

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TALITA SEREJO ESTRELA

**SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES
DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO POVOADO DA
CORÉIA, NO MUNICÍPIO DE ARARI, MARANHÃO.**

São Luís

2010

TALITA SEREJO ESTRELA

**SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES
DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO POVOADO DA
CORÉIA, NO MUNICÍPIO DE ARARI, MARANHÃO.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Doutora Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2010

Estrela, Talita Serejo.

Satisfação dos usuários em relação às atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal no povoado da Coréia no município de Arari, Maranhão. Talita Serejo Estrela. - São Luís, 2010.

30f.

Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Saúde pública. 2. Programa Saúde da Família. 3. Equipe de Saúde Bucal. 4. Satisfação. 5. Usuário I. Título.

CDU 614

TALITA SEREJO ESTRELA

**SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES
DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO POVOADO DA
CORÉIA, NO MUNICÍPIO DE ARARI, MARANHÃO.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

Profª Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo- USP

À Deus, fonte de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença em minha vida.

Aos meus familiares, pela compreensão e incentivos dispensados no transcorrer dessa trajetória.

A Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, nossa orientadora, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

Ao amigo Nestor Henrique Fonseca, pela ajuda e disposição em colaborar com esta pesquisa.

Aos queridos profissionais da saúde: Ronaldo e “Morena”, pela dedicação e presteza.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

“Muitas pessoas podem fazer grandes coisas por Deus, mas poucas querem fazer pequenas coisas por Deus”

Madre Teresa

RESUMO

A ampliação das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), com a implantação da Equipe de Saúde Bucal (ESB), previsto na Portaria 1.444 de 28/12/2000, foi um importante passo para a reorganização da atenção à saúde bucal e um maior acesso da população de baixa renda às ações de saúde e tratamento dentário de qualidade. No município de Arari (MA), no povoado da Coréia, a ESB foi incluída no contexto do PSF em 2005 e desenvolve suas atividades junto à comunidade, com visitas domiciliares, em escola, e na própria Unidade Básica de Saúde. Com o objetivo de avaliar a satisfação dos usuários em relação às ações desenvolvidas pela ESB, foi aplicado um questionário previamente elaborado com questões abertas e fechadas para os usuários do PSF que estiveram na Unidade Básica de Saúde no período do estudo, aguardando atendimento em qualquer setor ou na condição de acompanhante. Os dados obtidos foram analisados e mostram que a maioria dos usuários é de adultos jovens, sendo a média de idade 32 anos, do gênero feminino, possui baixo nível educacional e pertence a famílias de baixa renda. Este público considera que houve uma melhora na qualidade de saúde bucal, apresentando-se satisfeito quanto a atuação da atual equipe.

Palavras-chave: Saúde pública. Programa Saúde da Família. Equipe de Saúde Bucal. Satisfação. Usuário.

ABSTRACT

The expansion teams of the Family Health Program (FHP), with the implementation of the Team Dental Health (TDH), as provided in Ordinance nº. 1444, 28/12/2000, was an important step in the reorganization of oral health care and a greater access of poor people in health care and dental treatment quality. In Arari (MA), in the village of Coréia, the ESB was included in the context of the FHP in 2005 and develops its activities in the community, with home visits, in school, and even in the Basic Health Unit. In order to assess user satisfaction with respect to actions undertaken by the TDH, a questionnaire was previously developed with open and closed questions for users of the FHP that were at the Basic Health Unit during the study period, waiting for care in any sector or provided escort. The results were analyzed and showed that most users are young adults, the average being 32 years old, female, have low educational level and belong to low income families. The public felt that there was an improvement in the quality of oral health, presenting themselves satisfied with the performance of the current team.

Key- words: Public health. Family Health Program. Oral Health Team. Satisfaction. User.

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|-----------|---|----|
| Gráfico 1 | - Distribuição percentual dos usuários entrevistados da Unidade Básica de Saúde da Coréia de acordo com o grau de instrução. Arari, MA- 2010..... | 17 |
| Gráfico 2 | - Distribuição percentual dos usuários entrevistados da Unidade Básica de Saúde da Coréia de acordo com a renda. Arari, MA 2010..... | 18 |
| Gráfico 3 | - Distribuição percentual dos usuários entrevistados da Unidade Básica de Saúde da Coréia quanto ao tipo de serviço oferecido. Arari, MA- 2010..... | 19 |
| Gráfico 4 | - Distribuição percentual dos usuários entrevistados da Unidade Básica de Saúde da Coréia de acordo com o grau de satisfação dos usuários. Arari, MA- 2010..... | 20 |
| Gráfico 5 | - Distribuição percentual dos usuários entrevistados da Unidade Básica de Saúde da Coréia de acordo com melhorias trazidas quanto a implantação da ESB. Arari, MA – 2010..... | 21 |

SUMÁRIO

| | |
|------------|---------------------------------------|
| | p. |
| 1 | INTRODUÇÃO 10 |
| 2 | OBJETIVOS 14 |
| 2.1 | Geral 14 |
| 2.2 | Específicos 14 |
| 3 | METODOLOGIA 15 |
| 4 | RESUTADOS E DISCUSSÃO 17 |
| 5 | CONCLUSÃO 22 |
| | REFERÊNCIAS 23 |
| | APÊNDICE 26 |

1 INTRODUÇÃO

As ações odontológicas públicas no Brasil foram iniciadas no final do século XIX, sendo aplicadas a populações restritas e confinadas, como presidiários ou internos em instituições psiquiátricas. Na década de 60 o sistema de saúde era dividido em sistema de saúde público e previdenciário – INPS. Em 1977 cria-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) cuja estrutura organizacional não contemplava a odontologia integral; apenas ofertava exodontias e alguns procedimentos restauradores para crianças, enquanto os estados eram responsáveis pela maioria das ações, direcionadas principalmente ao escolar (PEQUENO, 2002).

