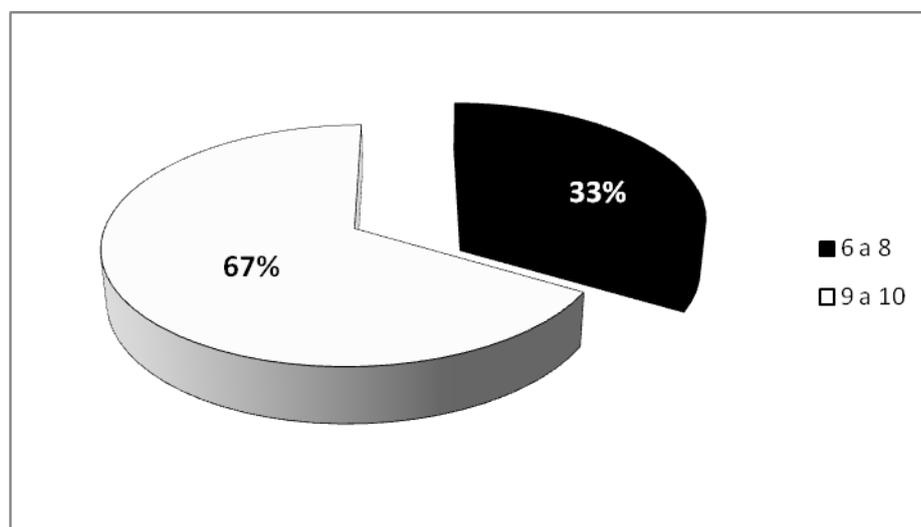
**Figura 17 - Prevalência amostral entre os dentistas quanto à periodicidade das reuniões do hospital.**

Na figura 18 se pode constatar a discreta maior prevalência de dentistas que considera que o produto principal das reuniões do setor, no hospital, é o planejamento das atividades.



**Figura 18 - Prevalência amostral quanto à percepção dos produtos das reuniões do setor.**

Na figura 19 se pode constatar a discreta maioria entre os dentistas da amostra aplica uma nota equivalente a 9 a 10 para o trabalho do setor no hospital.



**Figura 19 - Prevalência amostral entre os dentistas quanto à nota atribuída ao trabalho do gestor.**

A amostra de **clientes** foi constituída por 100 sujeitos de ambos os gêneros.

A tabela 4 mostra as percepções dos clientes acerca do atendimento desenvolvido em seus tratamentos no CEO-HUJBB, através dos índices absolutos e relativos, além da comparação das prevalências através do teste do qui-quadrado.

**Tabela 4** - Percepção dos clientes sobre o atendimento no CEO (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado).

Variáveis	Prevalência							Comparação		
	Anal f	Fund.		Méd.		Sup.		Pós	x <sup>2</sup>	p
		I	C	I	C	I	C			
Nível Escolaridade	2 2,0%	13 13,1%	21 21,2%	7 7,1%	35 35,4%	7 7,1%	13 13,1%	1 1,0%	71,26	<0,01*
Renda	Nada 6 6,0%	1SM 8 8,0%	1 a 2SM 65 65,0%	2 a 3SM 13 13,0%	3 a 5SM 5 5,0%	5 a 10SM 2 2,0%	+10SM 1 1,0%		216,68	<0,01*
Como teve conhecimento do CEO – Barros Barretos?	Família 9 (9,0%)		Amigos 27 (27%)		Indic. Médica 64 (64,0%)				47,18	<0,01*
Teve acesso fácil ao tratamento no CEO – Barros Barreto?	Sim 82 (82,8%)				Não 17 (17,2%)				42,68	<0,01*
Como avalia o serviço de atendimento do CEO – Barros Barreto?	Excelente 30 30,0%		Ótimo 19 19,0%		Bom 49 49,0%		Ruim 1 1,0%		Péssimo 1 1,0%	
A causa da satisfação no atendimento?	Eficiência e Rapidez 49 49,5%		Cordialidade 20 20,2%		Presteza 9 9,1%		Nenhuma 21 21,2%		35,26	<0,01*
A causa da insatisfação no atendimento?	Demora 31 (32,3%)		Faltas 9 (9,4%)		Nenhuma 56 (58,3%)				34,56	<0,01*
Para melhorar o atendimento é necessário?	Prest. 2 2,3%	Cord. 4 4,6%	Ef. e Rap. 25 28,7%	Q. Serv. 11 12,6%	Q. Amb. 11 12,6%	Out. 34 39,1%			35,90	<0,01*
Os Dentistas/atendentes esclareceram as dúvidas sobre o tratamento/atendimento?	Excelente 53 54,6%		Ótimo 14 14,4%		Bom 28 28,9%		Ruim 2 2,1%		59,41	<0,01*
Você sentiu no tratamento oferecido?	Excelente 55 (56,7%)		Ótimo 14 (14,4%)		Bom 28 (28,9%)				26,87	<0,01*
No atendimento foi respeitada sua opinião e privacidade?	Sim 95 (97,9%)				Não 2 (2,1%)				89,17	<0,01*
Em sua opinião, o ambiente é confiável e higiênico?	Excelente 44 45,4%		Ótimo 14 14,4%		Bom 31 32,0%		Ruim 7 7,2%		Péssimo 1 1,0%	
O tratamento tem conseguido resolver seu problema?	Sim 93 (95,9%)				Não 4 (4,1%)				81,66	<0,01*
Os equipamentos usados sempre estão disponíveis ao seu tratamento?	83 84,7%				15 15,3%				47,18	<0,01*
Os equipamentos usados apresentam higiene satisfatória?	90 92,8%				7 7,2%				71,02	<0,01*
Você voltaria a usar os serviços do CEO – Barros Barreto se necessários?	93 96,9%				3 3,1%				84,38	<0,01*
Você precisou realizar exames complementares?	63 64,3%				35 35,7%				8,00	0,01*
Os exames complementares estão disponíveis na instituição?	70 74,7%				24 25,5%				22,51	<0,01*
O tempo para marcação da primeira consulta foi?	-1 sem. 15 15,3%	-15 dias 35 35,7%	1 a 2 m. 30 30,6%	3 a 9m. 14 14,3%	+1 ano 4 4,1%			32,71	<0,01*	
Intervalo para marcação de	M.Longo	Longo	Médio	Curto	M.Curto					

Análise Da Qualidade Da Gestão Do Atendimento No Programa Brasil Sorridente No Hospital Universitário  
João De Barros Barreto, Na Cidade De Belém-Pa.  
Andréa Lisbôa Sisnando

consultas?	4 4,3%	11 11,7%	37 39,4%	25 26,6%	17 18,1%	34,72	<0,01*
Pontualidade das consultas?	<b>Excelente</b> 16(16,5%)	<b>Ótimo</b> 17(17,5%)	<b>Bom</b> 54(55,7%)	<b>Ruim</b> 10(10,3%)		49,85	<0,01*
Que nota você daria ao CEO – Barros Barreto?	<b>3 a 5</b> 5 (5,2%)	<b>6 a 8</b> 35 (36,5%)	<b>9 a 10</b> 56 (58,3%)			41,06	<0,01*

Na tabela 4 se pode observar que entre os clientes investigados na pesquisa, a maioria significativa tem nível médio completo; renda equivalente a 1 a 2 salários mínimos; conheceu o CEO-HUJBB através de indicação médica; teve acesso fácil ao tratamento no CEO; avalia como bom o serviço de atendimento no CEO; considera a eficiência e a rapidez como o motivo de sua satisfação com seu tratamento; não aponta nenhum motivo para estar insatisfeito com seu tratamento; considera que a eficiência e a rapidez, além de outro motivo podem melhorar o atendimento no CEO; são excelentes os esclarecimentos lhes dados pelos atendentes e dentistas sobre seu tratamento; sentiram excelente o tratamento lhes oferecido; que sua opinião e privacidade foram respeitadas em seu tratamento; considera que o ambiente é ótimo, confiável e higiênico; que o tratamento tem conseguido resolver seu problema; que os equipamentos usados no seu tratamento estão sempre disponíveis para tal, além de apresentarem higiene satisfatória; consideram que voltariam a usar os serviços do CEO se necessitassem; apontam que necessitaram realizar exames complementares para o seu tratamento, e que esses exames estão disponíveis na própria instituição; informam que o tempo médio para marcação da primeira consulta variou entre menos de 15 dias a 1 a 2 meses; que o intervalo para marcação das consultas foi médio; que a pontualidade destas foi boa; e que aplicariam ao CEO uma nota equivalente a 9 a 10.

Na figura 20 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO com nível de escolaridade equivalente ao ensino médio completo.

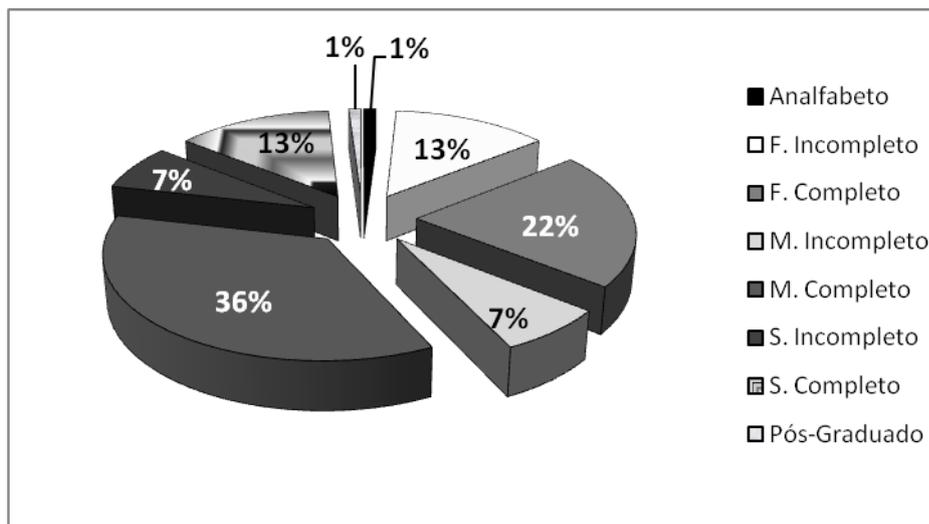


Figura 20 - Prevalência amostral quanto ao nível de escolaridade dos clientes do CEO.

Na figura 21 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO com renda familiar equivalente de 1 a 2 salários mínimos.

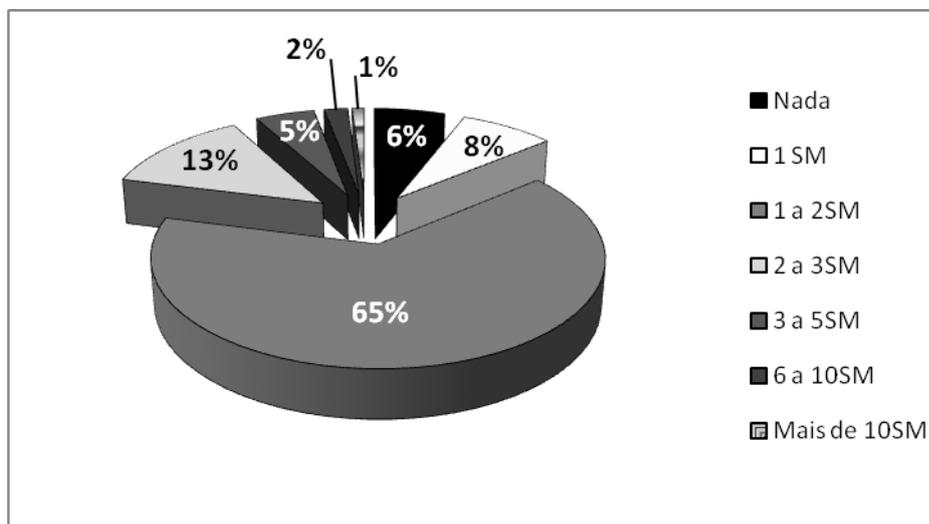
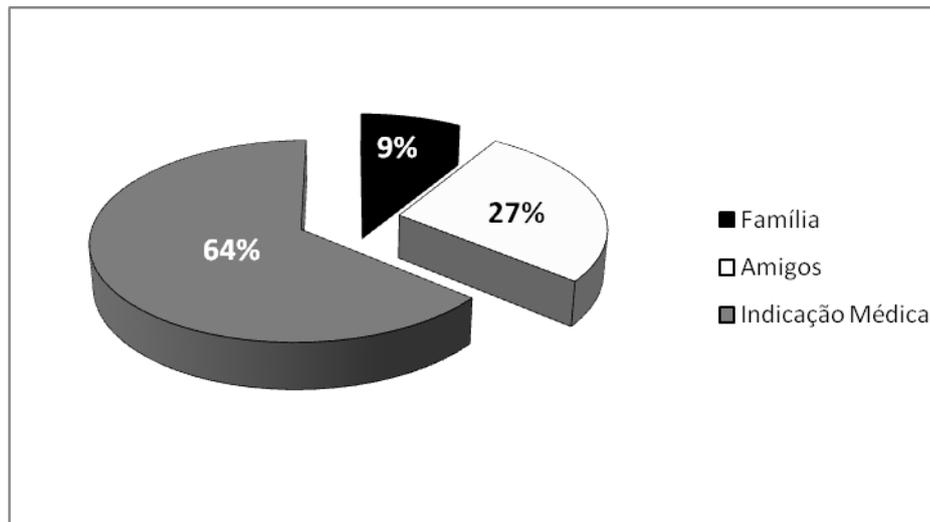


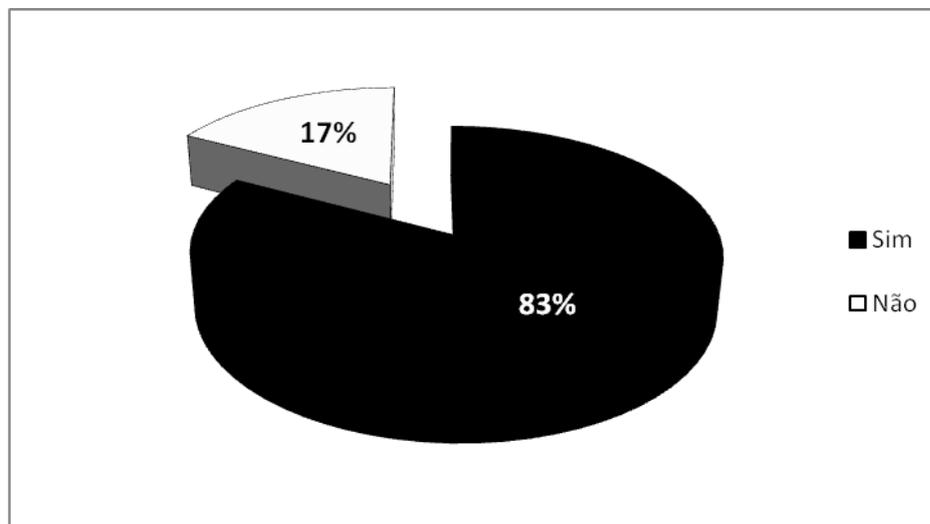
Figura 21 - Prevalência amostral quanto à renda familiar dos clientes do CEO.

