

Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil

Patient satisfaction at Specialized Dental Clinics in Recife, Pernambuco State, Brazil

Ana Carolina Silva de Lima ¹
Etenildo Dantas Cabral ²
Marcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos ¹

Abstract

This study evaluated patient satisfaction at four specialized dental clinics in Recife, Pernambuco State, Brazil. Data were collected through a standardized self-applied individual questionnaire with 272 patients, to evaluate user satisfaction with public dental services. The findings indicated a positive evaluation on most dimensions, except for accessibility. Significant differences were observed between the services on the following dimensions: patient-dentist relationship ($p = 0.001$); patient-dental assistant relationship ($p = 0.007$); effectiveness ($p = 0.014$); accessibility/waiting time ($p = 0.018$); physical environment/reception room cleanliness ($p = 0.004$); acceptability ($p = 0.029$); and effectiveness/tooth appearance ($p = 0.029$), effectiveness/chewing capacity ($p < 0.001$). In conclusion, most users were satisfied with the dental care, and satisfaction differed between services.

Patient Satisfaction; Quality of Health Care; Oral Health

¹ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

² Centro de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

Correspondência

A. C. S. Lima
Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal de Pernambuco.
Av. Professor Moraes Rego s/n,
Recife, PE 50670-901, Brasil.
carolslima1@hotmail.com

Introdução

Os Centros de Especialidades Odontológicas são estabelecimentos de saúde da atenção secundária, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Devem oferecer, no mínimo, as especialidades de diagnóstico bucal, periodontia, endodontia, cirurgia oral menor e atendimento aos portadores de necessidades especiais. Segundo o critério físico-estrutural, os centros podem ser classificados em tipo I (três cadeiras odontológicas), tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas) e tipo III (no mínimo sete cadeiras) ¹. Atualmente, as *Portaria n.º. 599/GM* ¹ e *Portaria n.º. 600/GM* ² representam o arcabouço jurídico que normatizam a implantação e o financiamento dessas unidades de saúde, respectivamente.

Como serviços de saúde que representam, os Centros de Especialidades Odontológicas devem ser avaliados objetivando a melhoria contínua da qualidade do serviço. Nesse contexto, surgiu a necessidade de avaliar a satisfação do usuário como um indicador de resultado, o qual, oriundo dos conceitos da indústria, vem ganhando importância crescente na área da saúde, em virtude não apenas da competitividade do setor privado, como também da luta constante pelo exercício da cidadania ³.

Na área de saúde, após a 2ª Guerra Mundial, teve início a realização de estudos visando a avaliar a qualidade de serviços. Inicialmente, a ava-

liação era realizada a partir de aspectos isolados, como controle de infecção hospitalar, padrões de adequação de instalações e sistematização dos procedimentos executados pela enfermagem. Mas, ainda nesse período, um novo componente, o usuário, passou a integrar o processo de avaliação em saúde, como parte interessada e responsável pelas questões pertinentes à qualidade de assistência ^{4,5}.

Primeiramente, Donabedian ⁶ atribuiu três dimensões à qualidade: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre os profissionais e o paciente e amenidades, isto é, condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação ocorre. Em outro modelo, ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade ^{3,6,7}. Sendo assim, considerando o nível de satisfação do usuário, a avaliação da qualidade de assistência à saúde deve aferir o ajuste do serviço à demanda e ser capaz de detectar em que medida esse serviço atende às expectativas do paciente. Esta avaliação é considerada imprescindível para orientar gestores quanto às ações de saúde desenvolvidas ^{8,9,10}.

Então, no que se refere ao valor dos estudos da qualidade em saúde, a satisfação do usuário pode ser considerada tão indispensável para a avaliação da qualidade como o desempenho e a administração dos sistemas de cuidados de saúde. As percepções dos pacientes são igualmente vitais para a avaliação da qualidade ¹¹.

Na avaliação da qualidade dos sistemas de saúde de 191 países, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi observada pouca correlação entre os resultados decorrentes da avaliação técnica e a satisfação dos usuários, uma vez que os melhores sistemas de saúde, de acordo com a OMS, foram avaliados como “ruins” por seus usuários. Contudo, mesmo havendo divergência de percepção, tanto a visão do usuário quanto a dos peritos são importantes, reveladoras e devem ser consideradas em avaliações internacionais dos serviços de saúde ¹².

Em relação à satisfação dos usuários com a assistência à saúde no Brasil, a pesquisa mundial, realizada em 2003, reavivou antigos problemas observados em estudos locais. De acordo com os resultados obtidos, o tempo de espera e a liberdade de escolha do profissional representaram os maiores motivos de insatisfação entre os usuários da rede pública de saúde no país ¹³.

Na área da saúde bucal, para a avaliação da qualidade dos atendimentos odontológicos prestados numa universidade do Estado de Santa Catarina, conforme a opinião dos pacientes, os

critérios de confiabilidade, presteza, segurança, empatia e tangibilidade foram utilizados como indicadores. No estudo em questão, de forma geral, as manifestações positivas dos usuários sobre o serviço foram superiores às negativas, com ênfase para o bom relacionamento entre o aluno (futuro profissional) e o paciente, na categoria empatia, e o bom atendimento, na categoria confiabilidade. Por outro lado, os tempos de espera para ser chamado para iniciar o tratamento, para aguardar na sala de espera e para finalizar o tratamento representaram as manifestações negativas predominantes ¹⁴.