Apenas em 1980 a Odontologia merece destaque em fóruns nacionais de debates sobre a situação de saúde no Brasil por ocasião da VII Conferência Nacional de Saúde – CNS. Nesta oportunidade, analisa-se o modelo de prática odontológica no Brasil e propõem-se diretrizes para a ação governamental quanto à formação de recursos humanos para a área, tecnologias e estratégias de atenção. Caracterizou-se, neste evento, a Odontologia brasileira como ineficiente e ineficaz, apresentando um caráter mercantilista e monopolista, com enfoque curativo e de baixa cobertura (PERES, 1995).

Na VIII CNS (1986) foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal na qual foi reafirmado o diagnóstico anteriormente formulado sobre a situação caótica da saúde bucal no país. Com a promulgação da constituição nacional (BRASIL, 1988) e das leis orgânicas da saúde (BRASIL, 1990), que dispõem sobre os princípios do SUS, abriu-se a perspectiva da construção de um sistema de saúde que garantia, articulado a outras áreas, o direito a saúde como o direito de cidadania, estabelecendo assim uma nova política organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde (MENDES, 1998).

O modelo assistencial hegemônico nos países era caracterizado por uma prática baseada no hospital e na cura de doenças, gerando uma utilização irracional dos recursos tecnológicos, uma baixa resolutividade e um alto grau de insatisfação dos usuários. Em substituição a esse modelo tradicional ineficiente, surgiu uma nova

estratégia, a qual visa priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral: o Programa Saúde da Família. A primeira etapa de sua implantação iniciou-se em julho de 1991 através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de janeiro de 1994 foram implantadas as primeiras equipes do programa de saúde da família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1997).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde e o documento que define as bases do programa destaca que “*ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua*” (TRAD; BASTOS, 1998).

O PSF, no discurso oficial, é uma estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde seguindo os seus princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2000). Ainda, visando colocar em prática os princípios doutrinários e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), esta estratégia tem como fundamentos importantes a humanização das práticas de saúde, a busca pela satisfação do usuário, o estreitamento do relacionamento entre profissionais e comunidade e o estímulo pelo reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e da qualidade de vida (FADEL; SANDRINI; ZARDO, 2007).

O Ministério da Saúde torna claro que garantir a atenção integral aos indivíduos é uma das suas principais finalidades, sendo que, apesar de estar no primeiro nível de atenção denominado atenção básica, a unidade de saúde da família deve estar ligada a uma rede de serviços de forma a garantir a referência e contra-referência para a resolução de problemas (BRASIL, 2000).

Em sua versão original, a equipe de saúde da família é composta de uma equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Cada equipe trabalha com o território de abrangência definido, sendo responsável por desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde, prestada na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais. Os territórios do PSF envolvem o domicílio, as microáreas, creches e escolas. A partir dessa delimitação da área de abrangência é possível identificar, com mais

facilidade, os principais problemas de saúde que afetam aquela comunidade, compreendendo os principais agravos da população, permitindo que seja elaborado diagnóstico e avaliação para planejar e desenvolver ações de saúde coerentes com a realidade vivida (BARROSO; EMMI, 2008).

O desafio existente para a saúde pública, no Brasil, consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados. Esse desafio assume uma configuração mais nítida e contrastante quando engloba populações vivendo em condições de pobreza e desigualdade social. É necessário que as práticas de atenção básica efetuadas pela estratégia de saúde da família sejam reorganizadas de tal forma que sua operacionalização possa apresentar variações necessárias às diferentes realidades locais e regionais (FADEL; SANDRINI; ZARDO, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, somente em dezembro do ano 2000, através da regulamentação da Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000, criou-se o incentivo para a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na estratégia saúde da família (BRASIL, 2000). Tal advento foi um grande avanço para a saúde pública como também para a Odontologia, visto que possibilitou além de novas oportunidades de trabalho, a melhoria na execução das práticas de saúde bucal, por meio de um novo modelo de atendimento. Isso significa um passo no histórico da Odontologia brasileira e o reconhecimento da importância da saúde oral como parte imprescindível na saúde do indivíduo (ANDRADE; FERREIRA, 2006).

A inserção da odontologia poderia ocorrer sob duas modalidades, com variações dos incentivos financeiros: a modalidade I, composta de um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD) e a modalidade II, de um CD, um ACD e um técnico em higiene dentária (THD) (BRASIL, 2000).