Na figura 22 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO que tiveram conhecimento do setor no hospital, através de indicação médica.



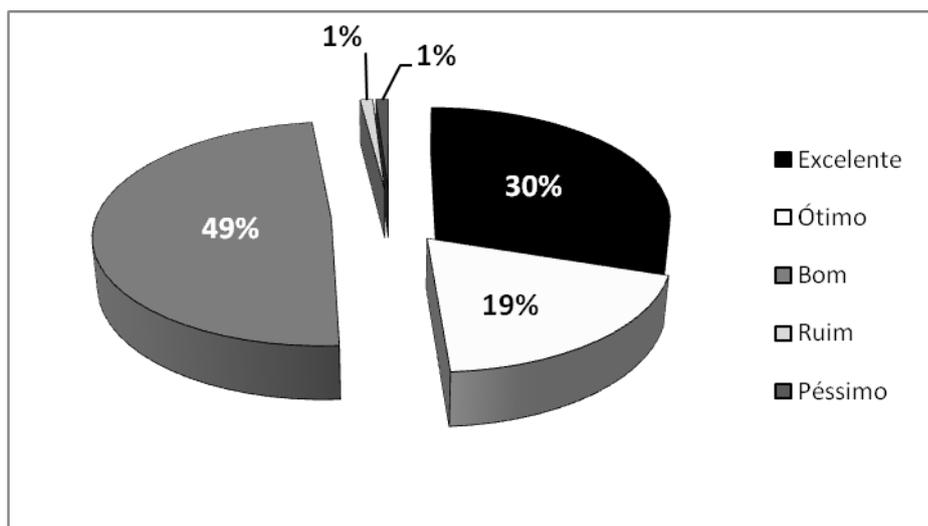
**Figura 22 - Prevalência amostral quanto à forma de conhecimento do atendimento no hospital.**

Na figura 23 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes que tiveram acesso fácil ao tratamento no Centro Especializado de Odontologia do hospital.



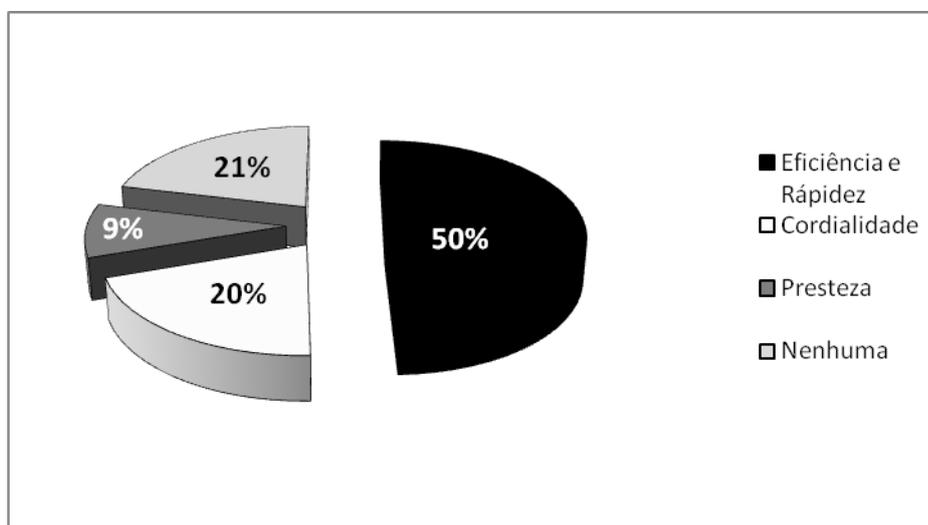
**Figura 23 - Prevalência amostral quanto à facilidade de acesso ao tratamento no CEO do hospital.**

Na figura 24 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO que avaliam o serviço de atendimento no Centro, como bom.



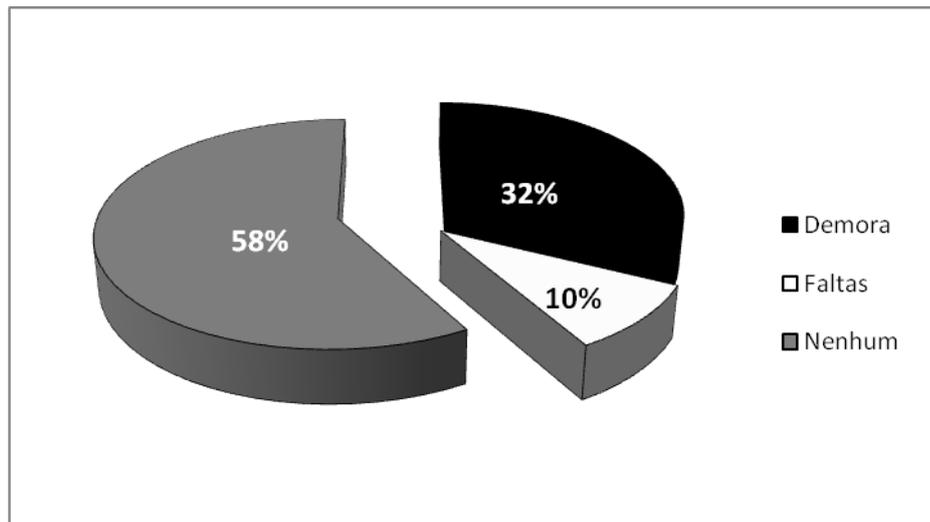
**Figura 24 - Prevalência amostral quanto à avaliação do atendimento no CEO pelos clientes.**

Na figura 25 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO que estão satisfeitos com o atendimento no Centro, por causa da rapidez e eficiência como ocorre seus tratamentos.



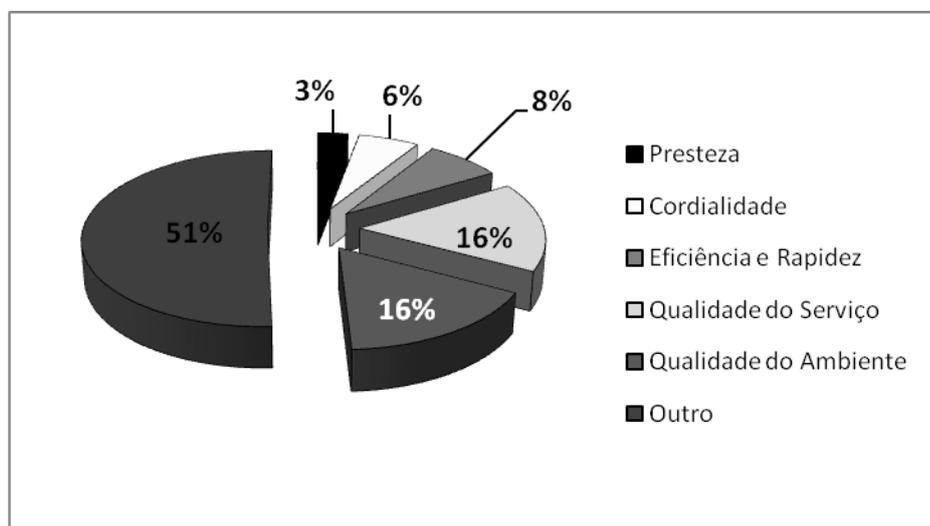
**Figura 25 - Prevalência amostra quanto ao motivo da satisfação com o atendimento no CEO pelos clientes.**

Na figura 26 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO que não encontram nenhum motivo para estarem insatisfeitos com o atendimento recebido no seu tratamento no setor no hospital.



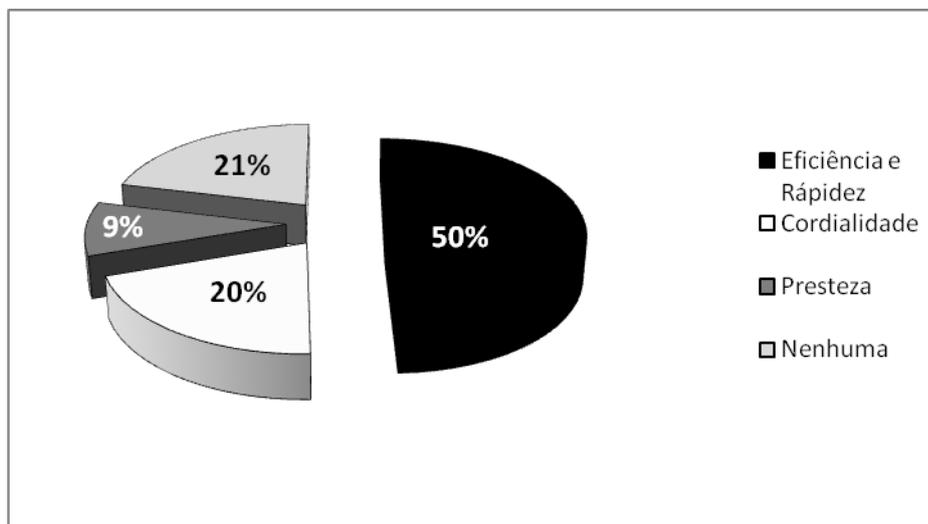
**Figura 26 - Prevalência amostral quanto aos possíveis motivos para uma insatisfação com o atendimento no hospital pelos clientes.**

Na figura 27 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO que apontam outro motivo, diferente dos indicados na pesquisa, para melhorar o atendimento no setor.



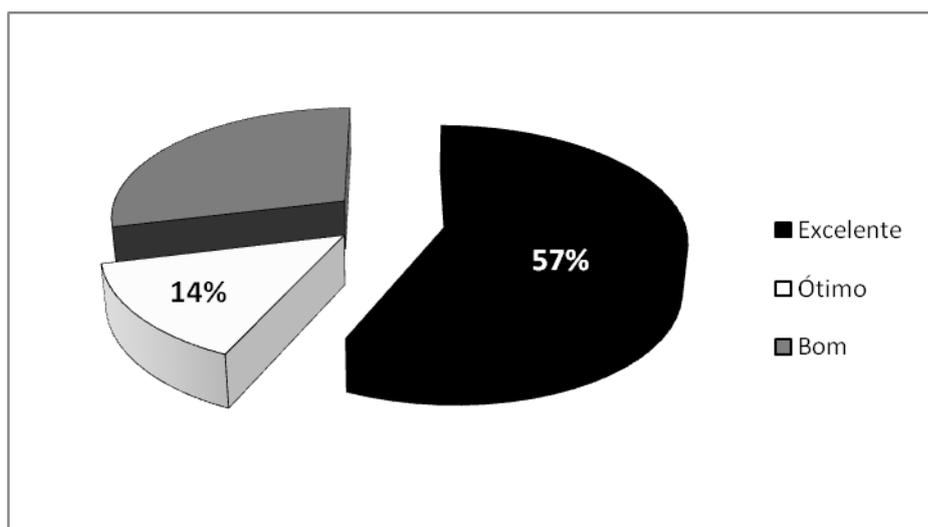
**Figura 27 - Prevalência amostral quanto às sugestões para melhorar o atendimento dos clientes do CEO.**

Na figura 28 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO que consideram excelente os esclarecimentos dados pelos dentistas e atendentes do Centro, relacionados ao seu tratamento.