Apesar de alguns autores ^{15,16,17} estarem preocupados e já desenvolverem estudos sobre a qualidade em saúde sob a ótica dos usuários, existe uma carência de instrumentos validados para realização das pesquisas, especificamente na área da odontologia, as quais são mais comumente realizadas nas instituições de Ensino Superior ^{14,18} e em serviços de atenção básica ^{17,19,20}, porém raramente nos serviços de atenção secundária ²¹.

Buscando a padronização de um instrumento de coleta de dados, foi elaborado e validado no curso de doutorado em odontologia da Universidade de Pernambuco o *Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal* (QASSaB) ²², desenvolvido com base no modelo de avaliação da qualidade proposto por Donabedian ⁶. Após ter sido submetido a uma análise fatorial, resultou em sete dimensões da qualidade – relações humanas, eficácia, acessibilidade, qualidade técnico-científica, ambiente físico/limpeza, aceitabilidade e resolutividade.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a satisfação dos usuários assistidos nos quatro Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, conforme as dimensões da qualidade para avaliação de serviços de saúde bucal do QASSaB, identificando possíveis diferenças entre os resultados obtidos em cada uma dessas unidades de atenção secundária.

Metodologia

Foi realizado um estudo quantitativo e analítico com um desenho do tipo transversal nos Centros de Especialidades Odontológicas do Recife, capital do Estado de Pernambuco, Região Nordeste do Brasil.

O Município do Recife se encontra habilitado em gestão plena do sistema municipal e apresenta a estratégia de saúde da família como o modelo de reorganização da atenção básica. A cidade possui uma extensão territorial da ordem

de 217.494km², sendo subdividida em 94 bairros, que estão distribuídos em seis Regiões Político-Administrativas (RPA). Na saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS) ²³.

Apenas os DS I, III, IV e V possuem Centros de Especialidades Odontológicas que funcionam em instituições tradicionais de atendimento ao usuário. Esses distritos fizeram parte do estudo, respectivamente, por meio dos centros localizados nas seguintes instituições: Policlínica Waldemar de Oliveira, Santo Amaro (CEO A); Centro de Saúde Clementino Fraga, Casa Amarela (CEO B); Policlínica e Centro de Saúde Lessa de Andrade, Madalena (CEO C); Policlínica Agamenon Magalhães, Afogados (CEO D).

Os centros avaliados vêm funcionando como referência de serviço especializado para cada distrito. Eles adotaram uma sistemática similar de funcionamento quanto às especialidades disponibilizadas, turnos de atendimento ao usuário, protocolo de marcação de primeira consulta e cota de atendimento por profissional. Nenhum deles oferece todas as especialidades odontológicas exigidas pelo Ministério da Saúde e, em cada centro, quatro a cinco pacientes são atendidos por especialista.

A população de referência compôs-se de pessoas adultas assistidas nos centros com idade igual ou superior a 18 anos. Para a realização do cálculo do tamanho da amostra, foi utilizado o programa estatístico Epi Info, versão 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), utilizando precisão de 5%, intervalo de confiança de 90% (IC90%) e fator de correção 1. Para maximização da amostra, foi considerada uma população infinita e um grau de satisfação médio (prevalência de 50% para satisfeitos e insatisfeitos com o serviço). Como resultado desse cálculo, o tamanho total da amostra foi de 272 pacientes, sendo 68 respondentes de cada centro. Esse tamanho alcança um poder de teste de 80% para detectar uma magnitude 0,5 do teste de qui-quadrado com grau de liberdade 6 e um nível de significância de 5%.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista pessoal padronizada, aplicada pela pesquisadora, dentista e mestranda, numa sala dos próprios centros, resguardando a privacidade do entrevistado. O formulário da entrevista foi constituído por uma parte semi-estruturada, referindo-se aos dados demográficos e sócio-econômicos do entrevistado, e outra estruturada, o QASSaB ²², sendo alguns termos adaptados para a pesquisa após a realização do projeto-piloto.

O QASSaB ²² foi elaborado e validado no curso de doutorado em odontologia da Universidade de Pernambuco, com base no modelo de avaliação da qualidade proposto por Donabedian ⁶.

O processo de validação foi constituído por três fases: face a face, com a colaboração de dez pesquisadores da área; validação do conteúdo, por contraste, comparando-se usuários da rede privada e da pública; validação do constructo, divergente e convergente: a divergente baseou-se na sensação de dor referida pelo usuário nos últimos seis meses, como medida de referência de saúde bucal pelo paciente, e a convergente tomou como base o grau de satisfação com a saúde bucal. O instrumento foi apurado mediante os métodos aditivo e dicotomizado, apresentando boa consistência interna. A apuração pelo método aditivo demonstrou melhores qualidades psicométricas, e a análise fatorial originou a versão que foi utilizada para este estudo, formada por 11 perguntas ou questões (Q), abrangendo sete dimensões da qualidade: (1) relações humanas, referentes ao tratamento dispensado pelo dentista (Q1) e por outros profissionais (auxiliar do dentista – Q2); (2) eficácia, relacionada ao incômodo após o tratamento (Q3); (3) acessibilidade, apurada pela obtenção de uma vaga (Q4) e pelo tempo de espera no dia do atendimento (Q5); (4) qualidade técnico-científica, em relação à atualização tecnológica dos equipamentos odontológicos (Q6); (5) ambiente físico, ou seja, limpeza da recepção (Q7) e de banheiros (Q8); (6) aceitabilidade, referente à explicação ao usuário sobre o tratamento mais adequado (Q9); (7) resolutividade, relativa à satisfação com a aparência (Q10) e capacidade de mastigação dos dentes tratados (Q11). O instrumento foi construído com base na escala de Likert, com manifestações de respostas variando de excelente a péssimo, sendo tratadas como variáveis ordinais, cujos intervalos foram assumidos como regulares ²².