Os principais objetivos foram melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira e reorientar as práticas de atenção à saúde bucal, avaliando os padrões de qualidade e o impacto das ações desenvolvidas (FADEL; SANDRINI; ZARDO, 2007). Por focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se através desta estratégia consolidar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos vigentes que ora se caracterizam como curativo-mutilador, ora

meramente de promoção da saúde bucal da população infantil escolar (BARROSO; EMMI, 2008).

No ano de 2004, o governo lançou a atual Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, buscando ampliar e garantir a assistência odontológica à população, propondo a operacionalização dos pressupostos do Ministério da Saúde, e oferecendo crescentes incentivos à implantação da Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2005).

As distorções, inadequações ou os inegáveis avanços alcançados em algumas localidades têm sido objeto de estudos em fóruns e trabalhos científicos. Para Trad; Bastos (1998), o controle social fortalecido com o advento do SUS e o incentivo à participação da comunidade pressupõe uma concepção do usuário do sistema com competência para avaliar e intervir modificando o próprio sistema. Estes autores situam o aumento do interesse pela avaliação da satisfação do usuário em inícios dos anos 70 e elucida que “abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços”.

A necessidade de avaliar serviços, em especial os serviços de saúde, além de servir para melhorar o desempenho dos prestadores de serviço, alavancar a satisfação de funcionário e usuários, melhorar o contexto do trabalho e a qualidade de vida das pessoas, proporciona melhores resultados no sistema (CHAVIENATO, 1994). Considerando estudos como o de Santos (1995) que enfatizou que a satisfação do usuário é um instrumento avaliador realmente verdadeiro e que deve ser o objetivo final de todo serviço de saúde, optou-se por avaliar este aspecto.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a satisfação dos usuários em relação às ações desenvolvidas pela equipe de saúde bucal do povoado de Coréia, no município de Arari, Maranhão.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil demográfico dos usuários desses serviços;
- Conhecer as ações de saúde bucal desenvolvidas pela equipe de saúde bucal do Programa Saúde da Família na visão dos usuários;
- Caracterizar a satisfação dos usuários quanto aos serviços acessados;
- Identificar benefícios relatados pelos usuários a partir da implantação da equipe de saúde bucal.

3 METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo e quantitativo.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada no mês de agosto de 2010, no período de nove a treze, na Unidade Básica de Saúde do povoado da Coréia, no município de Arari – Maranhão.

O município de Arari é uma cidade da região norte maranhense, localizada na microrregião do médio mearim, numa área popularmente conhecida como “baixada maranhense”, a 165 km da capital São Luís. Possui uma população de aproximadamente 28.787 habitantes. É banhado pelo rio Mearim, e um dos grandes destaques turísticos é a pororoca, fenômeno que acontece devido ao encontro da água doce do rio com a água salgada, promovendo a formação de ondas de até quatro metros de altura. As principais atividades econômicas são a pesca, a colheita da melancia e do arroz (IBGE, 2007).

O povoado da Coréia apresenta uma média de 4.058 habitantes e fica localizado numa zona considerada urbana. Possui abastecimento de água pela rede pública na maioria dos domicílios (85,44%). O lixo é coletado pela empresa de coleta pública municipal em sua grande parte (56,23%) e outros 34,35% são queimados e/ou enterrados. Não possui sistema de saneamento básico, sendo o principal destino das fezes e urinas as fossas. A maioria das casas são construídas com tijolo (86,68%), seguida da do tipo de taipa não revestida (10,37%) (DATASUS, 2010).

A Unidade Básica de Saúde da Coréia foi inaugurada em janeiro do ano de 2005. Possui recepção, sala de curativo, enfermagem, imunização, nebulização, clínicas básicas, lavanderia, central de esterilização, além do consultório odontológico. Funciona nos turnos da manhã e tarde. A equipe é composta de uma médica, enfermeira, dentista, auxiliar de consultório dentário, auxiliar de enfermagem

e 11 agentes comunitários de saúde. Oferece serviços de consulta com médico, enfermeiro, vacinação, farmácia básica, curativos e odontologia. A equipe de saúde bucal apresenta-se com a modalidade tipo I.

População

Os sujeitos desta pesquisa foram todos os 40 usuários que estiveram na Unidade Básica de Saúde no período do estudo, aguardando atendimento em qualquer setor ou na condição de acompanhante; no caso de menores de 18 anos, foram abordados os responsáveis que estiveram acompanhando-os na unidade, e que aceitaram participar da pesquisa após esclarecimento sobre a finalidade do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B)

Instrumento de coleta de dados

A pesquisa de campo foi realizada utilizando-se um questionário previamente elaborado contendo perguntas abertas e fechadas (Apêndice A), constando das seguintes variáveis: sexo, faixa etária, grau de escolaridade e renda. Há ainda perguntas sobre o tipo de serviço oferecido, presteza no atendimento, facilidade de acesso, relação profissional/paciente, e satisfação dos usuários.

Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio da aplicação de um questionário com os usuários que aguardavam atendimento nos diversos setores da unidade ou estiveram na condição de acompanhante, se moradores da área. Os questionários foram aplicados por um Agente Comunitário de Saúde, uma Auxiliar de Consultório Dental e uma funcionária da Unidade, todos previamente treinados para a entrevista.

Análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados por um profissional estatístico e expresso em gráficos e textos através do World (Microsoft Corp., Estados Unidos).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os usuários entrevistados, na distribuição quanto ao sexo, houve preponderância do sexo feminino (83%). Segundo Ferreira Filho et al (1996), este dado está de acordo com a maioria dos estudos realizados em serviços de saúde, nos quais a clientela feminina é sempre preponderante. A média da faixa etária foi de 32 anos, caracterizando uma amostra jovem em fase adulta.

Quanto à escolaridade dos usuários verificou-se que 35% apresentam o ensino fundamental incompleto e 30% o ensino médio completo. Apenas 5% dos entrevistados possuem o ensino superior completo (Gráfico 1). Esses resultados coincidem com os encontrados por Fadel; Sandrini; Zardo, 2007 onde houve predominância dos usuários com nível fundamental incompleto. Devido a essa variação de escolaridade, é preciso que se saiba trabalhar muito bem a educação em saúde, seja na Unidade ou nas visitas domiciliares, para que atinja a todos e que todos sejam conscientizados da importância da manutenção da saúde bucal.

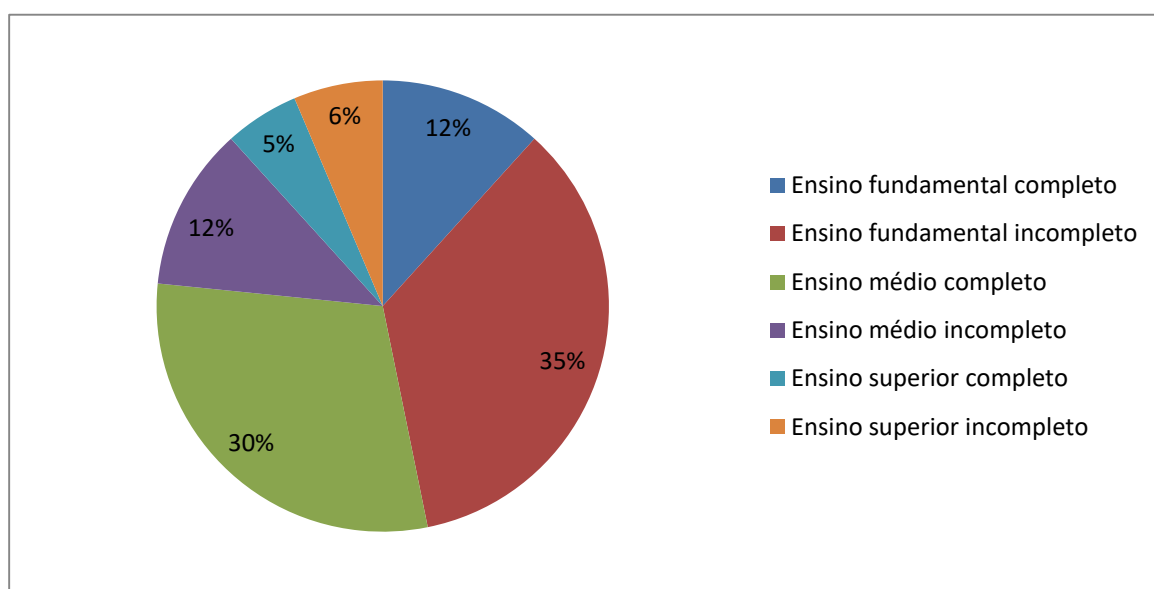


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 40 usuários entrevistados da Unidade Básica de Saúde da Coréia de acordo com a escolaridade. Arari, MA- 2010.

O Gráfico 2 mostra a distribuição quanto a renda familiar, que variou de menos de um salário mínimo a mais de 3 salários mínimos, com predomínio de 1 a 2 salários mínimos (49%) e um percentual de 28% vivendo abaixo da linha de pobreza.