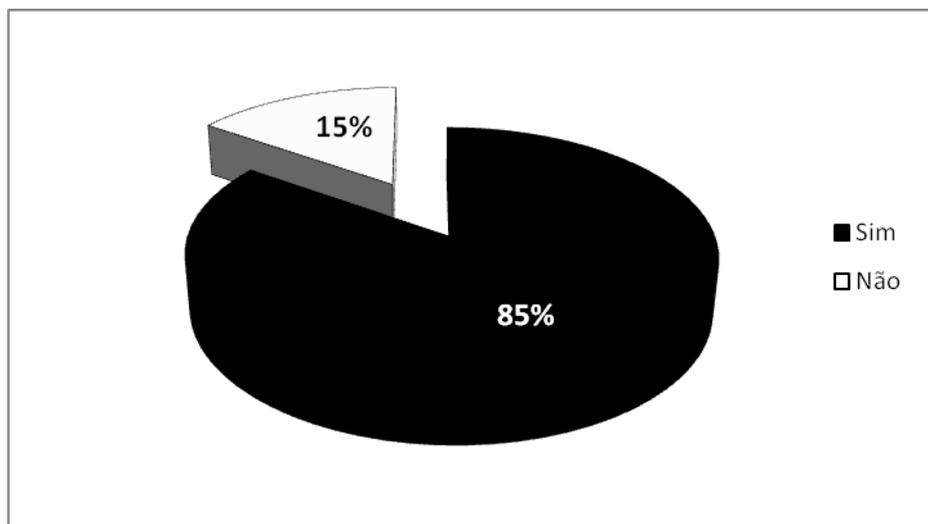
**Figura 28 - Prevalência amostral quanto à qualidade dos esclarecimentos dados pelos dentistas e atendentes do CEO pelos clientes.**

Na figura 29 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO que perceberam como excelente o tratamento recebido no setor do hospital.



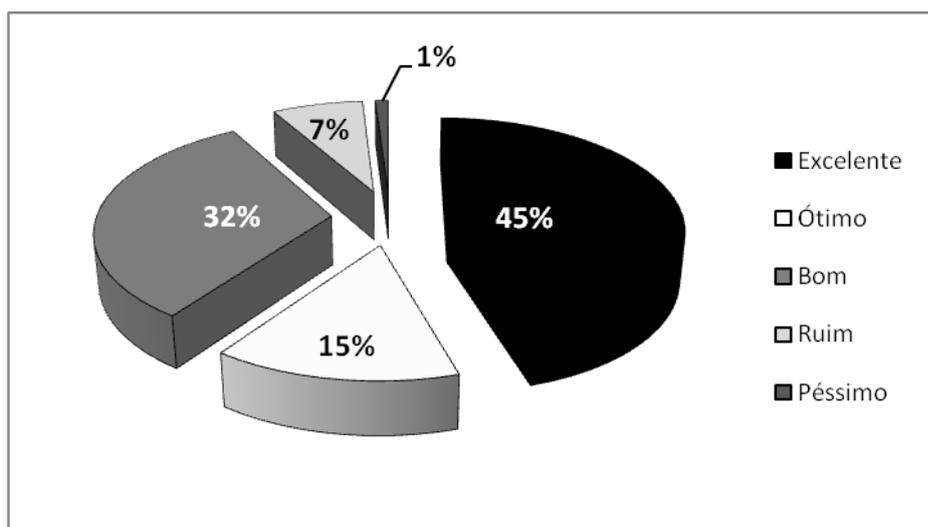
**Figura 29 - Prevalência amostral quanto percepção do atendimento recebido no hospital pelos clientes.**

Na figura 30 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes que tiveram sua opinião e privacidade respeitadas no tratamento no Centro Especializado de Odontologia do hospital.



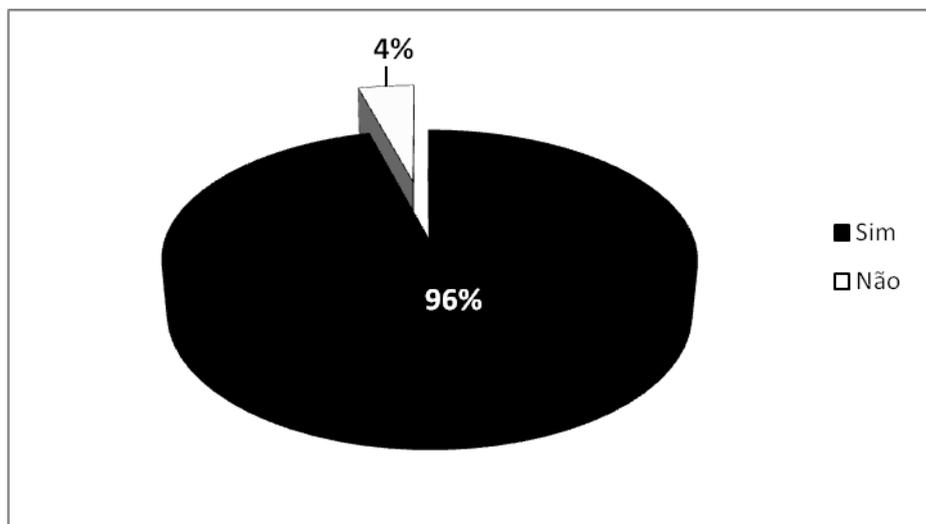
**Figura 30 - Prevalência amostral quanto à percepção de terem sua opinião e privacidade respeitadas no tratamento no CEO do hospital.**

Na figura 31 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO que avaliam como excelente a confiança e higiene do local de atendimento no Centro.



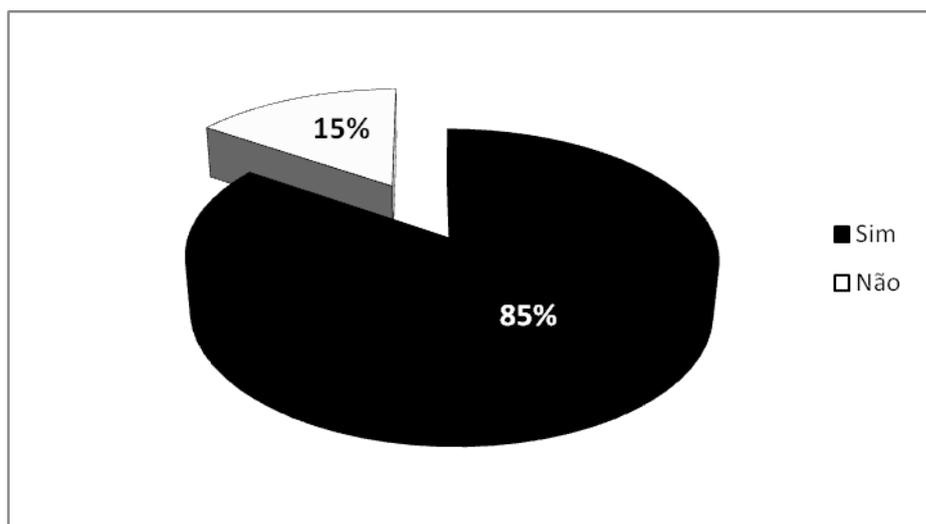
**Figura 31 - Prevalência amostral quanto à avaliação sobre a confiança e higiene no CEO pelos clientes.**

Na figura 32 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes que consideram que seu tratamento no Centro Especializado de Odontologia do hospital, tem conseguido resolver seu problema.



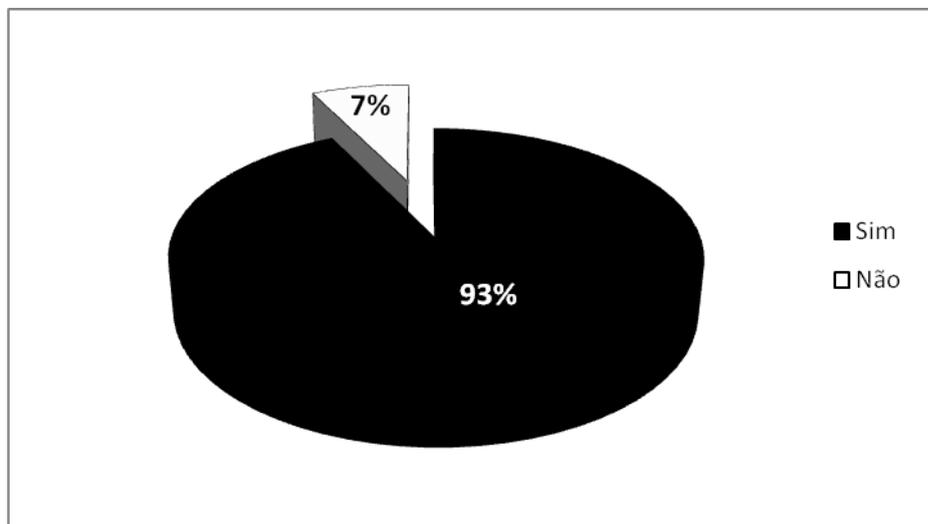
**Figura 32 - Prevalência amostral quanto à percepção de que seu tratamento no CEO do hospital tem conseguido resolver seu problema.**

Na figura 33 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes que entendem que os equipamentos usados no seu tratamento estão sempre a disposição para esse fim.



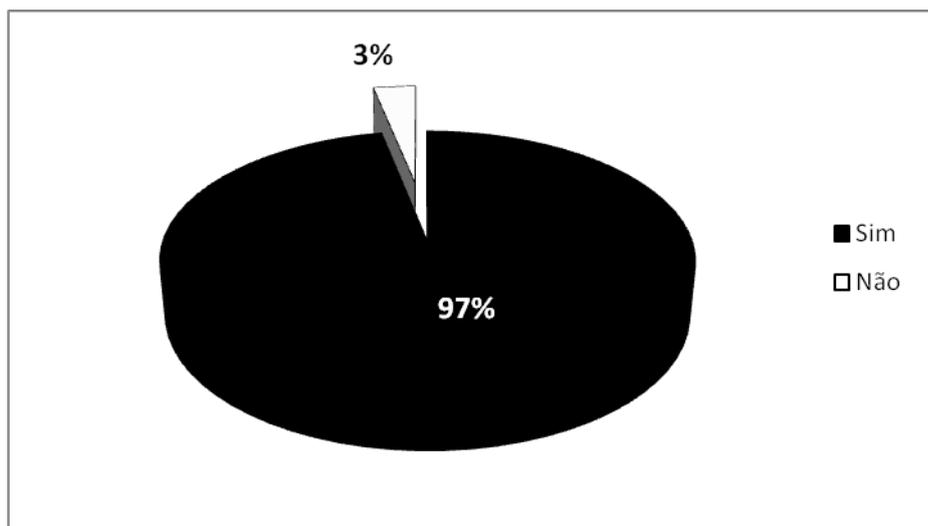
**Figura 33 - Prevalência amostral quanto à percepção de que os equipamentos usados no tratamento no CEO estão disponíveis sempre.**

Na figura 34 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes que entendem que os equipamentos usados no seu tratamento apresentam higiene satisfatória.



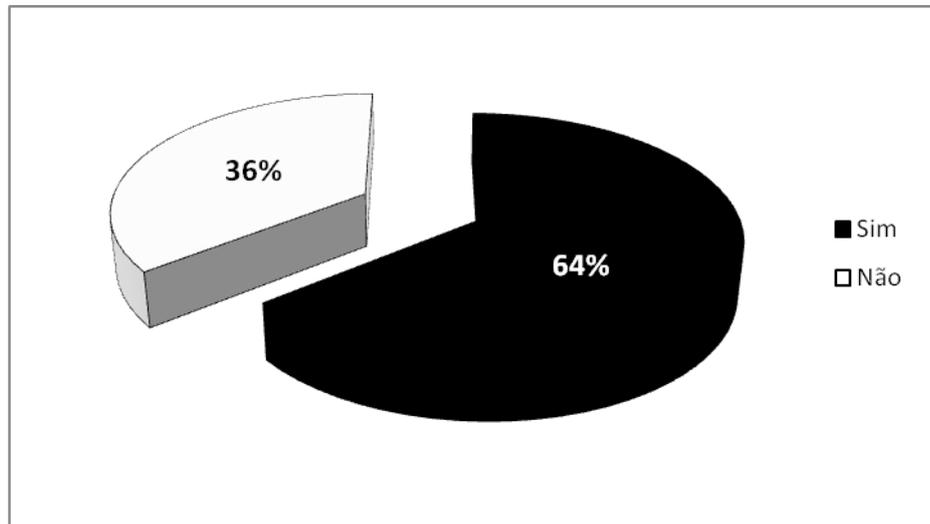
**Figura 34 - Prevalência amostral quanto à percepção de que os equipamentos usados no tratamento no CEO tem higiene satisfatória.**

Na figura 35 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes que entendem que poderiam retornar ao CEO para realizar outros tratamentos, se necessário.



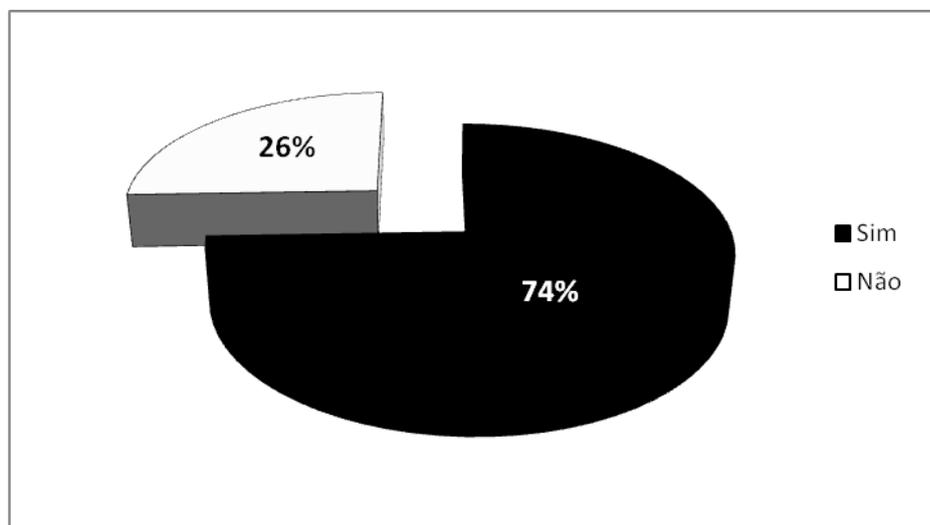
**Figura 35 - Prevalência amostral quanto à possibilidade de retornarem ao CEO do hospital se necessário.**

Na figura 36 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes que indicaram que no seu tratamento, necessitaram realizar exames complementares.