No presente estudo, utilizou-se uma semana para a entrevista em um dos centros em cada mês dos quatro meses de coleta de dados. Ou seja, uma semana do mês para cada centro, totalizando quatro semanas, de meses diferentes, para cada centro. Para cada semana foram sorteados aleatoriamente 17 pacientes dentre aqueles agendados para o atendimento durante a semana utilizada. Foram excluídos os casos de pacientes menores de 18 anos, com necessidades especiais cognitivas que dificultassem a comunicação, ou ainda aqueles que estavam sendo assistidos no centro pela primeira vez. Dos pacientes previamente selecionados pela lista de agendamento, os que faltassem à consulta eram prontamente substituídos pelos próximos nomes da lista de agendamento. A coleta de dados foi realizada em diferentes horas do dia, contemplando diversas especialidades e profissionais, visando a oferecer uma amostra representativa do serviço.

Os dados foram analisados por intermédio da frequência e da utilização dos testes estatísticos qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha Excel (Microsoft Corp., Estados Unidos) e exportados para o programa estatístico SPSS na versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, tendo sido aprovada sob o registro nº. 151.537 no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP), em consonância com a *Resolução nº. 196/96* do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Características sócio-demográficas dos entrevistados

Como mostra a Tabela 1, a idade dos usuários variou entre 18 e 74 anos, sendo os maiores percentuais correspondentes às idades entre 31 e 50 anos (40,8%) e entre 18 e 30 anos (40,4%). A maioria entrevistada foi do sexo feminino (73,9%), referindo a cor da pele parda (51,8%), vivendo só (60,3%) e com o nível de escolaridade até o Ensino Fundamental (54%). No que se refere a trabalho/renda, evidenciou-se que a maior parte (46%) possuía um trabalho esporádico, com renda variável. Também pode ser visto na Tabela 1 que a variável que apresentou maior diferença entre os Centros de Especialidades Odontológicas foi trabalho/renda, mas não de forma significativa no nível de 5% ($p = 0,06$). A prevalência de usuários sem trabalho/renda no CEO D foi 16,2%; nos CEO A e B, foi de 7,4%.

Avaliação das dimensões da qualidade pelo grupo total

Os resultados das dimensões da qualidade no grupo total estão apresentados na Tabela 2. Eles mostram avaliações positivas pela maior parte dos usuários para as seguintes dimensões: relações humanas/cirurgião-dentista e auxiliar; eficácia/incômodo após o tratamento; qualidade técnico-científica/tecnologia do equipamento; aceitabilidade/explicação do tratamento pelo profissional.

A maioria dos entrevistados considerou excelente a atenção recebida pelo cirurgião-dentista (64%) e auxiliar de saúde bucal (51,5%); 84,9% não sentiram nenhum incômodo após a realização do tratamento; 67,8% classificaram como

modernos os equipamentos utilizados durante o atendimento; e 72,4% informaram sempre receber explicação sobre o tratamento.

No entanto, em relação à dimensão acessibilidade, a maioria das respostas dos usuários não corresponde a avaliações positivas. Na verdade, para a questão sobre obtenção de uma vaga, apesar de 29,8% considerarem fácil obter uma vaga, 24,6% responderam ser difícil e 27,9%, muito difícil, o que representou, após o somatório das duas últimas, 52,5% de avaliações negativas. Em relação ao tempo de espera entre a chegada do usuário e o seu atendimento no dia da consulta, o maior percentual (48%) correspondeu às opções pela resposta nem longo, nem curto.

Com relação à dimensão ambiente físico, a limpeza da recepção teve avaliação positiva pela maioria dos entrevistados, sendo classificada como boa por 57% da amostra; entretanto, a limpeza dos banheiros foi avaliada negativamente por boa parte dos entrevistados, sendo classificada como péssima por 34,8% dos respondentes, apesar de apenas 141 usuários terem se posicionado.

Por fim, quando se avaliou a dimensão resolutividade, os maiores percentuais foram observados para as respostas satisfeitos com a aparência (40,3%) e com a capacidade de mastigação (39,9%) dos dentes tratados no serviço. Por sua vez, o somatório do percentual de respostas totalmente satisfeitos e muito satisfeitos com a aparência correspondeu a 45,2% e, em relação à capacidade de mastigação, o somatório foi de 37,7% da amostra. Isso demonstrou que boa parte dos usuários fez avaliações positivas também para essa dimensão da qualidade neste estudo.

Avaliação das dimensões da qualidade por unidade de serviço/Centros de Especialidades Odontológicas

Os resultados da Tabela 3 demonstram que existiu diferença significativa entre as dimensões da qualidade abaixo relacionadas, quando foram avaliadas isoladamente, por unidade de serviço: relações humanas/cirurgião-dentista ($p = 0,001$) e relações humanas/auxiliar de saúde bucal ($p = 0,007$); eficácia/incômodo após o tratamento ($p = 0,014$); acessibilidade/tempo de espera pelo profissional no dia da consulta ($p = 0,018$); ambiente físico/limpeza da recepção ($p = 0,004$); aceitabilidade/explicação do tratamento pelo profissional ($p = 0,029$); efetividade/aparência dos dentes ($p = 0,029$) e efetividade/capacidade de mastigação ($p < 0,001$).