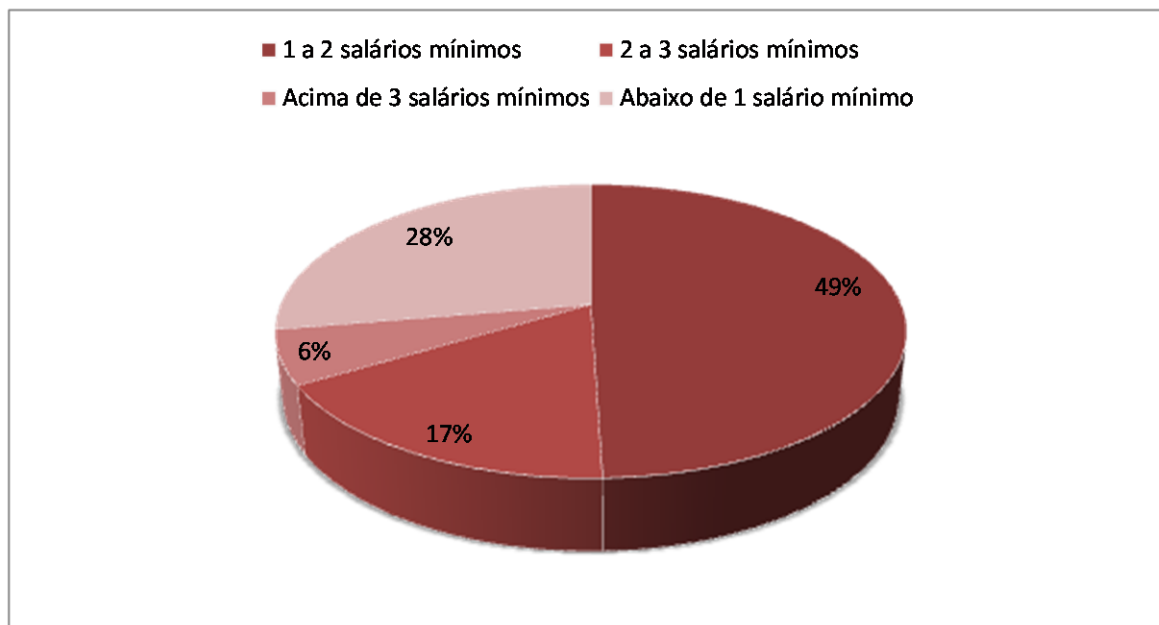


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos 40 usuários entrevistados da Unidade Básica de Saúde da Coréia de acordo com a renda. Arari, MA- 2010.

No estudo de Andrade; Ferreira, 2006 aproximadamente setenta e cinco por cento (75,83%) das famílias participantes têm renda familiar total entre 1 a 2 salários mínimos, concordando com os resultados obtidos.

Em relação ao tipo de serviço oferecido 44% relataram ter realizado aplicação tópica de flúor/ limpeza, seguidos de 39% ter executado procedimentos restauradores. As extrações dentárias corresponderam a 22% dos procedimentos executados (Gráfico 3). Isso significa um avanço na mudança da mentalidade da população, que geralmente deixa para ir ao consultório dentário apenas em casos de dor ininterrupta.

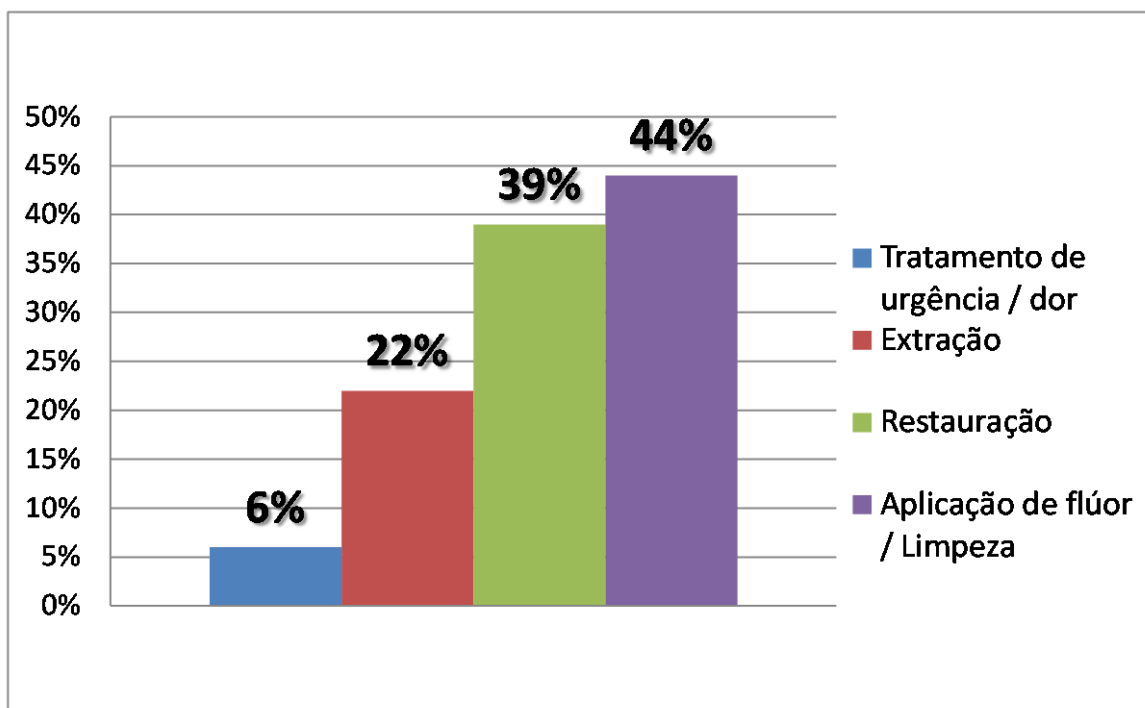


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos 40 usuários entrevistados da Unidade Básica de Saúde da Coréia quanto ao tipo de serviço oferecido. Arari, MA- 2010.