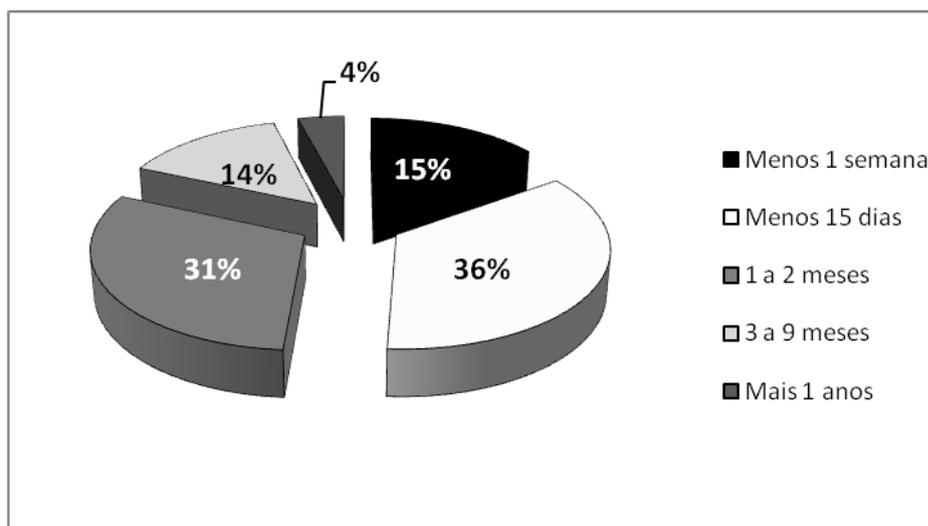
**Figura 36 - Prevalência amostral quanto necessidade de realizarem exames complementares.**

Na figura 37 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes que indicam que há disponibilidade para exames complementares em seu tratamento no próprio CEO.



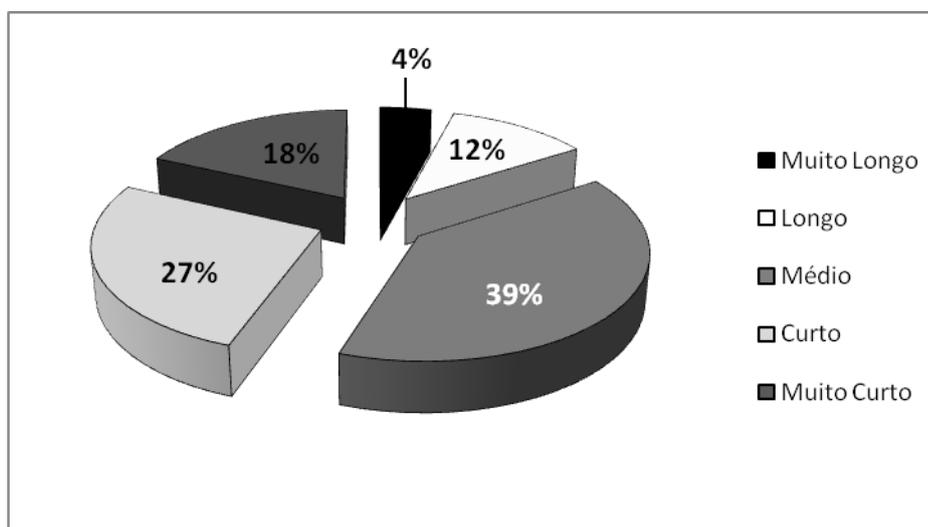
**Figura 37 - Prevalência amostral quanto disponibilidade de exames complementares no CEO do hospital.**

Na figura 38 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO que apontam que sua primeira consulta foi marcada com menos de quinze dias ou no prazo de um a dois meses.



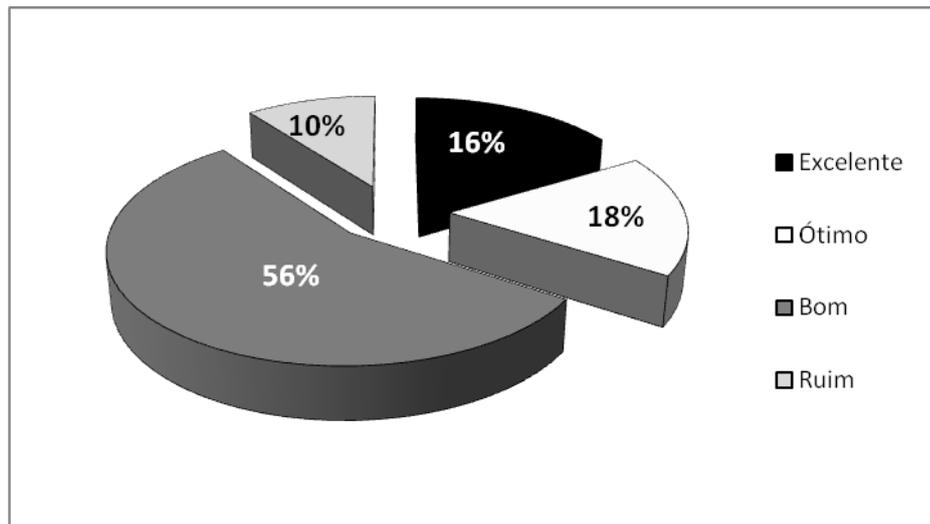
**Figura 38 - Prevalência amostral quanto ao tempo de marcação da primeira consulta dos clientes.**

Na figura 39 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO que avaliam como médio o intervalo para marcação de suas consultas no Centro.



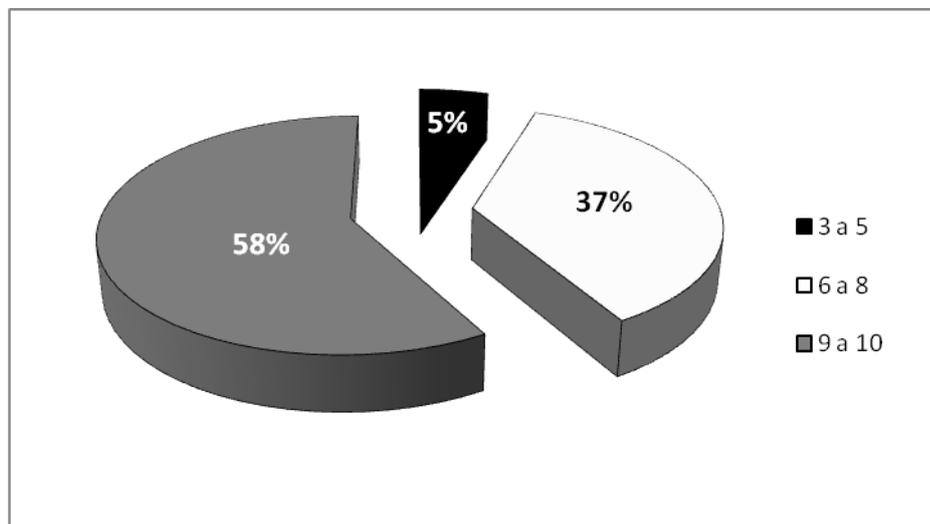
**Figura 39 - Prevalência amostral quanto à avaliação do tempo para marcação das consultas no CEO pelos clientes.**

Na figura 40 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO que avaliam como boa a pontualidade de suas consultas no Centro.



**Figura 40 - Prevalência amostral quanto à avaliação da pontualidade das consultas no CEO pelos clientes.**

Na figura 41 se pode constatar a significativa maior prevalência de clientes do CEO que aplicam uma nota de 9 a 10 para o CEO do hospital.



**Figura 41 - Prevalência amostral quanto à aplicação de uma nota para o CEO pelos clientes.**

A discussão dos resultados ocorreu fundamentada na literatura científica específica, mais em consonância com os objetivos propostos pela pesquisa, analisar a qualidade da gestão do atendimento no Programa Brasil Sorridente no Hospital João de Barros Barreto (HJBB).

Devemos evidenciar que a avaliação surge como um importante instrumento de melhorias, e não deve ser visto como uma ameaça, mas como um incentivo para seu aprimoramento, fazendo-se necessárias indagações e reflexões tais como: as dificuldades do usuário em ter acesso à rede especializada e existe resolutividade do problema? Quais as dificuldades que o Brasil Sorridente enfrenta para efetivar os princípios básicos do SUS Universalidade, Integridade e Equidade? Quais as dificuldades encontradas pelo cirurgião dentista em desenvolver seu trabalho e que atendam às necessidades da população? Existe planejamento estratégico e qualificação profissional na gestão?

Para analisarmos uma prestação de serviço público no que se refere à qualidade, nada melhor do que questionar o usuário e o prestador deste serviço, gestor e colaboradores, para entender se as expectativas desses clientes estão sendo alcançadas.

A avaliação em saúde, de caráter institucional, permite conhecer o desempenho do setor e aprimorar os resultados de acordo com o contexto em que a organização se insere, corrigindo os problemas detectados e possibilitando a conquista de novas metas. A consolidação do processo avaliativo é uma importante ferramenta de gestão nas esferas administrativa e contribui para a qualificação da atenção à saúde.

Os serviços prestados pelo poder público muitas vezes não satisfazem as necessidades dos usuários. Reclamações são constantes, em razão da demora no atendimento, longas fila de espera, instalações estrutural precárias, falta de humanização, falta de profissionais especializados, deficiência de recursos físicos e materiais, devido grande número de usuários, serviços de baixa qualidade, o que evidencia o problema qualidade versus a quantidade, são alguns dos exemplos. Assim, é fundamental pesquisar a respeito da satisfação da população que utiliza serviços públicos, pois é através dele que temos indicadores dos serviços prestados. Daí a preocupação de verificar cada cliente em sua necessidade. Este tipo de avaliação é fundamental, dado que as pessoas querem serviços que lhes ofereçam qualidades, e suas reclamações são mecanismo de informação que permitem à instituição atender suas expectativas.

A amostra analisando apenas 12 dentistas comprova como foi observado inicialmente e confirmado posteriormente pelo gestor, no questionário, que nesta organização não tinha sido realizado nenhuma pesquisa referente à gestão nos últimos anos. Tal pressuposto, parece se compatibilizar ainda mais com os resultados obtidos na pesquisa, principalmente pelo fato de que dois dentistas terem se recusado a participar desta pesquisa, mesmo sendo explicado do sigilo absoluto desta e da vantagem em poder analisar o tipo de gestão de atendimento oferecido neste local.

Aliás, se acredita que por esse motivo ou talvez pelos efeitos produzidos pela própria cultura organizacional, tenha se observado inicialmente muita relutância, apreensão e desistências por parte dos colaboradores em participarem do estudo. Visto que, de acordo com Gurgel Jr. e Vieira (2002), os médicos/dentistas apresentam forte resistência aos programas por sentirem-se fiscalizados quanto a sua conduta clínica.

Corroborado por Paiva & Gabardo, (2011 (Chiavenato, 2003, p.269)). Que a avaliação é uma importante ferramenta para mudanças e aperfeiçoamento em uma gestão de qualidade. Quando surge a possibilidade de mudança dentro da organização, esta tende a ser interpretada pelo funcionário como algo que ele desconhece, e, portanto, algo que pode trazer perigo à sua segurança e tranquilidade. Com isso, a mudança e a avaliação passam a ser indesejável para o funcionário.

De acordo com Paiva & Gabardo, (2011, *apud* Las Casas 1994, p.85) o ser humano tende a rejeitar tudo aquilo que desconhece que não tem certeza, e por isto, de modo geral, tende ao conservadorismo.

No questionário referente ao gestor, o mesmo relata que sua maior dificuldade é de ser dentista e estar ocupando o cargo de gestor, sem a preparação ou conhecimento de gestão, dificultando a definição da missão/visão clara nos objetivos, consideradas imprescindíveis para o planejamento estratégico. Entretanto, esse mesmo fator gera um ponto positivo e outro negativo. O positivo é a facilidade do trânsito político do gestor com outros colegas da mesma profissão e o negativo é a dificuldade de gerenciamento desses mesmos colegas.

O gestor de saúde, seja qual for sua esfera de atuação, deve ter uma visão ampla de saúde, ser capaz de priorizar problemas e necessidades da comunidade, e de efetivar modelo de atenção integral e da gestão participativa. Tais gestores têm a responsabilidade de articular o planejamento, negociar a execução, trazer o provimento de recursos, coordenarem processos de trabalho e avaliar os resultados alcançados no território-população sob sua

responsabilidade político-gerencial. É, sem dúvida, uma tarefa demandante e desafiadora, sobretudo quando a gestão estratégica traz inexoravelmente como consequência o estímulo de interpretar e se relacionar com as necessidades, angústias e representações das pessoas que habitam determinado território, e obter comprometimento e motivação das equipes de trabalho (Ditterich, 2012).