Nos quatro centros, a maioria dos usuários considerou a atenção recebida pelo cirurgião-

Tabela 1

Caracterização da amostra de 272 usuários atendidos nos centros de especialidades odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil, 2008.

Variável independente	CEO A		CEO B		CEO C		CEO D		Valor de p *	Grupo total	
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
Faixa etária (anos)											
18-30	31	45,6	25	36,8	28	41,2	26	38,2	0,70	110	40,4
31-50	22	32,4	30	44,1	27	39,7	32	47,1		111	40,8
51-74	15	22,0	13	19,1	13	19,1	10	14,7		51	18,8
Sexo											
Masculino	17	25,0	17	25,0	17	25,0	20	29,4	0,91	71	26,1
Feminino	51	75,0	51	75,0	51	75,0	48	70,6		201	73,9
Raça											
Branca	26	38,2	25	36,8	21	30,9	25	36,8	0,28	97	35,7
Preta	5	7,4	5	7,4	7	10,3	14	20,6		31	11,4
Parda	36	53,0	37	54,4	39	57,4	29	42,6		141	51,8
Amarela	1	1,4	0	0,0	1	1,4	0	0,0		2	0,7
Indígena	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0		1	0,4
Estado civil											
Vive só **	42	61,8	39	57,4	38	55,9	45	66,2	0,54	164	60,3
Vive com alguém ***	26	38,2	29	42,6	30	44,1	22	32,4		107	39,3
Não informou	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	1,4		1	0,4
Escolaridade											
Até o Ensino Fundamental	39	58,0	31	45,6	44	64,7	33	49,1	0,11	147	54,0
Ensino Médio/Superior	28	41,7	37	54,4	24	35,3	34	50,6		123	45,2
Não informou	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3		2	0,7
Trabalho/Renda											
Sem trabalho/Sem renda	5	7,4	5	7,4	7	10,3	11	16,2	0,06	28	10,3
Com trabalho/Renda fixa	23	33,8	31	45,6	29	42,6	36	52,9		119	43,8
Trabalho esporádico/Renda variável	40	58,8	32	47,0	32	47,1	21	30,9		125	46,0
Total	68	100,0	68	100,0	68	100,0	68	100,0		272	100,0

* Comparação da distribuição das variáveis entre os centros de especialidades odontológicas;

** Incluindo solteiro, separado, desquitado, viúvo;

*** Incluindo casado e união estável.

dentista entre excelente e boa, destacando-se o CEO B por ter sido o único a obter 100% de satisfação do usuário nessa dimensão. Quando a avaliação foi da relação auxiliar de saúde bucal/paciente, nenhum dos centros alcançou o grau máximo de satisfação, e o CEO A foi o responsável pelo maior índice (7,8%) de pacientes que classificou como ruim ou péssima essa relação.

Em relação à dimensão eficácia, apesar de a resposta mais positiva (não ter sentido nenhum incômodo após a realização do tratamento) também ter correspondido aos maiores percentuais em todos os centros, no CEO D o percentual foi menor (77,9%), pois 19,1% dos entrevistados ainda referiram um pouco de desconforto após o tratamento nesse centro. No entanto, foi novamente do CEO A o maior percentual (10,3%)

dos que estavam insatisfeitos; nesse caso, porque sentiram muito desconforto.

Na questão sobre tempo de espera pelo profissional no dia da consulta (dimensão acessibilidade), os resultados não foram totalmente positivos, nem totalmente negativos para os centros avaliados. Os usuários do CEO C foram os que se declararam mais satisfeitos, visto que o maior percentual (33,8%) achou o tempo de espera curto ou muito curto. Contrariamente, no CEO B foram destacados os usuários mais insatisfeitos, pois, para 38,2% deles, o tempo de espera foi longo ou muito longo.

Na dimensão ambiente físico, a limpeza da sala de espera foi satisfatória para a maioria dos usuários dos CEO A, B, C e D. Particularmente no CEO C, nenhum paciente ficou insatisfeito com

Tabela 2

Avaliação da satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil, 2008, segundo as dimensões da qualidade propostas por Donabedian ⁶ e adaptadas por Fernandes ²².