Para investigar se existem educação e promoção de saúde oral, foi aferido junto aos usuários se os mesmos receberam orientações de higiene oral por parte do dentista e do auxiliar. Do universo pesquisado, 94% responderam que “sim”, enquanto que 6% responderam que “não”. Dos que receberam, 78% afirmaram entender as orientações passadas e 6% não responderam a essa pergunta. As equipes de saúde bucal devem ser preparadas para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, sempre voltando sua atuação para a promoção de saúde. Neste aspecto, a equipe de saúde bucal da Coréia tem conseguido cumprir seu papel. Ainda segundo Volschan et al, (2002), o sucesso dos programas destinados a elevar o nível de saúde bucal depende, fundamentalmente, de recursos humanos adequadamente preparados.

No que se refere à facilidade de acesso ao consultório odontológico, 72% declaram não haver dificuldades para se deslocarem de seus domicílios até a unidade. Apenas 28% relataram “ser longe” a distância entre seu lar e a Unidade.

Nesta questão, pode-se verificar que para a comunidade a existência de uma Unidade próxima aos seus domicílios é muito importante não só pelo fato da facilidade de acesso até lá, como também por facilitar a vida de pessoas que têm

filhos e que precisam deixá-los sozinhos quando têm de ir ao serviço de saúde. Este aspecto foi estudado por Regis Filho; Lopes (1996) e vem sendo confirmado neste estudo.

Quanto à presteza no atendimento, 94% dos usuários entrevistados afirmaram ser fácil a marcação de consultas, que foi de “alguns dias” em 100% das respostas. Esses resultados diferem dos resultados obtidos por Andrade; Ferreira, 2006 onde a fala dos usuários mostram insatisfação quanto ao tempo de espera por um tratamento. A equipe de saúde bucal da Coréia demonstra um planejamento quanto ao método de marcação de consulta odontológica, tomando-se como ponto de partida a realidade local. Já em relação ao acesso ao tratamento odontológico, 44% relataram ter marcado através de agendamento com Auxiliar ou Agente de Saúde e 44% através de fichas distribuídas no dia do atendimento, sendo que 11% não responderam a essa questão.

Grande parte dos usuários declarou gostarem do atendimento dado pelo Dentista e Auxiliar (89%), sendo que 67% classificam como “ótimo” o grau de satisfação quanto aos atendimentos, seguido de 28% como “bom” e apenas 5% como “regular” (Gráfico 4).

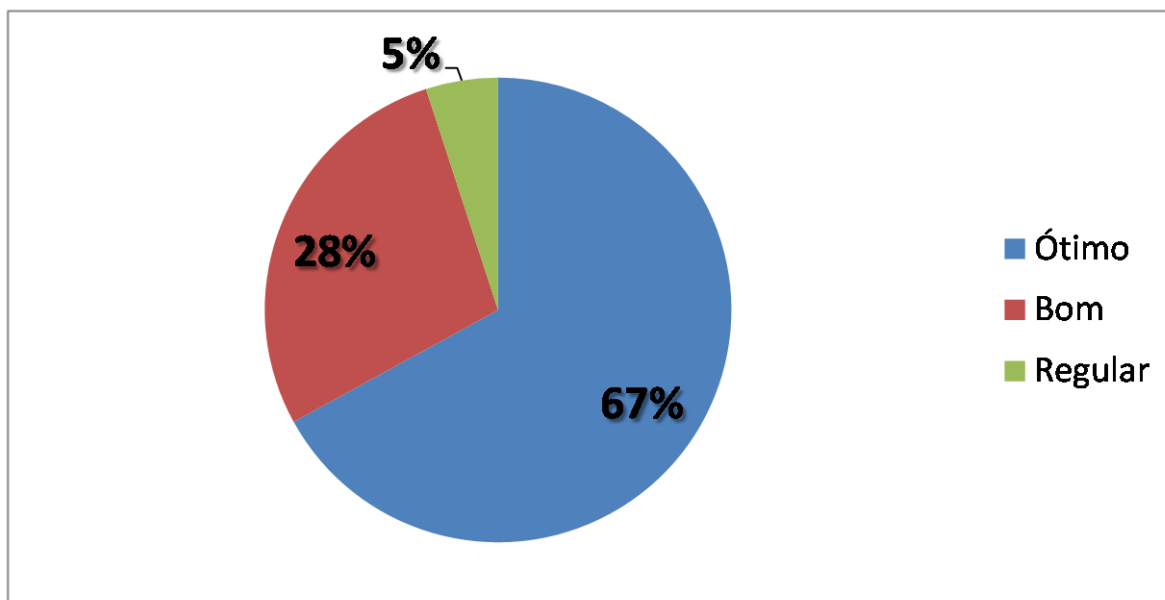


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos 40 usuários entrevistados da Unidade Básica de Saúde da Coréia de acordo com o grau de satisfação dos usuários. Arari, MA- 2010.

Esses resultados estão de acordo com os obtidos por Barroso; Emmi, 2008, onde grande parte dos usuários também informou estar muito satisfeita com a atuação da ESB. Trad et al, 2002 afirmam que o grau de satisfação do usuário está condicionado à eficácia das estratégias de comunicação e informação utilizada pela equipe, além da resolutividade.