Este gestor atua e realiza o planejamento estratégico, tendo como consequência algumas dificuldades na elaboração dos mesmos e em sua aplicação, tendo como aporte uma estrutura administrativa, que não é ágil para seu objetivo.

Portanto, levando em consideração as contradições exposta pelo gestor, que afirmar existir planejamento estratégico e que o mesmo é apenas parcialmente definido e aplicado. Estes dados são validados pelas discordâncias, tanto para o conteúdo das reuniões, pois 50% afirmam que o conteúdo delas são para planejamento de ações, 25% para definições de prioridades, 9% para Discussão de casos Específicos, 8% Integração e Interação e finalmente 8% Avaliação de resultados alcançados diante das ações de desenvolvimento e finalmente que não existe uma planilha mensal para as reuniões, sendo marcadas apenas quando necessário, conforme Gráfico 19. Logo, pelo exposto acima, se questiona como pode existir um planejamento estratégico, elaborado pelo próprio gestor e o mesmo ter dificuldade de definir e aplicar?

O planejamento estratégico não é uma lista de aspirações ou boas intenções. Deve ser elaborado com objetivos executáveis e atingíveis, caso contrário perderá a credibilidade. Planejar estrategicamente necessita de ousadia de visualizar um futuro melhor, mas não é simplesmente “sonhar grande”. Exige experiência e capacitação técnica para se acomodar às restrições impostas pelo meio ou pelo grau de desenvolvimento da organização. Além do que, o planejamento exige a selecionar as ações efetivas e necessárias para alcançar o objetivo desejado. O planejamento é um instrumento de gestão que ampara o desenvolvimento institucional. Planejar é uma atitude permanente da organização e do gestor.

Entretanto, a intenção do gestor de tentar estabelecer o processo de gestão parece causar um provável conflito teórico-prático no conceito de gestão estratégica, talvez pela falta de conhecimento do que seja um planejamento estratégico, com isso se torna lógico compreender e indagar se existe a real necessidade de se capacitar gestor de odontologia em saúde pública?

Fato esse afirmado por Jorge (2012), onde descreve que tem constatado de forma cada vez mais corriqueira, que os profissionais de saúde, têm assumido o papel de gerente e gestor de unidades e instituições de saúde, em todas as esferas do sistema de saúde. Estes profissionais não são obrigatoriamente bons administradores, uma vez que sua formação é voltada ao cumprimento de tarefas específicas.

Esteves *apud* Huzek & Stefano (2009) ressaltam também que a profissionalização da gestão é uma necessidade fundamental de sobrevivência e uma tendência irreversível, onde se torna fundamental discutir se o ensino formal de administração de empresas, especialização em gestão em saúde podem contribuir e torna-se elemento imprescindível para ocupação de um cargo de gestor.

Ainda em contraste, de acordo com Bernardes et al. (2010), a grande maioria destas organizações em saúde pública continuam a ser gerido por “amadores de boa vontade”, o que certamente não significa necessariamente resultado positivo, pelo contrário, nestes estabelecimentos encontram-se resultados negativos. Por isso, se torna imprescindível o gestor ter formação, especialização ou aperfeiçoamento em gestão de saúde.

Quanto ao fator de comunicação no CEO – HJBB, o único recurso de comunicação disponível, segundo gestor, é um computador ligado à internet, este fato foi bastante apontado pelos clientes (Anexo - 1, Pergunta nº 2), diferente dos indicados na pesquisa, como um dos fatores de melhorias. Portanto, esse dado reitera a dificuldade do usuário de se comunicar com CEO – HJBB, já que a maioria prevalente dos clientes atendidos, 65% apresentam renda familiar equivalente de 1 a 2 salários mínimos (Figura - 23), não tendo acesso a esse tipo de comunicação.

Ressaltado por Paiva & Gabardo, (2011, *apud* Belardinelli, 1999, p.128) a importância do telefone como um recurso com o qual pode contar um consultório odontológico para estabelecer contatos com a clientela, desde que utilizado adequadamente.

Portanto, neste caso, cabe ressaltar que o uso do telefone é um elemento imprescindível em assuntos relacionado à comunicação de qualidade em uma clínica odontológica.

Borges (2000) reafirma que tecnicamente, a avaliação da clínica ou do profissional deveria fundamentar-se na qualidade do serviço recebido. Entretanto, cliente não possui os mecanismos nem o conhecimento para uma avaliação competente. Trata-se de uma avaliação distante de uma apreciação técnica, ou seja, tem muito mais a ver com a maneira como ele é

tratado e com os fatores de qualidade que ele vai encontrar no consultório e no profissional do que com a parte técnica. Alguns exemplos de fatores, não técnicos, que influenciam a avaliação da qualidade para serviços odontológicos são: contato físico/telefone com a clínica, aspecto da recepção, do recepcionista e do profissional, temperatura da clínica, limpeza e higiene, comunicação do diagnóstico inicial, orçamento e pontualidade.

Santos (2000) também comprovam com essa afirmação quando enfatiza que ao se avaliar um serviço, deve-se considerar também a confiabilidade (prestação do serviço conforme prometido, com precisão, consistência e segurança), a rapidez (velocidade de atendimento e prontidão para atender o cliente), os aspectos tangíveis (referem-se a quaisquer evidências físicas do serviço, como estrutura das instalações físicas, aparência dos funcionários e equipamentos utilizados no processo), a empatia (cordialidade, cuidado e atenção individual fornecida ao cliente), a flexibilidade (capacidade de mudar e adaptar o serviço para se ajustar às necessidades dos clientes), o acesso (facilidade de entrar em contato ou acessar fisicamente o serviço) e a disponibilidade (facilidade em encontrar disponível pessoal de atendimento, bens facilitadores e instalações).

Analisando as informações do gestor, existir planejamento quanto ao controle de estoque de medicamento, insumo, material usado (kit de exame) e manutenção regular dos equipamentos, ratificam a constatação significativa entre as amostras dos Dentistas referente a esses dados de 83% de disponibilidade dos equipamentos para os tratamentos e 83% referente à manutenção constante dos equipamentos, com as dos clientes da prevalência significativa, de 85% quanto à percepção de que os equipamentos necessários encontram-se sempre disponível, contra 15% de não encontrar equipamentos necessário para seu tratamento.

Por fim, o gestor relata não existir oferta suficiente para a demanda de consultas e exames especializados necessários para suprir, tendo como consequência formação de fila de espera, mas esse problema é minimizado pelo protocolo clínico, as agendas estão organizadas com espaço para demanda espontânea e programada, com predominância na demanda programada. Este dado é validado pelos dados obtidos pelos próprios usuários, que o tempo de espera para atendimentos dos usuários é de 35,7% com atendimento inferior a 15 dias e 30,6% com atendimento inferior de 1 a 2 meses. Tempo este relativamente pequeno para atendimento de serviço público.

Proposição explicada por Jesus & Marluce, (2010) da relação oferta/demanda pode ser compreendida como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população.

Starfiel (2002) define acessibilidade como a característica da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. A forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afetam a decisão de procurá-los. Acesso e acolhimento são elementos necessários do atendimento, para que se possa acometer efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

Segundo Paiva & Gabardo, (2011 *apud* Harrison & Remko, 2003, p. 153), O atendimento aperfeiçoado deve se iniciar no setor da entrada, ou seja, na recepção. É necessário agir com cautela e inteligência para administrar da melhor forma possível a questão de tempo de espera pelo serviço procurado. Focalizar o tempo não só deixa os clientes mais felizes por terem suas necessidades atendidas mais rapidamente, mas, com frequência, a vantagem da qualidade também acompanha a vantagem tempo.

Ribeiro L. et al., (2010, *apud* Ribeiro, 2004) “... a qualidade e a satisfação dos usuários estão diretamente relacionadas às condições de acesso aos serviços de saúde, dentro de uma abordagem acolhedora, que assegure continuidade e a coordenação da atenção”

Os testes estatísticos (qui-quadrado) não encontraram associação estatisticamente significativa entre os dados dos dentistas em relação ao gênero feminino e o masculino, há existência de uma discreta maior prevalência de sujeitos do gênero masculino entre os dentistas da amostra.

Quanto aos resultados obtidos para a efetividade de expressar sua opinião para melhoria no trabalho é de 100%, como também é de 100% a coordenação sendo compreendidas e aceitas pelos funcionários/colaboradores e 100% as responsabilidades sendo claramente definidas e cobradas. Estes percentuais elevados presentes nas respostas dos cirurgiões-dentistas constataam existência de uma excelente comunicação institucional do gestor com seus colaboradores, sendo que o sucesso do processo de comunicação depende dos receptores e de seus interesses, resultando em um lugar onde o profissional tem sua opinião respeitada e levada em consideração. Esses são fatores determinantes nos resultado de 100% dos dentistas se sentirem motivados a trabalhar, ressaltando ainda nos dados obtidos em relação com a convivência interpessoais gestor/colaborador de 58% Excelente, 25% Ótimo e 17% bom.

Estes dados corroboram a avaliação do dentista em relação ao seu gestor de: 67% considerarem Excelente, 8% Ótimo e 25% bom, resultando em um bom nível de aceitação desta gestão. Com tudo isso anteriormente exposto, contribuiu para uma boa avaliação do Cirurgião Dentista quanto ao próprio trabalho desenvolvido no CEO-HJBB de 67 % ter avaliado de 9 a 10, e de 33% de 6 a 8, evidenciando também, que os profissionais em sua área de atuação dominem bem o seu ofício, assim, tornam-se de certa forma independentes e possuem disposição para exercer as suas tarefas.

Nesse fato, Paiva & Gabardo, (2011 Valentim; Krueel, 2007), insere que a confiança estabelecida entre a equipe de trabalho e o gestor tem efeitos significativos no resultado do seu trabalho. Se os membros da equipe não confiam no gestor, podem passar a não realizar seu trabalho com o mesmo zelo. Cabe enfatizar que a reciprocidade é um fator relevante neste aspecto.

Esses resultados validam a afirmação de Bonato (2011), que para criar um ambiente de trabalho estimulador para compartilhar conhecimento, em que as relações pessoais se manifestam, gerando novos conhecimentos, o desenvolvimento de novas competências, coloca-se como desafio para a organização focada na gestão das pessoas e preocupada com a 'Qualidade'. Ao potencializar o saber dos indivíduos, a organização buscará saltos em busca de crescimento e inovação.

A renda e nível de escolaridade de médio completo dos clientes, obtidos no presente estudo assemelha-se aos encontrados em trabalhos realizados, esses usuários entrevistados na presente pesquisa estiveram na faixa de um a dois salários mínimos. Tais achados indicam que, apesar do baixo rendimento mensal familiar, o fator financeiro não foi o motivo principal da procura por tratamento no CEO - HJBB. Os motivos predominantemente encontrados para procura do tratamento na instituição foram às indicações medicas/odontológicas desse serviço 64%.

Os resultados referentes às avaliações dos clientes quanto à acessibilidade de 83%, 65% precisaram de exames complementares, 74% que tiveram acesso fácil a exames complementares e 96% de resolutividade efetiva. Neste sentido, o CEO – HJBB efetiva os princípios básicos do SUS da Universalidade, Integridade e Equidade.

Os CEOs como integrante inerente de media complexidade do Programa de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde, têm como seus princípios e diretrizes, redefinidos por Vasconcelos & Pasche, 2006, que o SUS é um sistema que assume e consagra os princípios

da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam saúde e bem-estar de forma integral.

Para Gouveia et al., (2011, *apud* Esperidião & Trad 2005), o acesso é um atributo dos serviços bastante valorizado pelos usuários. Segundo essas autoras, o usuário de serviços públicos faz parte de populações que vivem em condições socioeconômicas baixa e que buscam os serviços de forma assistencial, interessado mais por um padrão mínimo de sobrevivência do que pela própria qualidade dos serviços.

Avaliando os resultados referentes ao ambiente interno: Higiene e confiança do lugar (45%) para excelente, Higiene do equipo (93%) para Excelente, Esclarecimento do tratamento (50%) para Excelente, Respeito à privacidade e opinião (85%), pontualidade de (56%) para excelente e a prevalência de (51%) para outras melhorias, apontadas pelos clientes, tais como, melhoria de acesso de comunicação, ter maior numero de consultas agendadas por mês.

Tal fato está de acordo com o encontrado na literatura, de que para o cliente a qualidade interpessoal é mais significativa do que a qualidade técnica, com resultado encontrado de 97% que retornariam para o atendimento do CEO – HJBB, se necessário.

A revisão realizada, validada pela pesquisa possibilitou demonstrar que o atendimento qualificado e humanizado é fator de extrema importância para a retenção de novos clientes e para a fidelização dos clientes. Ademais, existe uma série de estratégias que podem ser implantadas com vistas à melhoria da logística do atendimento de qualidade em clínicas odontológicas. Destaca-se a importância de um gestor qualificado que possa estar à frente desse procedimento.