Dimensão de qualidade	Satisfação do usuário (escore)					Total
	Excelente (5) n (%)	Boa (4) n (%)	Regular (3) n (%)	Ruim (2) n (%)	Péssima (1) n (%)	
Dimensão 1 – relações humanas						
Cirurgião-dentista	174 (64,0)	84 (30,9)	11 (4,0)	2 (0,7)	1 (0,4)	272 (100,0)
Auxiliar de saúde bucal	137 (51,5)	106 (39,8)	17 (6,4)	4 (1,5)	2 (0,7)	266 * (100,0)
Dimensão 2 – eficácia						
	Não senti nada (5) n (%)	Pouco desconforto (4) n (%)	Senti desconforto (3) n (%)	Muito desconforto (2) n (%)	Total desconforto (1) n (%)	Total n (%)
Incômodo	231 (84,9)	21 (7,7)	9 (3,3)	7 (2,6)	4 (1,5)	272 (100,0)
Dimensão 3 – acessibilidade						
	Muito fácil (5) n (%)	Fácil (4) n (%)	Nem fácil nem difícil (3) n (%)	Difícil (2) n (%)	Muito difícil (1) n (%)	Total n (%)
Obtenção de vaga	5 (1,8)	81 (29,8)	43 (15,8)	67 (24,6)	76 (27,9)	272 (100,0)
	Muito curto (5) n (%)	Curto (4) n (%)	Nem longo nem curto (3) n (%)	Longo (2) n (%)	Muito longo (1) n (%)	Total n (%)
Tempo de espera	7 (2,6)	60 (22,1)	130 (48,0)	55 (20,3)	19 (7,0)	271 ** (100,0)
Dimensão 4 – qualidade técnico-científica						
	Super moderno (5) n (%)	Moderno (4) n (%)	Mais ou menos (3) n (%)	Desatualizado (2) n (%)	Ultrapassado (1) n (%)	Total n (%)
Equipamento	18 (6,7)	181 (67,8)	61 (22,8)	6 (2,2)	1 (0,4)	267 *** (100,0)
Dimensão 5 – ambiente físico/limpeza						
	Excelente (5) n (%)	Boa (4) n (%)	Regular (3) n (%)	Ruim (2) n (%)	Péssima (1) n (%)	Total n (%)
Recepção	14 (5,1)	155 (57,0)	87 (32,0)	7 (2,6)	9 (3,3)	272 (100,0)
Banheiro	1 (0,7)	30 (21,3)	47 (33,3)	14 (9,9)	49 (34,8)	141 # (100,0)
Dimensão 6 – aceitabilidade						
	Sempre me explica tudo (5) n (%)	Na maioria das vezes me explica (4) n (%)	Não me lembro (3) n (%)	Raras vezes me explica (2) n (%)	Nunca me explica (1) n (%)	Total n (%)
Explicação do tratamento	197 (72,4)	16 (5,9)	1 (0,4)	12 (4,4)	46 (16,9)	272 (100,0)
Dimensão 7 – resolutividade						
	Totalmente satisfeito (5) n (%)	Muito satisfeito (4) n (%)	Satisfeito (3) n (%)	Pouco satisfeito (2) n (%)	Insatisfeito (1) n (%)	Total n (%)
Aparência dos dentes	45 (16,8)	76 (28,4)	108 (40,3)	23 (8,6)	16 (6,0)	268 ## (100,0)
Capacidade de mastigação	52 (19,2)	50 (18,5)	108 (39,9)	34 (12,5)	27 (10,0)	271 ** (100,0)

* Para 6 usuários não se dispõe desta informação;

** Para 1 usuário não se dispõe desta informação;

*** Para 5 usuários não se dispõe desta informação;

Para 131 usuários não se dispõe desta informação;

Para 4 usuários não se dispõe desta informação.

essa dimensão, uma vez que ninguém classificou a limpeza como ruim ou péssima; já o CEO A foi o que apresentou maior percentual de usuários insatisfeitos com a limpeza desse ambiente, com 11,8% classificando-a como ruim ou péssima.

De acordo com os resultados, a maioria dos usuários de cada centro também estava satisfeita com a dimensão aceitabilidade. O CEO B apre-

sentou, simultaneamente, o maior índice (88,2%) de pacientes aos quais o profissional sempre ou na maioria das vezes explicava tudo sobre o tratamento e o menor (10,3%), referente àqueles que raras vezes ou nunca recebiam tais informações. Inversamente ocorreu com o CEO C, com menor percentual de usuários satisfeitos.

Tabela 3

Avaliação individualizada da satisfação dos usuários, por Centro de Especialidade Odontológica do Município do Recife, Pernambuco, Brasil, 2008, segundo as dimensões da qualidade propostas por Donabedian ⁶ e adaptadas por Fernandes ²².

Dimensão da qualidade	CEO A		CEO B		CEO C		CEO D		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Dimensão 1 – relações humanas									
Cirurgião-Dentista									
Excelente/Boa	62	91,2	68	100,0	67	98,5	61	89,7	0,001 **, **
Regular	4	5,9	-	-	-	-	7	10,3	
Ruim/Péssima	2	2,9	-	-	1	1,5	-	-	
Total	68	100,0	68	100,0	68	100,0	68	100,0	
Auxiliar de saúde bucal									
Excelente/Boa	53	82,8	60	88,2	67	98,5	63	95,5	0,007 **, **
Regular	6	9,4	7	10,3	1	1,5	3	4,5	
Ruim/Péssima	5	7,8	1	1,5	-	-	-	-	
Total	64	100,0	68	100,0	68	100,0	66	100,0	
Dimensão 2 – eficácia									
Incômodo									
Não sentiu nada	57	83,8	61	89,7	60	88,2	53	77,9	0,014 **, **
Pouco desconforto/Desconforto	4	5,9	5	7,4	8	11,8	13	19,1	
Muito desconforto/Desconforto total	7	10,3	2	2,9	-	-	2	2,9	
Total	68	100,0	68	100,0	68	100,0	68	100,0	
Dimensão 3 – acessibilidade									
Obtenção de vaga									
Fácil/Muito fácil	30	44,1	20	29,4	18	26,5	18	26,5	0,273 ***
Nem fácil, nem difícil	11	16,2	10	14,7	11	16,2	11	16,2	
Difícil/Muito difícil	27	39,7	38	55,9	39	57,4	39	57,4	
Total	68	100,0	68	100,0	68	100,0	68	100,0	
Tempo de espera									
Curto/Muito curto	17	25,0	10	14,7	23	33,8	17	25,4	0,018 ***, **
Nem longo, nem difícil	28	41,2	32	47,1	31	45,6	39	58,2	
Longo/Muito longo	23	33,8	26	38,2	14	20,6	11	16,4	
Total	68	100,0	68	100,0	68	100,0	67	100,0	
Dimensão 4 – qualidade técnico-científica									
Equipamento									
Moderno/Super moderno	51	81,0	45	66,2	51	75,0	52	76,5	0,385 **
Mais ou menos	12	19,0	21	30,9	14	20,6	14	20,6	
Ultrapassado/Desatualizado	-	-	2	2,9	3	4,4	2	2,9	
Total	63	100,0	68	100,0	68	100,0	68	100,0	
Dimensão 5 – ambiente físico/limpeza									
Recepção									
Excelente/Boa	32	47,1	42	61,8	51	75,0	43	63,2	0,004 **, **
Regular	28	41,2	24	35,3	17	25,0	19	27,9	
Ruim/Péssima	8	11,8	2	2,9	-	-	6	8,8	
Total	68	100,0	68	100,0	68	100,0	68	100,0	
Banheiro									
Excelente/Boa	8	17,8	8	16,3	12	38,7	3	18,8	0,291 ***
Regular	15	33,3	17	34,7	10	32,3	5	31,3	
Ruim/Péssima	22	48,9	24	49,0	9	29,0	8	50,0	
Total	45	100,0	49	100,0	31	100,0	16	100,0	

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Dimensão da qualidade	CEO A		CEO B		CEO C		CEO D		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Dimensão 6 – aceitabilidade									
Explicação do tratamento									
Sempre/Na maioria das vezes explica	54	79,5	60	88,2	47	69,1	52	76,5	0,029 **
Não me lembro	-	-	1	1,5	-	-	-	-	
Raras vezes/Nunca explica	14	20,5	7	10,3	21	30,9	16	23,5	
Total	68	100,0	68	100,0	68	100,0	68	100,0	
Dimensão 7 – resolutividade									
Aparência dos dentes									
Muito/Totalmente satisfeito	27	41,5	35	51,5	28	41,8	31	45,6	0,029 **
Satisfeito/Um pouco satisfeito	34	52,3	30	44,1	39	58,2	28	41,2	
Insatisfeito	4	6,2	3	4,4	-	-	9	13,2	
Total	65	100,0	68	100,0	67	100,0	68	100,0	
Capacidade de mastigação									
Muito/Totalmente satisfeito	25	37,3	23	33,8	15	22,1	39	57,4	< 0,001 ***
Satisfeito/Um pouco satisfeito	34	50,7	42	61,8	49	72,1	17	25,0	
Insatisfeito	8	11,9	3	4,4	4	5,9	12	17,6	
Total	67	100,0	68	100,0	68	100,0	68	100,0	

* Diferença significativa de 5%;

** Através do teste exato de Fisher;

*** Através do teste de qui-quadrado de Pearson.

Na dimensão resolutividade/aparência dos dentes tratados, há que se destacar que, apesar de somente no CEO B a maioria dos usuários ter informado estar muito ou totalmente satisfeita (51,5%), foi exclusivamente no CEO C onde nenhum usuário declarou estar insatisfeito. Já em relação à resolutividade/ capacidade de mastigação, o CEO D apresentou uma situação interessante: foi, ao mesmo tempo, o único centro onde a maioria (57,4%) estava muito ou totalmente satisfeita com a capacidade de mastigação e onde se observou o maior percentual de usuários insatisfeitos nessa dimensão (17,6%). Dentre os centros, foi o CEO B que apresentou o menor percentual de insatisfeitos com a capacidade de mastigação do dente tratado (4,4%).

Discussão

No presente estudo, foram contempladas sete dimensões da qualidade para a avaliação de serviços sob a ótica dos usuários: relações humanas, eficácia, acessibilidade, qualidade técnico-científica, aceitabilidade, ambiente físico e resolutividade.

Em relação à satisfação do usuário, foi detectada uma boa avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife,

uma vez que a satisfação do paciente pode ser definida como as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde²⁴. Entretanto, algumas diferenças entre os centros foram observadas, e a acessibilidade surgiu como uma dificuldade enfrentada pelos usuários de forma geral.

Quanto à metodologia utilizada, concorda-se com Fernandes²² que o QASSaB é um instrumento prático e válido para quantificar a qualidade dos serviços de saúde bucal. No entanto, apesar de alguns autores questionarem a consistência dos comentários dos pacientes¹⁶, considera-se importante a criação de um espaço para comentários e sugestões destes, pois tais registros podem apresentar dados importantes e complementares à avaliação quantitativa^{10,17}.

A avaliação positiva de serviços sob a ótica dos usuários também foi resultado encontrado em outras pesquisas^{14,22}. Além disso, o receio de sanção no atendimento¹⁷, o *gratitude bias*, ou seja, o sentimento de gratidão do usuário pelo serviço gratuito^{16,25}, a impossibilidade de acesso a outro serviço, ou a proximidade do posto à sua residência¹⁶ constituem fatores que explicariam tal avaliação por pacientes de países cujos serviços públicos de atenção à saúde são predominantemente utilizados por usuários de baixa renda.

Especificamente em relação aos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, os resultados positivos da avaliação pelo usuário coincidiram com os resultados positivos de uma avaliação normativa. Da mesma forma que os usuários se declararam satisfeitos com os serviços oferecidos, esses centros, tipo II, localizados em cidades habilitadas na gestão plena do sistema do Estado de Pernambuco, funcionando em serviços pré-existentes, apresentaram um bom desempenho na avaliação técnica²¹.

Na presente pesquisa, assim como em outros estudos^{14,16,17,22}, a dimensão relações humanas foi motivo de satisfação dos usuários. A atenção do profissional e o tempo de duração da consulta podem ter originado uma associação positiva, sendo influenciada ou influenciando a comunicação estabelecida entre profissional e paciente. Essa correlação positiva entre os fatores foi referida numa pesquisa de avaliação da relação médico-paciente, sob a ótica do paciente, na rede pública de saúde do Brasil²⁶. Em adição, expressam a opinião de alguns autores¹⁶ quando consideram que a relação profissional-paciente tende a ser insatisfatória se houver limitação do tempo da consulta.

Os resultados deste estudo, contudo, revelaram um profissional com um perfil diferente, que dialoga com os pacientes, explicando-lhes o tratamento a ser realizado (aceitabilidade) e que desenvolve uma relação empática e participativa com eles (relações humanas). Sendo assim, um maior tempo para consulta devido à cota de atendimento por profissional nos Centros de Especialidades Odontológicas pode possibilitar um tempo maior para a escuta do paciente. Isso facilitaria o processo de humanização do atendimento, extremamente relevante para a satisfação do usuário^{9,27}. Ademais, o profissional de saúde tem que se esforçar para mudar sua relação com o saber e com o conjunto de atores sociais envolvidos, especialmente o usuário do serviço, uma vez que o atendimento baseado no estilo médico-centrado¹⁶ não satisfaz mais as expectativas do paciente. Este, atualmente, espera do profissional de saúde uma situação de acolhimento²⁸ capaz não só de aliviar e amenizar seu sofrimento, como também de responder resolutivamente ao seu problema de saúde²⁹.

Por outro lado, o número de profissionais por especialidades nos centros pode ser insuficiente, pois a obtenção de uma vaga foi considerada difícil pela maioria dos usuários, sugerindo que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a expansão da rede assistencial de atenção odontológica secundária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços da atenção básica, podendo gerar insatisfação. Em concordância, dados do

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) informam que os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos realizados³⁰.

Longas filas de espera, necessidade de chegar muito cedo para obtenção de uma ficha e favorecimento de vagas no serviço de saúde¹⁹, assim como cobertura insuficiente, demanda reprimida e o fato de ser usuário exclusivo da rede pública¹³, podem estar intimamente relacionados à percepção do usuário sobre a dificuldade para obtenção de uma vaga para o atendimento. Na saúde bucal, a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos no Município do Recife foi observada quando da avaliação de serviços de urgência²⁰, tendo sido também destacada como um dos principais problemas de saúde bucal no Brasil³¹.

Quando se trata de comparar a qualidade dos serviços prestados em cada Centro de Especialidade Odontológica por meio da satisfação do usuário, há que se destacar positivamente os CEO B e C, onde um ou outro obteve os maiores percentuais de mais alto nível de satisfação em quase todas as dimensões, dentre aquelas que apresentaram diferença significativa entre os centros, excetuando-se o componente capacidade de mastigação da dimensão resolutividade. Mesmo nesse componente, o CEO B obteve o menor percentual de indivíduos com menor nível de satisfação. Por outro lado, o CEO A carece de maior atenção dos gestores, tendo em vista que foi nele que se alcançaram os maiores percentuais, ou os segundos maiores, de mais baixo nível de satisfação em boa parte das dimensões avaliadas.

As maiores diferenças encontradas entre os centros ($p < 0,01$) apresentaram-se na dimensão relações humanas, no componente recepção da dimensão ambiente físico e no componente capacidade de mastigação da dimensão resolutividade, indicando que intervenções devem ser feitas em termos tanto de recursos humanos, quanto de infra-estrutura.

A percepção individual do usuário sobre o seu papel no sistema de saúde²⁷ e as características sociais e demográficas desse usuário^{13,22} podem influenciar na sua satisfação com serviços de saúde. Considerando-se que, no CEO D, a prevalência dos usuários sem trabalho ou renda foi maior que o dobro do encontrado nos CEO A e B, a condição de não ter trabalho pode ter afetado a avaliação do usuário em face das diversas dimensões da qualidade. Observe-se ainda que os usuários do CEO D fizeram as avaliações mais positivas quanto ao tempo de espera e na categoria ambiente físico/limpeza da recepção,

com a menor proporção das respostas longo/muito longo e ruim/péssimo. Por outro lado, os usuários do CEO C, que apresentaram a pior condição de escolaridade, relataram a melhor avaliação das relações humanas para auxiliar. Apesar de, no processo de validação do QAASaB²², as características sócio-demográficas, idade e renda terem sido associadas à satisfação do usuário de diferentes tipos de serviço, privado e público, em um outro estudo em Recife não foi observada uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis independentes e o nível de satisfação do usuário de serviços públicos de urgência²⁰.

Obviamente, mesmo que não se tenha atingido valor de $p < 0,05$, não se pode negligenciar o fato de que as diferenças na avaliação da satisfação dos usuários entre os Centros de Especialidades Odontológicas (Tabela 3) pode ter ocorrido, ao menos em parte, pelos diferentes perfis sócio-econômicos de seus usuários. Além disso, outras variáveis sócio-demográficas não analisadas no presente estudo, incluindo a dos profissionais e de infra-estrutura e administração, podem ter tido influência na diferença encontrada entre os centros, mas, para a resposta adequada a essa questão, seria necessária a realização de outro estudo, com delineamento específico, no qual seria possível tratar-se com profundidade toda a complexidade que o tema exige, analisando, por exemplo, uma gama bem maior de variáveis.

Considerações finais

Os Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife são serviços novos, em construção, apresentando particularidades quando avaliados isoladamente.

Os resultados desta pesquisa ressaltaram o caráter multidimensional da avaliação dos serviços de saúde, sugerindo que a qualidade percebida pelo paciente pode estar muito mais relacionada à maneira como ele é tratado do que com os aspectos técnicos da assistência propriamente ditos. Sendo assim, foi possível reconhecer a relevância deste estudo em dois aspectos: primeiro por haver discreto número de pesquisas sobre avaliação de serviços de atenção secundária de saúde bucal no Brasil; segundo, pelo fato de a satisfação do usuário constituir uma maneira democrática de avaliação, possibilitando a participação social nos serviços de saúde preconizada pela reforma sanitária brasileira.

Portanto, novas pesquisas enfocando a satisfação do usuário deveriam ser realizadas como forma de colaborar na detecção de pontos de melhoria dos serviços e também na implementação de ações em prol de uma assistência de qualidade, humana e com resolutividade.

Resumo

O estudo objetivou avaliar a satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. Realizou-se entrevista pessoal padronizada com 272 pacientes utilizando o Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB). Os resultados indicaram uma avaliação positiva para a maioria das dimensões no geral. A acessibilidade foi um ponto crítico destacado. Houve diferença significativa de 5% na satisfação dos usuários, entre as unidades de serviço, para: relações humanas/cirurgião-dentista ($p = 0,001$); relações humanas/auxiliar ($p = 0,007$); eficácia ($p = 0,014$); acessibilidade/tempo de espera ($p = 0,018$); ambiente físico/limpeza da recepção ($p = 0,004$); aceitabilidade ($p = 0,029$); efetividade/aparência dos dentes ($p = 0,029$) e efetividade/capacidade de mastigação ($p < 0,001$). Concluiu-se que a maioria dos usuários está satisfeita com a assistência prestada nos centros e que a satisfação difere em cada centro.

Satisfação do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Saúde Bucal

Colaboradores

A. C. S. Lima participou da coleta e análise dos dados; redação e revisão crítica do artigo. M. M. V. B. Vasconcelos colaborou na revisão crítica do artigo. E. D. Cabral contribuiu no delineamento da metodologia, análise dos dados e revisão crítica do artigo.

Referências

1. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599. Define a implantação de especialidades odontológicas (CEO) e de laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.
2. Ministério da Saúde. Portaria nº. 600. Institui o financiamento dos centros de especialidades odontológicas. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.
3. Malik AM. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. Cad FUNDAP 1996; 19:7-24.
4. Souto LR, Espírito Santo ACG, Mendonça M, Cavalcanti Z. Percepção da clientela acerca dos fatores críticos no atendimento ambulatorial prestado pelo Hospital das Clínicas da UFPE. Rev IMIP 1996; 10:103-10.
5. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? Soc Sci Med 1994; 38:509-16.
6. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114:1115-8.
7. Vuori H. A qualidade de saúde. Divulg Saúde Debate 1991; (3):17-25.
8. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med 1992; 14:236-49.
9. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – a satisfação do usuário. Cad Saúde Pública 1998; 14: 263-8.
10. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? Rev Saúde Pública 2007; 41:150-3.
11. Mezomo JC. Qualidade na relação hospital-paciente. Hosp Adm Saúde 1993; 17:17-21.
12. Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the world health organization on health system performance. Health Aff 2001; 20:11-20.

13. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl 1:S109-18.
14. Bottan ER, Sperb RAL, Telles OS, Uriarte NM. Avaliação de serviços odontológicos: a visão dos pacientes. *Rev ABENO* 2006; 6:128-33.
15. Souza RK, Scholtz MR. Utilização e avaliação dos serviços oferecidos por uma unidade básica de saúde do município de Maringá-PR. *Saúde Debate* 1996; (52):35-41.
16. Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:80-8.
17. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompéu/MG: a satisfação do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:123-30.
18. Leão ATT, Dias K. Avaliação dos serviços de saúde prestados por faculdades de odontologia: a visão do usuário. *Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva* 2001; 2:40-6.
19. Lima MADS. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm* 2007; 20:12-7.
20. Carnut L, Figueiredo N, Goes PSA. Avaliação do nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas da cidade do Recife. *UFES Rev Odontol* 2008; 10:10-5.
21. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:259-67.
22. Fernandes LMAG. Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco; 2002.
23. Prefeitura do Recife. Plano municipal de saúde — plurianual 2006/2009. <http://www.recife.pe.gov.br/modelo.php?id=138&Tipo=D> (acessado em 12/Fev/2009).
24. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982; 16:577-82.
25. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:599-612.
26. Pereira MGA, Azevêdo ES. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51:153-7.
27. Akerman A, Nadanovsky P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? *Cad Saúde Pública* 1992; 8:361-5.
28. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 25: 75-85.
29. Merphy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LC, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 117-60.
30. Costa JFR, Chagas L, Silvestre R. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. (Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11).
31. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:999-1010.

Recebido em 28/Abr/2009

Versão final reapresentada em 04/Mar/2010

Aprovado em 11/Mar/2010