Quando os usuários foram questionados se houve melhora em sua saúde após inserção da ESB, 100% das respostas foram positivas; o fator mais citado como melhora foi a oportunidade de ter acesso a serviços odontológicos de qualidade, realizando o tratamento necessário e mantendo sua higiene oral (30%). Em segundo lugar com 20% merece destaque o fato não precisar pagar para realizar os procedimentos odontológicos (Gráfico 5).

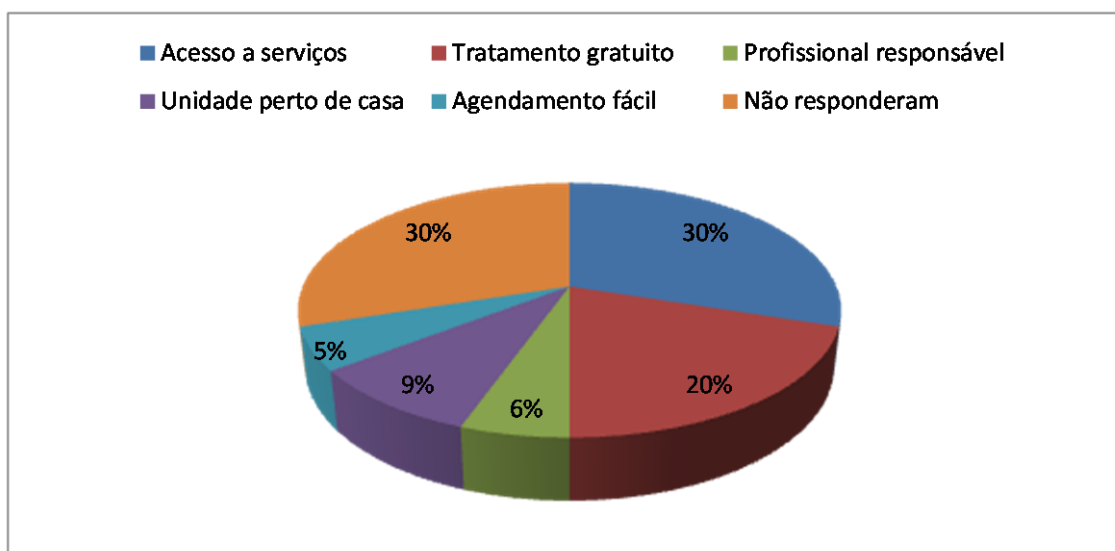


Gráfico 5 - Distribuição percentual dos 40 usuários entrevistados da Unidade Básica de Saúde da Coréia de acordo com melhorias trazidas quanto a implantação da ESB. Arari, MA – 2010.

Diante dos resultados acima citados, pode-se afirmar que Equipe de Saúde Bucal da Coréia compreendeu as políticas de saúde propostas pela estratégia saúde da família, buscando trazer melhorias no atendimento e serviços oferecidos, levando em consideração as particularidades e o contexto sócio-econômico-cultural da comunidade, contribuindo para a melhoria da saúde e qualidade de vida.

5 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, conclui-se que:

- a) O perfil demográfico dos entrevistados revela que a maioria dos usuários da ESB da Coréia é de adultos jovens, sendo a média de idade 32 anos, do gênero feminino, possui baixo nível educacional e pertence a famílias de baixa renda, com predomínio de 1 a 2 salários mínimos.
- b) Aplicação tópica de flúor/ limpeza e procedimentos restauradores são os principais tipos de serviços oferecidos.
- c) A equipe de saúde bucal conseguiu contemplar as atividades propostas para este novo modelo de atenção dando ênfase para questões relacionadas à promoção de saúde bucal.
- d) Grande parte dos usuários relatou não haver dificuldades quanto à marcação de consultas, em relação ao acesso à Unidade Básica de Saúde.
- e) De um modo geral, a população se mostra satisfeita com as ações de saúde bucal desenvolvidas, considerando uma grande melhora na saúde bucal após a implantação da Equipe de Saúde Bucal.
- f) As melhorias consideradas de maior importância para a população da amostra foram, nessa ordem, o acesso ao tratamento odontológico de qualidade e de forma gratuita.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 123-130, 2006.

ARAUJO JUNIOR, J.L.A.C.A.; MARTELLI, P.J.L.; PIMENTEL, F.C. Evolução da assistência em saúde bucal na estratégia de saúde da família do município do Recife (PE) no período de 2001 a 2007. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.32, n.2, p.253-264, maio./ago. 2008.

BARROSO, R.F.F.; EMMI, D.T. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, jan./fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. _____. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 20 set. 1990.

_____. _____. Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 31 dez. 1990.

_____. _____. Ministério da Saúde. Portaria n.1444 de 28 de dezembro de 2000. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica – portaria de incentivos financeiros. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. DF, 2000.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente**. Brasília, DF. Ministério da Saúde; 2005.

_____. _____. Ministério da Saúde. **Projetos e Programas. Saúde da Família**.1997. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em: 5 jul. 2010.

CHAVIENATO, I. **Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa**. 2ª ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

COSTA, I.C.C. et al. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 379 - 388, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm>. Acesso em: 5 jul. 2010.

DATASUS, 2010. **Consolidação das famílias cadastradas no ano de 2010**. Secretaria Municipal de Saúde de Arari-MA. Acesso em: 27 jul. 2010.