A avaliação dos itens relacionados à conduta ética profissional, empatia, acessibilidade, resolutividade, equipamento higiênico e disponível e seguranças dos cirurgiões dentistas do CEO - HJBB mostrou que são estes os principais pilares para se obter resultados benéficos dentro da conduta qualidade. Verificando que a satisfação do cliente está diretamente relacionada aos elementos que se referem à relação do cliente com seu dentista e ambiente interno. Dados estes, que não estão de acordo com a pesquisa realizada por Mendonça & Guerra (2007), itens referentes ao ambiente e à acessibilidade estão menos relacionados à satisfação do cliente.

No entanto, nossa pesquisa reitera com Donabedia (1988) sobre os Indicadores de Qualidade capazes de avaliar os serviços de Saúde são agrupados em 3 categorias:

- ✓ **Estrutura:** avaliam o local no qual o serviço é prestado, levando em consideração Acessibilidade, conforto, privacidade e etc. Incluindo também recursos materiais (instalação de equipamento e dinheiro), recursos humanos (quantidade e qualificação profissional) e recursos da estrutura organizacional (profissional da saúde, método de reembolso);
- ✓ **Processo:** avalia a humanização, relação interpessoal entre cliente e profissional, cuidado técnico propriamente dito, etc. e
- ✓ **Resultado:** avaliam os efeitos dos serviços anteriormente prestados ao cliente e da população e, também, o grau de satisfação do cliente e prestador.

Tecnicamente, a avaliação da clínica ou do profissional deveria fundamentar-se na qualidade do serviço recebido. Entretanto, o cliente (cliente) não possui os meios nem o conhecimento para uma avaliação competente. Trata-se de uma avaliação distante de uma apreciação técnica, ou seja, tem muito mais a ver com a maneira como ele é tratado e com as pistas de qualidade que ele vai encontrar no consultório e no profissional do que com a parte técnica. Alguns exemplos de fatores não técnicos, que influenciam a avaliação da qualidade do atendimento para serviços odontológicos são: contato físico/telefone com a clínica, aspecto da recepção, da recepcionista e do profissional, temperatura da clínica, limpeza e higiene, comunicação do diagnóstico inicial, orçamento e pontualidade (Targanski, et al., 2011).

De maneira geral, os principais atributos de qualidade na gestão de atendimento são consolidados por Targanski et al., 2011, reduzindo-os a cinco atributos de qualidade mais abrangentes: confiabilidade (habilidade de prestar o serviço de forma confiável), presteza (disposição de prestar o serviço prontamente e auxiliar os clientes), confiança (conhecimento e cortesia dos funcionários e sua habilidade de transmitir confiança, segurança e credibilidade), empatia (fornecimento de atenção individualizada aos clientes, facilidade de contato e comunicação) e tangíveis (aparência das instalações, equipamentos, funcionários e dos materiais de comunicação).

São Paulo (2009) ratifica afirmando que a gestão de atendimento na prática clínica em Saúde Bucal deve ser amparada por uma metodologia que sustente e promover tratamentos completados em um menor número de consultas possível, possibilitadas pela maior produção de procedimentos odontológicos em uma consulta e pelo maior índice de frequência às consultas agendadas, acompanhados do menor índice de absenteísmo.

Com referência a percepção dos clientes ao avaliar o atendimento oferecido pelo CEO – HJBB houve uma prevalência significativa de 49% para bom, 30% excelente e 19% para ótimo, motivada pela satisfação de um tratamento eficiente e com rapidez 50%.

As respostas à pergunta pertinente à avaliação do serviço CEO –HJBB, no geral, mostrou um alto nível de satisfação dos entrevistados. Ficou evidente que a satisfação deve ser a finalidade de todo o serviço de saúde. Por isso, recomenda-se não tê-la como objeto único de avaliação, pois é necessário considerar alguns pontos importantes como: a percepção das pessoas, fatores socioeconômicos e culturais; condições de vida e, principalmente, a condição pessoal de cada um no momento em que foi entrevistado (Machado & Nogueira, 2008).

Análise Da Qualidade Da Gestão Do Atendimento No Programa Brasil Sorridente No Hospital Universitário  
João De Barros Barreto, Na Cidade De Belém-Pa.  
Andréa Lisbôa Sisnando

### 3.3 – CONCLUSÃO

As pesquisas que analisam a percepção dos usuários/clientes, gestores e colaboradores de qualidade na gestão do atendimento retratam resultados temporários e que precisam sempre estar em destaque, pois refletem as condições dos serviços que são oferecidos aos usuários, necessitando de contínuo aprimoramento, avaliações continuada de níveis de satisfação dos usuários dos serviços, implementações de programas de treinamento e desenvolvimento, voltados para a gestão para qualidade e implementação de melhorias contínuas de gestão de qualidade.

O presente estudo indica que os aspectos mais significativos na percepção da qualidade em serviços públicos de odontologia no CEO – HJBB como a aceitação da condição do gestor, de torna-se um recurso para uma estratégia de planejamento clara em suas visões e bem aplicada, para uma gestão de qualidade eficiente, tornando necessária sua qualificação em gestão pública, onde seriam minimizadas as dificuldades relacionadas aos componentes gestão/planejamento. Assim, o que se busca são projetos de capacitação que proporcionem conhecimento e domínio de métodos e técnicas de planejamento administrativo, gerencial, e de avaliação continua dos serviços e ações oferecidas sob o prisma da resolutividade e integralidade.

Outra consideração importante que mesmo com todas essas dificuldades, o CEO – HJBB apresenta uma excelente comunicação de seu gestor com seus colaboradores, fato esse que eleva a qualidade da gestão de atendimento, definindo com clareza suas funções e aceitação da gestão do mesmo.

Buscar meios de facilitar a comunicação do cliente com CEO – HJBB, visto que, essa foi à maior reclamação encontrada nesta pesquisa.

Com base nos objetivos propostos e resultados alcançados, pode-se dizer que a gestão da qualidade do atendimento prestado pelos cirurgiões dentistas aos clientes do CEO -HJBB, foi desenvolvida de forma satisfatória. Podemos considerar que as condutas foram seguidas adequadamente em virtude dos altos níveis de satisfação dos usuários e melhora da capacidade funcional dos mesmos.

O estudo mostrou cliente satisfeito com os serviços prestados pelo CEO-HJBB. Por outro lado, o estudo padece de algumas limitações relativas à amostra dos clientes, uma vez que esta representa cliente de classes socioeconômicas predominantemente menos favorecidas

e o não conhecimento pleno dos seus direitos e deveres, o que pode reduzir a capacidade crítica dos clientes para avaliar com mais objetividade suas percepções quanto ao uso do serviço que lhes foi oferecido, estando com sentimento de agradecimento por ter conseguido ter acesso ao tratamento, distorcendo sua avaliação de qualidade de atendimento.

Quanto à estrutura física ofertada e equipamentos utilizados, o estudo mostrou que ambas as amostras estavam satisfeitas com CEO - HJBB, pois encontraram equipamentos disponíveis, adequados ao uso, ambientes higiênicos, espaços apropriados para internação e desenvolvimento das atividades.

O estudo mostrou, que os colaboradores estavam satisfeitos com a gestão.

A análise dos resultados obtidos detectou-se a perspectiva do desenvolvimento de novos estudos. Torna-se necessário a realização de um estudo comparativo entre as variáveis socioculturais dos usuários das redes públicas e privadas de saúde. Sobre esse tema, ainda encontramos carência na literatura, principalmente sobre assuntos específicos na área odontológica especializada.

É importante analisar algumas limitações com relação à pesquisa. Uma delas refere-se à recusa de alguns profissionais de participar dessa pesquisa. Resultando, portanto em um número de respondentes que não permitiu uma análise estatística mais aprofundada.

Além disso, houve outros aspectos que dificultaram a realização da pesquisa. Um deles consistiu na recusa de alguns usuários e até mesmo a má vontade em participar, talvez pela não habitualidade desse tipo de pesquisa.

Finalmente, apesar das dificuldades encontradas. E ainda, por meio de análise da gestão da qualidade do atendimento, é possível não apenas contribuir com o processo administrativo, mas com todo o processo de planejamento necessário ao incremento na qualidade dos serviços de odontologia.

## REFERÊNCIAS

- ALBINO, C.[et al.]. **A saúde e seus custos: como passar do caos à qualidade?** RAS. v.4, n. 14. jan/mar, 2002.
- ALBUQUERQUE, R. A., JORGE, M. S. B., FRANCO, T. B., & Quinderé, P. H. D. (2011). **Production of comprehensive prenatal care: a pregnant woman's route at a primary family healthcare unit.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 15(38), 677-686.
- ALMEIDA, Patty Fidelis [et al.]. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ADAMI, N. P., **Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos.** *Revista Paulista de Enfermagem*, 12:82-86. 1993
- ANGELIM, G. P. **Sistema nacional de avaliação da satisfação do usuário do serviço público.** In: VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002. Acedido em 24 ago.2014, em <<http://unpan1.un.org/intrdoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043719.pdf> />
- ANSUJ, A. P.; ZENCKNER, C. L.; GODOY, L. P. **Percepção da qualidade dos serviços de odontologia.** XXV Encontro Nac. de Eng. De Produção-Porto alegre, RS, Brasil, 29 Out a 01 de nov de 2005.
- ASSUNÇÃO, R. S. **Fatores condicionantes da qualidade do sistema de saúde na visão dos médicos e da população do Recife.** 2006. 131f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.
- ARAÚJO MAD. **Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil.** *Rev Panam Salud Pública*; 27:230-6, 2010.
- ARAÚJO, IC. (2003). **Avaliação da satisfação dos clientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará.** 126f. Dissertação (Mestrado). São Paulo: USP, 2003.
- BERNARDES, J. G. et al. (2010). **Motivação do Trabalhador:** Estudo de Caso em um Hospital Filantrópico. Artigo. Universidade de Caxias do Sul (UCS). VII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Acedido em 28 de agosto, 2014 em: <http://www.aedb.br/>.
- BITTENCOURT, R. J., & HORTALE, V. A. (2007). **A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro.** *Ciênc Saúde Coletiva*, 12(4), 929-34.

BLENDON RJ, Schoen C, Desroches CM, Osborn R, Scoles KL, Zapert K. **Inequities in health care: a five-country survey. Access-to-care experiences across the five countries tend to vary along with the countries' insurance coverage policies.** Health Affairs; 21(3):182-191, 2002.

BRASIL, Ministério da saúde. **Portal Brasil.2014.**Disponível: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/brasil-ja-conta-com-mil-centros-de-especialidades-odontologicas>, acessado 02/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** Manual Instrutivo. Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/pmaq\\_manual\\_instrutivo.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/pmaq_manual_instrutivo.pdf)> Acedido 10 set.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Programa Brasil Sorridente aumenta recursos para a saúde bucal.** 2012,Acedido em: 11 de outubro 2014, em, [http://dab.saude.gov.br/CNSB/ms\\_programa\\_brasil.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/ms_programa_brasil.php).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 911/SAS, de 29 de agosto de 2012.** Inclui no Serviço 114 - Serviço de Atenção em Saúde Bucal, a classificação 007 - Atendimento à Pessoa com Deficiência na Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 30 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.341/GM, de 13 de junho de 2012.** Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas–CEO. **Diário Oficial da União**,Brasília,DF, Seção 1, n. 126, 2 jul. 2012, p. 74.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011.** Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). **Diário Oficial da União** , Brasília, DF, Seção 1, n. 121, 27 jun.2011, p. 112.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z.** Garantindo Saúde nos Municípios. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 480p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento De Atenção Básica; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006**. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2006. **“A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: O registro de uma conquista histórica”**. Brasília: Ministério da Saúde. Acedido 22 março de 2014, em, [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie\\_tecnica\\_11\\_port.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005**. Antecipa o incentivo financeiro para os Centros de Especialidade Odontológicas (CEOs) em fase de implantação, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção I, 23 fev. 2005, p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal, 2004**. Acedido 20 out. 2014. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **3ª Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 2004. 148p. Disponível em: Acedido 20 out. 2014, em, <<http://www.saude.gov.br/bucal>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB2003**. Acedido 19 out. 2014, em, <<http://www.saude.gov.br/bucal>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **2º Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 1990. 60p. Disponível em: Acedido 19 out. 2014, em, <<http://www.saude.gov.br/bucal>>.

BRASIL. Constituição Brasileira. Brasília: Imprensa Oficial; 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei orgânica da saúde nº 8080**, de 19 set. 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, nº182, p. 19055-18694.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **1º Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 1986. 11p. Disponível em: Acedido 20 out. 2014, em, <<http://www.saude.gov.br/bucal>>.

BOHOMOI E, D’Innocenzo M, Cunha ICKO. **Indicadores de Qualidade – Conceitos e sistemas de monitoramento**. Cad Centro Universitário S Camilo [s.d.];11(2): 75-81, 2006.

BONATO, Vera Lucia. **Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente**. O Mundo da Saúde, São Paulo::35(5):319-331, 2011

BORBA, Valdir Ribeiro (org). **Marketing de relacionamento para organizações de saúde**. São Paulo: Atlas, 2004.

**BORGES FILHO, A. M. Pontualidade: o diferencial competitivo no atendimento médico-odontológico.** Curitiba: Editora Maio, 2002.

CARCERERI, D. L. Estudos Prospectivos sobre a gestão de competências na área de odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde/SUS, no **estado de Santa Catarina.2005.** Tese (Doutorado em Engenharia) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CARVALHO DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. Cad Saúde Pública. 2004.

CONTANDRIOPOULOS AP. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** Cien Saude Colet 2006; 10(3):705- 711.

COSTA, M. A. F. da, COSTA, M. de F. B. da. Metodologia da Pesquisa: Conceitos e Técnicas. Ed. 2. Rio de Janeiro: Interciencias, 2009.

DA SOLLER, Schelle Aldrei de Lima, FILHO, Gilsée Ivan Regis. **Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso.** rap — rio de Janeiro 45(3):591-610, Maio/Jun. 2011.

DITTERICH , Rafael Gomes, Moysés Simone Tetu, and Moysés Samuel Jorge. **O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(4):615-627, abr, 2012.

D' INNOCENZO M, Adami NP, Cunha ICKO. **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e de enfermagem.** Rev Bras Enferm. 2006; 59(1): 84-8.

DORNABEDIAN A. **Aspects of medical care administration.** Harvard University Press; 1973 apud Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública.; 20(Supl 2):190-8. 2004.

DONABEDIAN, A. **Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención.** Salud Pública de México, Morelos, v. 35, n. 1, p. 94-7, 1993.

DONABEDIAN, A. **"The Quality of Care - How Can it be Assessed? ,** in JAMA, 260(12):1743-1748,1988.

FADEL, M.A.V.; Regis Filho, G.I. **Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v.43, n. 1, p. 7-22, jan./fev. 2009

FADEL MAV. **Percepção da qualidade em serviços públicos de Odontologia: um estudo de caso [dissertação].** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

FELISBERTO E. **Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate.** Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11 (3): 553-563.

FILHO, Maurílio José Lara ; Da Silva, Natan Rodrigues. **Otimização do Atendimento ao Público: Estudo de Caso 18ª Regional de Saúde De Cornélio Procópio.** Cornélio Procópio – PR ,2012

GEMMEL, P.[ et al.]. Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. **European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging**, London, v. 29, n.9, p. 1109-17, 2002.

HANSEN, Peter Bent, and Leonardo Rocha de OLIVEIRA. "Proposta de modelo para avaliação sistêmica do desempenho competitivo de arranjos produtivos: o caso do arranjo coureiro-calçadista do Vale dos Sinos (RS–Brasil)." *Produto & Produção* 10.3 (2009): 61-75.

HANOUM, S.; MOSES, L. S.; NOUFAL, F. **Prioritizing Healthcare Service Attributes: Comparing Importance Performance Analysis and KANO's Model.** In: Asia Pacific Conference on Manufacturing System, 2., 2009, Yogyakarta, Indonesia. Proceedings... Yogyakarta, 2009.

HARTZ ZMA, organizadora. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIO CRUZ; 1997. 4v.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010. **“Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008”**. Rio de Janeiro: IBGE. Acedido 24 em abril de 2014, em, [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pnsb2008/PNSB\\_2008.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pnsb2008/PNSB_2008.pdf) ..

INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA. CICLO 2007. Acedido em: 10 dez. 2015, em, <[http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/subprefeituras/pqgp/materiais\\_consulta/0001/Instrumento\\_Avaliacao\\_GESPÚBLICA.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/subprefeituras/pqgp/materiais_consulta/0001/Instrumento_Avaliacao_GESPÚBLICA.pdf)>

JORGE, Alexandre Alberto Freire. "A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E OS CONTEÚDOS CURRICULARES NECESSÁRIOS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES PARA O PLANEJAMENTO E A GESTÃO EM SAÚDE." *Gestão e Saúde* 3.3 (2012): pag-1013.

LACERDA, Josimari Telino de; TRAEBERT, Jefferson Luiz. **A Odontologia e a estratégia saúde da família.** Tubarão: Unisul, 2006.146 p.

LEITE JDBL, Souza HF, Nascimento ECV. **Contratualização na saúde: proposta de um contrato único para os programas no Estado de Minas Gerais.** Rev. Adm Saúde 2010; 12:15-22.

LIMA, Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa. **A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: o caso do Hospital das Clínicas da UNICAMP /** Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa Lima. --Campinas, SP: [s.n.], 2006.

LIMA, C.R. M. de. **A avaliação do custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde.** **RAE – Revista de Administração de empresas.** São Paulo, v.38, n. 2, p. 62-73. Abr./Jun.1998.

LUCINDA, Marco Antônio. **Qualidade: Fundamentos e práticas para cursos de graduação.** 1. ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2010.

MACEDO-SOARES, A.; SANTOS, J.A.N. Gestão da mudança estratégica na saúde do Brasil: um modelo para iniciar a implementação de estratégias de qualidade orientadas para o cliente.**RAP- Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro. Jan./Fev. 2001

MALIK, A.M., **Qualidade em serviço de saúde no setores público e privado .**Cadernos Fundep: São Paulo: n.º 15, p.7-12, 01-04/96.

MARCONI, M. de A., LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. Ed. 7. Sao Paulo: Atlas, 2010.

MATIAS-PEREIRA, José. **Curso de Administração Pública:** foco nas instituições e ações governamentais. São Paulo: Atlas, 2009.

MEDEIROS, J. B. Redacao Científica – A Pratica de Fichamentos, Resumos, Resenhas. Ed. 11. Sao Paulo: Atlas, 2010.

MENDONÇA, K. M. P. P e GUERRA, R.O, **Desenvolvimento e Validação De Um Instrumento de Medida da Satisfação do Cliente com a Fisioterapia.** Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 11, n. 5, p 369 – 376, set./out. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) , acesso em 28/12/14.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS.** Brasília, 2008.

MIRANDA AS. **Proposição de escopo para a avaliação da gestão no Sistema Único de Saúde.** *Relatório final de consultoria prestada ao Ministério da Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2005.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Revista Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, vol. 20, n. 4, p 1-12, dez. 2010. :em,<[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acedido em: 17 setembro de 2014.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo.**Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 (Coleção Temas de Saúde).

NARVAI PC. **Odontologia e saúde bucal coletiva.** 2ª ed. São Paulo: Santos; 2002.

NARVAI PC. **Avaliações de ações de saúde bucal.** 1996.Disponível em:<[http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art\\_saucol/avs buc.pdf](http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/avs buc.pdf)> Acedido: 20 jul. 2014.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 108p.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. **Psychiatry on line**, Brazil, n. 8, maio, 2003.

NOVAES HMD. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde**. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(5): 547-59.

OPAS. **Brasil: o perfil do sistema de serviços de saúde. Brasília, 2005**. 38p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5515.doc>>. Acedido em: 27 nov. 2014.

OPAS. **Carta de Intenções de Ottawa**. Ottawa, Canadá, 1986. Disponível em: <[www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf)>. Acedido em: 27 nov 2014.

PAIM CRP, Ciconelli RM. **Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde**. *RAS* 2007; 9(36): 85-92.

PAIM JS, Teixeira CF. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. *Rev Saude Pública* 2006; 40(N.Esp):73-78.

PAIVA, E; GABARDO, M.C.L. **GESTÃO DA LOGÍSTICA NO ATENDIMENTO AO CLIENTE/CLIENTE EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA**. *Revista Gestão & Saúde*, Curitiba, v. 2, n. 1, p18-32. 2011.

PINTO, Hêider Auréli;, SOUSA, Allan Nuno Alves; FERLA, Alcindo Antônio. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora**, RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 358-372, OUT 2014.

PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica**. [Internet]. Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/2012/06/18/prioridade-se-traduz-em-mais-e-melhores-recursos-para-a-atencao-basica/>> Acesso em: 01 agosto 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012.

PEREIRA MG. **Qualidade dos serviços de saúde**. In: Pereira MG. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. v. 24. p. 538-60.

RIBAS, Marcia Andréa; SIQUEIRA, Elisabete Stradiotto, BINOTTO, Erlaine. **O DESAFIO DA GESTÃO PARA PROFISSIONAIS DA ODONTOLOGIA.** São Carlos, SP, 2010.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; Rocha Regina Lunardi; Ramos-Jorge Maria Letícia. **Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(12):2316-2322, dez, 2010.

RODRIGUES, Othoniel; JÚNIOR, Luiz Teruo Kawamoto;, JÚNIOR, Paulo Cadette; DA SILVA, Renata Lemes. **Gestão de Pessoas: avaliação da qualidade do atendimento em clínicas odontológicas.** SP, 2013.

RODRIGUES, R. M. et al.. **SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE FISIOTERAPIA DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ.** Rio de Janeiro, vol. 4, Nº 14, p 163 - 180, 2010. Acedido em 20 de outubro de 2014, em, < [www.perspectivasonline.com.br](http://www.perspectivasonline.com.br)>

RONCALLI AG. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde.** In: Pereira AC, organizador *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2003. v.2. p.28-49

RONCALLI AG. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: uma contribuição ao estudo da universalidade, da equidade e da integralidade em saúde bucal coletiva** [tese]. Araçatuba (SP): FOA/UNESP; 2000.

SABATINO, Bianca Natividade. **Planejamento em Saúde Bucal com a Inclusão de Acolhimento em Saúde Bucal E Priorização de Atendimento.**Belo horizonte , 2013.

SANTELLEIII, Odete. **"Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas."** *Rev Saúde Pública* 47.1 (2013): 158-63.

SANTIAGO, Renata Florêncio; Mendes Antonio da Cruz Gouveia; Miranda Gabriella Morais Duarte; Duarte Petra Oliveira; Furtado Betise Mery Alencar Sousa Macau; De Souza Wayner Vieira. **Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1): 35-44, 2013.

SANTOS SAS, MENEGHIM MC, PEREIRA AC. **Organization of demand and atisfaction level evaluation for professionals and users in the dental health service of Campos dos Goytacazes, RJ, Brazil.** *Rev Odontol UNESP* 2007;36(2):169-174.

SANTOS LC. **Projeto e análise de processos de serviços: avaliação de técnicas e Aplicação em uma biblioteca .** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;2000.

SANTOS, M. P., 1995. **Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário.** *Revista Brasileira de Enfermagem*,48:109-119

SÃO PAULO. **Secretaria de Saúde. Coordenação da Atenção Básica.** Área Técnica de Saúde Bucal. Diretrizes para a atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal. São Paulo, fev. 2009.

SERRA, C. G. **A saúde bucal como políticas de saúde:** análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998, 1323f. Dissertação – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SILVER, L. **Aspectos Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde.** In: GALLO,E; JAVIER,F; MACHADO, M.H ( org). Planejamento Criativo:Novos.Desafios em Política de Saúde. Rio de Janeiro: E.Dumará, 1992.

SILVA, Isabella Dantas; Silveira Maria de Fátima de Araújo. **A humanização e a formação do profissional em fisioterapia.** Paraíba, 2011.

SILVA, Carlos Letacio Silveira Lessa. **Do Programa Saúde da Família ao “Brasil Sorridente”: o caminho da integralidade em saúde bucal. 2009.** Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2009.

SILVEIRA, B. L.; GROSSI, R. **Aplicação dos 8P’s na Gestão Mercadológica de Empresas de Serviços Odontológicos.** Think, v. 2, n. 1, p. 76-86, 2004.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo, COSTA, Irene do Céu Clara.**O SUS nos Seus 25 Anos: reflexões num Contexto de Mudanças.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517. 2010.

FADEL, M.A.V.; Regis Filho, G.I. **Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso.** *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.43, n. 1, p. 7-22, jan./fev. 2009.

FALK, Maria Lúcia Rodrigues; FALK, João Werner; DE OLIVEIRA, Francisco Arsego; DA MOTTA, Marta Silvana. **ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO DE HUMANIZAÇÃO: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO E DO TRABALHADOR EM SAÚDE.** *Rev. APS, Juiz de Fora*, v. 13, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2010

FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde – Critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação.**São Paulo: Martinari, 2004. 250p.

FELISBERTO E. **Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação: reabrindo o debate.** *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11: 553-63

FILHO, MAURÍLIO J. L; SILVA, NATAN R. **Otimização do Atendimento ao Público: Estudo de Caso 18ª Regional de Saúde de Cornélio Procópio** , 2012.

FORTES, P.A.C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde.** *Saude soc.*, v.13, n.3, p.30-35, 2004.

GARBIN, A. J. I. [et al.]. **Marketing em Odontologia: a percepção do cliente em relação ao serviço odontológico de clínica privada.** Revista de Odontologia da UNESP, v. 37, n. 2, p. 197-202, 2008.

GIANESI, I.G.N.; CORRÊA, H.L. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente.** São Paulo: Atlas. 233p. 1996.

GOES PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM [ et al.]. **Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil.** Cad. Saúde Pública; supl. 28: 81-S89. . 2012

GOUVEIA, Giselle Campozana; De Souza Wayner Vieira; Luna Carlos Feitosa; Szwarcwald Célia Landmann; Júnio Paulo Roberto Borges de Souza. **Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(3):1849-1861, 2011

GUAZZI DM. **Utilização do QFD como uma ferramenta de avaliação do grau de satisfação dos clientes internos de cooperativas agropecuárias** [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.

GURGEL JUNIOR GD, Vieira MMF. **Qualidade total e administração hospitalar: Explorando disjunções conceituais.** *Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7: 325-34.

HARGREAVES, Lourdes; ZUANETTI, Rose; LEE, Renato [et al.]. SENAC.DN. **Qualidade em prestação de serviços.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2001.

HUZEK, D. & STEFANO, S. R. (2009). *Área temática: Gestão de Pessoas Rotatividade em Hospitais Filantrópicos da Região Centro sul do Paraná.* Universidade de São Paulo. Acedido em 23 de outubro, 2014 em: <http://www.ead.fea.usp.br>.

LIM PC, Tang NKH. **The development of a model for total quality healthcare. Managing Service Quality;** 10:103-11. 2000.

TARGANSKI, Rafael; Tinoco, Maria Auxiliadora Cannarozzo; Ribeiro, José Luis Duarte. **Modelagem da satisfação e identificação de atributos de qualidade em serviços odontológicos.** UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil, 2011.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi, and Edson Mamoru Tamaki. "O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde The role of evaluation in decision-making in the management of health services." (2012).

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TENGAN, C. **Abordagem teórica e aplicação de um método de qualidade em serviço público odontológico.** Tese (doutorado) — Programa de Pós- Graduação em Odontologia,

Análise Da Qualidade Da Gestão Do Atendimento No Programa Brasil Sorridente No Hospital Universitário  
João De Barros Barreto, Na Cidade De Belém-Pa.  
Andréa Lisboa Sisnando

Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2008.

UNGLERT, C. V. S., 1995. **Territorialização em sistemas de saúde. In: *Distrito Sanitário*** (E. V. Mendes, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.

URDAN, A. T. ; ZUNIGA, M. K. H. **Success Determinants of New Products Launched by Foreign Companies in Brazil.** Innovative Marketing (Print), v. 7, p. 40- 51, 2011

URDAN, A. T. **A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente.** Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 44-45, out./dez., 2001.

## ÍNDICE REMISSIVO

- A**
- acessibilidade, 6, 13, 19, 42, 133  
acesso, 14, 17, 23, 34, 40, 41, 47, 48, 49,  
51, 53, 55, 56, 57, 59, 69, 70, 72, 82, 95,  
96, 98, 108, 111, 112, 113, 114, 115,  
118, 123, 125, 126, 131  
acolhimento, 34, 37, 41, 47, 48, 49, 50,  
113  
atendimento odontológico, 19, 56, 57, 61,  
78  
atendimentos prestados, 38  
avaliação, 13, 14, 15, 133
- B**
- Brasil Sorridente, 12, 133
- C**
- Centros de Especialidades Odontológicas,  
11  
Cirurgião Dentista, 114  
cliente, 28, 33, 39, 40, 42, 43, 45, 46, 49,  
108, 111, 112, 114, 115, 116, 118, 122,  
124, 128, 129, 136  
competência, 22, 24, 30, 35, 48  
contra-referência, 37
- D**
- dentistas, 6, 10, 13, 14, 16, 31, 32, 59, 77,  
78, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91,  
92, 93, 94, 96, 101, 109, 113, 115, 118,  
131, 133, 135  
disponibilidade, 13, 15, 28, 42, 46, 48, 88,  
105, 112, 113  
do Hospital Universitário João de Barros  
Barreto, 84, 86
- E**
- eficácia, 17, 22, 23, 26, 28, 30, 34, 39, 50,  
124
- G**
- gestão, 135  
gestão pública, 23, 26, 117  
gestor, 13, 133
- H**
- humanização, 28, 30, 32, 34, 35, 38, 48,  
108, 116, 127, 128
- M**
- melhoria da qualidade, 29, 33, 69, 70
- O**
- Odontologia, 18, 50, 84, 98, 102, 103, 123,  
124, 125, 126, 128, 129
- P**
- planejamento estratégico, 84, 109, 110  
PMAQ, 9, 10, 11, 13, 17, 69, 70, 71, 72,  
73, 122  
Política Nacional de Saúde Bucal, 9, 18,  
19, 55, 56, 66, 121, 122  
pontualidade, 15, 35, 46, 48, 79, 96, 107,  
112, 115, 116
- Q**
- qualidade total, 26, 29  
qualificação, 30, 108, 116, 117
- R**
- referência, 34, 36, 37, 42, 52, 57, 59, 63,  
77, 79, 117  
resolutividade, 22, 28, 34, 42, 49, 50, 108,  
114, 115, 117
- S**
- satisfação do cliente, 30, 38, 115, 116  
satisfação dos usuários, 35, 39, 40, 41, 72,  
79, 113, 117, 118  
saúde, 10, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26,  
27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37,  
38, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 47, 48, 49, 50,  
51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 63,  
65, 69, 70, 71, 79, 80, 108, 109, 110,

Análise Da Qualidade Da Gestão Do Atendimento No Programa Brasil Sorridente No Hospital Universitário  
João De Barros Barreto, Na Cidade De Belém-Pa.  
Andréa Lisboa Sisnando

111, 113, 115, 116, 117, 118, 120, 121,  
122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129  
Saúde da Família, 8, 9, 18, 55, 56, 58, 59,  
71, 127  
saúde pública, 18, 19, 53

serviço odontológico, 46, 80, 81, 128  
serviços de saúde, 17, 19, 23, 30, 32, 36,  
47, 49, 50, 53, 129  
serviços prestados, 31, 37, 38, 108, 118  
Sistema Único de Saúde, 8, 9

## APÊNDICES 1 - Questionário aplicado para os clientes.

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

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

Cidade onde Reside: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

1. Qual é o nível de escolaridade?

- ( ) Nenhum(não sabe ler, nem escrever) ( ) Médio incompleto(1 a 3 colegial)  
( ) Fundamental completo(1 a 8 série) ( ) Médio completo(1 a 3 colegial)  
( ) Fundamental incompleto (1 a 8 série) ( ) Curso superior completo  
( ) Curso superior incompleto ( ) Pós-graduação

2. Quanto é a renda de toda a sua família por mês (salário mínimo R\$ 724,00)?

- ( ) Nenhuma ( ) 1 a 2 Salários mínimo ( ) 2  
a 3 Salários mínimos ( ) menos que 1 Salário mínimo  
( ) 3 a 5 Salários mínimo ( ) 5 a 10 Salários mínimos  
( ) mais de 10 Salários mínimos

3. Como teve conhecimento do Centro Especializado Odontológico-Barros Barreto?

- ( ) Família ( ) Amigos ( ) Propaganda ( ) Indicação Odontológica - Medica

4. Teve acesso fácil ao tratamento no Centro Especializado Odontológico -Barros Barreto?

- ( ) sim ( ) não

5. Como você avalia o serviço de atendimento do Centro Especializado Odontológico-Barros Barreto?

- ( ) Excelente ( ) ótimo ( ) Bom ( ) Ruim ( ) Péssimo

6. A causa da satisfação no atendimento?

- ( ) Presteza ( ) Cordialidade ( ) Eficiência Rapidez ( ) Nenhuma das respostas anteriores

7. A causa da insatisfação no atendimento?

- ( ) Má vontade ( ) Demora ( ) Faltas ( ) Nenhunas das respostas anteriores

8. Para melhorar o atendimento necessita de?

- ( ) Presteza ( ) Cordialidade ( ) Eficiência Rapidez  
( ) Qualidade de Serviço ( ) Qualidade de ambiente ( outros \_\_\_\_\_)

9. Os dentistas e ou atendentes esclareceram suas duvidas sobre o seu tratamento e atendimento?

- ( ) Excelente ( ) ótimo ( ) Bom ( ) Ruim ( ) Péssimo

10. Você sentiu segurança no tratamento oferecido?

- ( ) Excelente ( ) ótimo ( ) Bom ( ) Ruim ( ) Péssimo

11. No momento do atendimento foi respeitado sua opinião e privacidade ?

Sim

Não

12. Em sua opinião, o ambiente é confortável e higiênico?

Excelente  ótimo  Bom  Ruim  Péssimo

13. O tratamento está conseguindo ou consegui resolver seu problema?

sim  não

14. Os equipamentos utilizados sempre se apresentaram disponíveis para o seu tratamento?

sim  não

15. Os equipamentos utilizados apresentam higiene satisfatória?

sim  não

16. Você voltaria a utilizar os serviços do Centro Especializado Odontológico -Barros Barreto se necessários?

sim  Não

17. Você necessitou realizar exames complementares (RX, exame de laboratório etc..)?

sim  Não

18. Os exames complementares estão disponível na instituição?

sim  Não

19. O tempo para marcação da primeira consulta foi?

Mais de um ano  9 a 3 meses  2 a 1 mês  menos 15 dias  
 menos de 1 semana

20. Intervalo de marcação de consultas?

Muito longo  longo  médio  curto  muito curto

21. Pontualidade das consultas?

Excelente  ótimo  Bom  Ruim  Péssimo

22. Que nota você daria para o Centro Especializado Odontológico-Barros Barreto?

0 a 2  3 a 5  6 a 8  9 a 10

## APÊNDICES 2 - Questionário aplicado aos dentistas.

### A. Característica do Participante:

Informante odontológico n: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo ( ) Masc. ( ) Fem.

Tempo de atuação como odontológico no HUIBB \_\_\_\_\_ anos.

Tempo de Formação nível superior \_\_\_\_\_ anos.

Especialização? ( ) sim Não ( ) Em quê? \_\_\_\_\_

Qual é sua situação no HUIBB? ( ) Contrato ( ) concurso ( ) outro \_\_\_\_\_.

### B. Parte Específica

1. Você se sente motivado para trabalhar no Brasil Sorridente HUIBB?

( ) sim ( ) não

2. Como é sua relação interpessoal com seu gestor?

( ) Excelente ( ) ótimo ( ) Bom ( ) Ruim ( ) Péssimo

3. Você tem acessibilidade para expressar sua opinião para melhoria no trabalho?

( ) sim ( ) não

4. Os equipamentos necessários para desenvolvimento do seu trabalho sempre se apresentam disponíveis para o tratamento?

( ) sim ( ) não

5. Como você avalia sua relação interpessoal com clientes?

( ) Excelente ( ) ótimo ( ) Bom ( ) Ruim ( ) Péssimo

6. Qual é a sua avaliação do gestor em um contexto geral?

( ) Excelente ( ) ótimo ( ) Bom ( ) Ruim ( ) Péssimo

7. Em sua opinião o ambiente é confortável e apresenta segurança para dentista como para clientes?

( ) Excelente ( ) ótimo ( ) Bom ( ) Ruim ( ) Péssimo

8. Os equipamentos do CEO – HUIBB recebem manutenção constante?

( ) sim ( ) não

9. As responsabilidades são claramente definidas e cobradas?

( ) Sim ( ) Não

10. A coordenação é compreendida e aceita pelos funcionários?

( ) Sim ( ) Não

11. A estrutura administrativa é ágil para os objetivos?

Sim  Não

12. Como estão organizadas as agendas?

Exclusiva para demanda espontânea

Com espaço para demanda espontânea e programada (predominância de dem. espontânea)

Com espaço para demanda espontânea e programada (predominância de dem. programada)

13. O CD participa das reuniões com gestores HUIBB?

Sim  Não, por quê? \_\_\_\_\_

14. Qual a periodicidade destas reuniões?

Semanal  Quinzenal  Mensal  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

15. Qual é o produto destas reuniões?

Planejamento de ações

Definição de prioridades

Discussão de casos específicos

Integração e interação

Avaliação de resultados alcançados diante das ações desenvolvidas

16. Que nota você daria para o trabalho desenvolvido HUIBB?

0 a 2

3 a 5

6 a 8

9 a 10

**APÊNDICES 3 - Questionário aplicado para o Gestor.**

1. Existe oferta de consulta e exames especializados para suprir as necessidades dos clientes?  
 Sim                     Não
2. Existe protocolo clinico para organizar a fila de espera?  
 Sim                     Não
3. Quais os recursos de informática e de comunicação, disponíveis para o CEO – HJUBB?  
 computador ligado à rede  
 computador não ligado à rede  
 telefone  
 outros, quais? \_\_\_\_\_
4. Há planejamento de oferta de medicamento, insumo e de material usado (kits de exame)?  
 sim                     não
5. Para quais dos itens abaixo, há controle de estoque?  
 medicamentos    insumos    kits de exame
6. Tem havido falta de algum deles? Quais?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Há manutenção regular dos equipamentos utilizados?  
 Sim, com que regularidade? \_\_\_\_\_  
 não, por qual motivo? \_\_\_\_\_
8. Como é sua relação interpessoal com os dentistas?  
 Excelente     ótimo     Bom     Ruim     Péssimo
9. Os gestores tem algum conhecimento sobre gestão?  
 sim                     Não
10. Há Planejamento estratégico na gestão?  
 Sim                     Não
11. Os gestores atuam na elaboração do planejamento Estratégico?  
 Sim                     Não                     Não tenho conhecimento deste assunto
12. O Planejamento Estratégico é claramente definido e aplicado?

Sim     Não

13. Os objetivos financeiros integram o Planejamento Estratégico e são claros?

Sim     Não

14. O CEO-HUJBB recebe regularmente seus recursos mensais de custeio?

Sim     Não

15. A missão/visão está definida em objetivos?

Sim     Não

16. Verifica-se regularmente como o cliente veem o atendimento CEO-HUJBB?

Sim     Não

17. A estrutura administrativa é ágil para os objetivos?

Sim     Não

18. Quais as dificuldades encontradas em gerir um CEO?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESTUDO:**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (inserir o nome, profissão, residente e domiciliado na....., portador da Cédula de identidade, RG....., nascido (a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, abaixo assinado (a), concorda de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Belém/PA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa e/ou responsável  
(nome e assinatura)

\_\_\_\_\_  
Dra. Andréa Lisboa Sisnando  
Responsável pelo estudo  
CRO/PA 2650