FADEL, C.B.; SANDRINI, J.C.; ZARDO, L.N. Avaliação do perfil e grau de satisfação dos usuários dos serviços odontológicos na estratégia Saúde da Família, na zona rural, do município de Castro/PR. **Biol. Health Sci.**, Ponta Grossa, v.13, n.3/4, p. 59-66, set./dez. 2007.

FERREIRA FILHO, J.S. et al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói-RJ. A satisfação do usuário como critério avaliador. **J Bras Psiquiat**, v. 45, n. 7, p. 393-402, 1996.

IBGE, 2007. **Infográficos e cidades: Arari-MA** Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=210100> . Acesso em: 5 jul. 2010.

MENDES, E.V. **A organização de saúde no nível local**. São Paulo. Hucitec, 1998.

PEQUENO, L.L. **Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: a satisfação do usuário**. 2002. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas Locais de Saúde). Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza.

PERES, M.A.A. **A saúde bucal como política pública no Brasil: breve histórico**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

REGIS FILHO, G.I.; LOPES, M.C. **Estudo de clima organizacional em serviços ambulatoriais de saúde pública**. Primeira parte: Perfil dos usuários e nível de satisfação. Itajaí: Secretaria Municipal de Saúde, 1996.

SANTOS, M.P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Rev Bra Enferm**, v. 48, n.2, p.109-19, 1995.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad Saúde Pública**, v.14, n.2, p. 429-435, 1998.

TRAD, L.A.B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Rev C S Col**, v. 7, n.3, p. 581-589, 2002.

VOLSCHAN, B.C.G.; SOARES, E.L.; CORVINO, M. Perfil do profissional de Saúde da Família. **Rev Bras Odontol**, v. 59, n. 5, p. 314-316, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO- EXCELENCIA EM PÓS GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTACIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAUDE DA FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO

Dados Gerais

Nome: _____

Sexo: () masculino () feminino Idade: _____

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo

Perguntas

1. Qual a sua renda mensal?

- a) 1 a 2 salários mínimos b) 2 a 3 salários mínimos;
c) Acima de 3 salários mínimos d) Abaixo de 1 salário mínimo.

2. Qual seu nível de escolaridade?

- a) Ensino fundamental completo b) Ensino fundamental incompleto
c) Ensino médio completo d) Ensino médio incompleto
e) Ensino superior completo f) Ensino superior incompleto

3. Qual foi a ultima vez que você utilizou os serviços odontológicos da unidade?

- a) 1 mês ou menos b) de 1 a 6 meses
c) de 6 meses a 1 ano d) mais de 1 ano
e) não lembra

4. Qual foi o motivo?

- a) Dor de dente b) Restauração
c) Extração d) Aplicação de flúor/ limpeza
e) Outros. Qual? _____

5. Sua necessidade ou problema foi resolvido? () Sim () Não

Se não, por quê? _____

6. Foi fácil marcar consulta?

() Sim () Não Se não, por quê? _____

7. Quanto tempo levou para marcar uma consulta?

() Alguns dias () Mais de um mês () Acima de dois meses

8. Existem dificuldades para ir da sua casa até a unidade? () Sim () Não

Se sim, quais?

9. Como você teve acesso ao tratamento odontológico na unidade?

a) Através de agendamento com auxiliar ou agente de saúde

b) Através de fichas distribuídas no dia do atendimento

c) Outros _____

10. O atendimento foi:

() Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo

11. Você recebeu orientações de higiene por parte do dentista ou auxiliar?

() Sim () Não

12. Caso sim, você as entendeu? () Sim () Não

13. Você recebeu alguma vez visita do dentista na sua casa? () Sim () Não

14. Você já participou de atividades educativas desenvolvidas pelo dentista da unidade? () Sim () Não

Se sim, quais?

a) Palestras b) Oficinas c) Cursos d) Outros _____

15. Você gostou? () Sim () Não

Por quê?

16. Na unidade, você gostou do atendimento dado pelo dentista e auxiliar?

() Sim () Não

Grau de satisfação: () Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo

Por quê? _____

17. Você acha que alguma coisa melhorou na sua saúde com a inserção da equipe de saúde bucal? () Sim () Não

18. Caso sim, o quê?

19. Que sugestões você deixaria para melhorar o atendimento e serviços oferecidos?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO- EXCELENCIA EM PÓS GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTACIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAUDE DA FAMÍLIA

Titulo da pesquisa: “Satisfação dos usuários em relação às atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal no povoado da Coréia, no município de Arari, Maranhão”

Orientanda: Talita Serejo Estrela

Orientadora: Profs. Dr^a Mônica Elinor Alves Gama.

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa a respeito da satisfação dos usuários em relação as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal no povoado de Coréia, Arari-MA. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sra. que ajudarão a conhecer a percepção dos usuários sobre as ações desenvolvidas pela equipe de saúde bucal. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sra. quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sra. poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-econômico, tipo de serviço oferecido, prestação no atendimento, facilidade de acesso, relação profissional/paciente, e satisfação dos usuários. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal da Sra. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Desde já agradecemos sua participação.

Arari, / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa