

## **Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes/RJ/Brasil**

*Susana Abreu de Sousa SANTOS<sup>a</sup>, Marcelo de Castro MENEZES<sup>b</sup>,  
Antonio Carlos PEREIRA<sup>b</sup>*

*<sup>a</sup>Especialista e Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva,  
Faculdade de Odontologia, UNICAMP, 13414-903 Piracicaba - SP, Brasil*

*<sup>b</sup>Departamento de Odontologia Social,  
Faculdade de Odontologia, UNICAMP, 13414-903 Piracicaba - SP, Brasil*

Santos SAS, Meneghim MC, Pereira AC. Organization of demand and satisfaction 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.

**Resumo:** Este estudo teve como objetivo analisar os critérios usados na organização da demanda e avaliar o grau de satisfação do usuário e profissional das unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes (RJ). O estudo foi aprovado pelo CEPFOP-UNICAMP nº 183/03. É um estudo transversal, e a amostra por conglomerado de pacientes e profissionais (probabilística) foi calculada de forma a representar 20% das unidades de cada região, totalizando em 320 pacientes e 153 dentistas, utilizando um com erro amostral de 5%. A forma de avaliação foi realizada utilizando questionários auto-aplicativos. A análise dos resultados foi descritiva. Os principais resultados foram que 61% dos pacientes consideraram organizado o sistema de agendamento da demanda. Quanto à avaliação da satisfação dos pacientes, o estudo mostrou que 75% dos mesmos estão satisfeitos com a qualidade do atendimento recebido. Em relação aos dentistas, o estudo mostrou que 58% responderam que o critério usado era dar prioridade para quem morava na região onde se encontrava a unidade, 20% por indicação, 12% utilizava como critério o risco de cárie e 10% priorizar o paciente que está com dor. Conclui-se que a) não há critério de organização da demanda de serviços odontológicos; b) em relação aos profissionais há uma insatisfação na organização do serviço, percepção essa que não coincide com as dos usuários, os quais se manifestam satisfeitos com o tipo de tratamento recebido.

**Palavras-chave:** *Organização da demanda; políticas públicas em saúde; serviços de saúde.*

**Abstract:** The aim was to analyze the criteria used in the demand organization and to evaluate the satisfaction level of users and professionals of dental health service units of Campos dos Goytacazes, RJ, Brazil. This study was approved by CEP-FOP-UNICAMP nº 183/03. It is a transversal study and the cluster sample size was calculated in order to represent 20% of the units of each region, quantifying 320 users and 153 dentists, with a sample error of 5%. The evaluation was performed using a self-assessment questionnaire. The data analysis was descriptive. The main results showed that 61% of the patients considered the demand booking system organized. Regarding the users satisfaction evaluations, 75% of them were satisfied in which concerns the availability of the services. Regarding the dentists, 58% affirmed that priority in treatment for local inhabitants should be considered, 20% - priority should be determined for personal indication, 12% - preconized the use of caries risk assessment and, finally, 10% - utilizariam emergency as a priority criterion (e.g. pain). In conclusion: a) there is no organization criteria for health services demand; b) dentists presents insatisfactory perception about service organization, however this statement is not supported by users, who feels comfortable with quality of the treatment.

**Keywords:** *Demand organization; public health politic; health services.*

## Introdução

Certamente não existe receita pronta e eficaz para a organização da demanda, e conseqüentemente reduzir as filas, o tempo de espera e originar um atendimento acolhedor. Porém, o conhecimento do Sistema Único de Saúde por parte dos profissionais que estão ligados ao serviço, e aí se incluem não só os gestores, mas todos os trabalhadores responsáveis por cada Unidade de Saúde e inclusive os usuários, pode facilitar a administração dos serviços, na medida que se trata de um sistema com princípios doutrinários e organizativos, e por este motivo a UNIVERSALIDADE, EQUIDADE e INTEGRALIDADE devem ser respeitadas.

O texto constitucional de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), aponta sua organização de acordo com as seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade”. Estas dizem respeito ao controle social sobre as ações e serviços públicos de saúde<sup>1</sup>.

No nível municipal, cabe aos gestores programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O que significa que o município deva ser o primeiro e o maior responsável pelas ações de saúde para sua população.

Sendo assim, os Gestores do SUS (nível federal, estadual e municipal) devem adotar as prioridades definidas pelas necessidades de saúde da população e, a partir delas, planejar a oferta de serviços, invertendo, dessa forma, a relação prevalente no modelo anterior ao SUS, o qual dependia da assistência, medida por séries históricas de produção apresentada pelos prestadores de serviços, atrelados, quase exclusivamente, aos próprios interesses<sup>2</sup>.

Segundo Paim<sup>3</sup>, as preocupações das instituições de saúde restringem-se em manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento. É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta ou a própria oferta distorcida em relação às necessidades de saúde. São os chamados modelos assistenciais, que são centrados na “demanda espontânea” e que não são exclusivos do setor privado, e que estão presente também nos serviços públicos. São predominantemente curativos, tendem a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade e não se comprometem com o impacto sobre o nível de saúde da população.

De acordo com Roncalli<sup>4</sup>, a organização de serviços a partir da livre demanda ou “demanda espontânea” é um modelo que reforça a atitude dos indivíduos que só procuram os serviços quando estão doentes.

Os modelos assistenciais alternativos, os quais começaram a ser elaborados na década de 90, mostravam mudanças na organização e funcionamento nas instituições

públicas, deixando de se preocupar exclusivamente com a oferta de serviços aos usuários que constituíam a “demanda espontânea” para atentar, fundamentalmente, para as necessidades de saúde da população. Isto significa proporcionar uma “oferta organizada” em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários (crianças, idoso, mulher etc) e, conseqüentemente, uma reorientação da demanda<sup>3</sup>.

Diante das propostas de organização da demanda, sugeridas nesses últimos 10 anos, a satisfação do usuário pode estar sendo modificada positivamente em relação aos serviços oferecidos pelo setor público dos municípios que se propõe a essa reorganização.

Sabe-se que no Brasil tem-se observado a existência de poucos trabalhos na área de avaliação de qualidade, e os poucos se restringem à avaliação quantitativa na área médica, restando escassas informações sobre resolutividade e satisfação dos pacientes. Neste contexto torna-se cada vez mais necessária a busca por discussões que possam contribuir no processo da avaliação de qualidade em Odontologia, principalmente na área de saúde pública<sup>5</sup>.

O objetivo deste estudo foi a avaliação da situação em que se encontra o município de Campos dos Goytacazes (RJ), analisando os critérios usados na organização da demanda para avaliar o grau de satisfação do usuário e profissional das unidades odontológicas de saúde do município.

## Material e método

O estudo foi realizado na cidade de Campos dos Goytacazes (RJ) que pertence à Região Norte Fluminense, com uma população de 420 mil habitantes<sup>6</sup>, correspondente a 58,3% do contingente da Região Norte Fluminense e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,76 em 2000<sup>7</sup>.

No município existiam 103 unidades com 112 consultórios que prestavam serviço odontológico à população, e, o número de profissionais, em 2005, era de 404. Todavia, havia ainda os dentistas que compunham as 38 equipes que trabalhavam no Programa de Saúde da Família (PSF) com seus consultórios independentes das unidades que foram estudadas. Em relação ao pessoal auxiliar, eram 70 atendente de consultório dentário (ACD), sendo que a maioria com contratos provisórios e sem nenhum tipo de treinamento e 40 Técnicos em Higiene Dental (THD). O município de Campos dos Goytacazes possuía uma taxa dentista/população abaixo de 01 CD/1.000 habitantes.

As informações necessárias para a realização do estudo foram obtidas através do Departamento de Assistência Odontológica (DAO/2005). A carga horária do contrato do dentista era de 20 horas semanais. O DAO adotou como critério um sistema de divisão das unidades odontológicas por região em função da supervisão dos serviços. Sendo assim, cada região possuía diferentes números de unidades e a escolha da amostra das unidades que foram estudadas foi calculada

por sorteio, de forma a representar 20% das unidades por região distrital (Tabela 1).

A amostra dos dentistas foi calculada de forma aleatória em cada unidade previamente sorteada, realizando uma amostragem por conglomerados, já que foram fixados tamanhos de amostra de forma separados para cada região. Sendo assim, 153 dentistas responderam os questionários considerando o erro amostral de 5%.

Em virtude de a população estudada ser dispersa foi realizada uma amostragem por conglomerado. A amostra dos pacientes foi aleatória e calculada em cada unidade previamente sorteada. Sendo assim, 320 pacientes responderam os questionários. Foi considerado um erro amostral de 5% para dentistas e usuários (Tabela 2).

Foram utilizados questionários auto-aplicáveis por serem de fácil padronização e apresentarem um caráter privado que incrementa a validade das respostas, aplicados aos membros da amostra calculada. A análise estatística foi descritiva.

**Tabela 1.** Representação das regiões distritais de Campos dos Goytacazes e o nº de unidades odontológicas por região, 2005

Regiões	Unidades	Amostra de unidades
Centro I	13	3
Centro II	15	3
Centro III	5	1
Centro Guarús	14	3
Interior Guarús	11	3
Rio	12	3
Noroeste	20	4
Baixada	13	3
Total	103	23

Obs: a amostra das unidades que foram estudadas foi calculada por sorteio, de forma a representar 20% das unidades por região distrital

## Resultado

Ao serem questionados quanto à organização do agendamento dos pacientes em suas unidades de trabalho, 59% (n = 90) dos dentistas responderam estar organizado e 41% (n = 63) responderam estar desorganizado. Em relação aos pacientes, 61% (n = 196) responderam que acham organizado e 39% (n = 124) acham que está desorganizado. Em relação ao tempo que levaram para marcar uma consulta: 70% (n = 226) dos pacientes responderam alguns dias, 18% (n = 57) responderam que levaram mais de um mês e 12% (n = 37) dos pacientes responderam que levaram mais de dois meses. Ao serem questionados sobre se estavam satisfeitos com o tipo de atendimento que recebem: 75% (n = 236) dos pacientes responderam que sim e 25% (n = 84) responderam que não.

Quando questionados sobre o critério usado para agendar os pacientes das unidades de serviço, 58% (n = 89) dos dentistas responderam que o critério usado era dar prioridade para quem morava na região onde se encontrava a unidade, 20% (n = 30) que era por indicação de alguém que trabalha na unidade, 12% (n = 18) utilizavam como critério o risco de cárie e 10% (n = 30) utilizavam como critério priorizar o paciente que está com dor.

Ao serem questionados quanto ao número de pacientes que seria o ideal para um bom atendimento: 54% (n = 84) dos dentistas responderam que o ideal seriam 8 pacientes, 41% (n = 62) responderam que seriam 10 pacientes e 5% (n = 7) responderam que seriam 15 pacientes.

## Discussão

Organizar um serviço de saúde tem-se tornado um problema para muitos gestores, principalmente quando se refere à organização do atendimento. Como ser justo nos critérios utilizados? Como organizar a demanda de maneira que os usuários se sintam beneficiados e que os profissionais possam atender de forma satisfatória e humanizada?

**Tabela 2.** Cálculo da amostra dos dentistas e usuários por unidade odontológica

Regiões	Unidades	n dentistas	Amostra dentistas (n)	Amostra Pacientes (n)
Centro I	13	47	18	42
Centro II	15	42	16	42
Centro III	5	61	23	14
Centro Guarús	14	45	17	42
Interior Guarús	11	30	11	42
Rio	12	43	16	42
Noroeste	20	83	32	54
Baixada	13	53	20	42
Total	103	404	153	320

Adota-se o conceito de que “ao organizar a demanda de um serviço, deve-se evitar o erro de tornar absolutas as prioridades definidas de forma coletiva (epidemiologicamente), menosprezando a demanda espontânea, deixando assim, de atender às necessidades sentidas pelas pessoas, onde esta é a razão última dos serviços de saúde”<sup>8</sup>. Humanizar um serviço de saúde não é só pensar no acolhimento, na porta de entrada, em se ter “vagas” para atender a todos. É preciso pensar no “acesso” (ato de ingressar, entrada) que segundo Dornabedian<sup>9</sup>, citado por Travassos, Martins<sup>10</sup>, indica o grau de facilidade e qualidade com que as pessoas obtêm cuidados com a saúde, enquanto a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes. Frenk<sup>11</sup> afirmou que a acessibilidade é a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para superar e obter cuidados e a correspondente capacidade da população para superar tais obstáculos como ecológicos, financeiros, organizacionais, geográficos, e outros.

O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do usuário que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do usuário é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes<sup>10</sup>.

Esse tipo de acesso que ocorre no momento adequado, leva à satisfação do usuário, e essa variável foi analisada neste estudo. Dos 153 usuários que preenchiam os critérios para inclusão, 75% se mostraram satisfeitos com o tipo de atendimento que recebem, e 83% se mostraram satisfeitos com atenção recebida dos dentistas. De acordo com Andersen<sup>12</sup>, o conceito de “acesso efetivo” é resultante de serviços que melhoram as condições de saúde das pessoas ou a satisfação das pessoas com os serviços, e o conceito de “acesso eficiente” é o grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços consumidos.

Embora 59% dos dentistas julgassem organizado o agendamento dos pacientes, 81% não exitaram em responder que utilizar critérios de risco poderia melhorar na organização da demanda. E quando a variável “critérios utilizados para o agendamento” foi analisada, 58% dos dentistas responderam que o fator moradia (territorialização) influenciava no agendamento, enquanto o critério de risco ficou com 12% das respostas e 20% responderam conhecer alguém da unidade que poderia facilitar o respectivo acesso, representando uma porcentagem alta deste tipo de abordagem, o qual demonstra uma deficiência na organização da demanda, onde a “indicação” prevalece sobre os critérios de risco ameaçando a equidade das ações de saúde.

Sabe-se que trabalhar com necessidade de serviço por meio de territorialização, de levantamento epidemiológico

e critérios de risco do paciente traz maior resolutividade ao serviço. Segundo Texeira et al.<sup>13</sup>, o processo de territorialização é permitir a definição de prioridades em termos de problemas e grupos, o mais aproximadamente possível, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, bem como na concentração de intervenções sobre grupos prioritizados e, conseqüentemente, em um maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e as condições de vida. Trata-se do uso inteligente da epidemiologia, por meio da “microlocalização dos problemas de saúde, a intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico e a apropriação de informações acerca do território-processo, visando a integralidade, a intersetorialidade, a efetividade e a equidade”. Uma vez que se conte com a territorialização do município em função das condições de vida e saúde enquanto parte da análise da situação de saúde, é possível dar seguimento ao processo de planejamento e programação local que não se esgota na mera racionalização da oferta de serviços “informação-decisão-ação”, que se traduz do ponto de vista técnico-operacional, no uso de métodos/técnicas de planejamento que dêem suporte ao processo de identificação e priorização de problemas de grupos populacionais de territórios delimitados e à articulação de operações integradas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação destinadas ao enfrentamento contínuo dos problemas selecionados.

Na variável, “facilidade encontrada pelo paciente na marcação da consulta”, 43% dos pacientes responderam que houve essa facilidade (dias) somando com os 21% que responderam ter uma facilidade relativa (1 mês), representando assim uma porcentagem satisfatória quando comparado com o estudo de Tengan<sup>5</sup>, o qual destaca que os usuários que dependiam do serviço odontológico público do município estudado, levavam em média de 8 a 12 meses para serem atendidos.

De acordo com Goddard, Smith<sup>14</sup>, a disponibilidade de serviços pode não ser de conhecimento de todos e diferentes grupos populacionais variam no grau de informação que possuem sobre os serviços a eles disponíveis. Assim sendo, a experiência com os serviços e as informações que deles dispõem, influenciam a forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obter os serviços de saúde de que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos.

O número de dentistas por unidades também foi uma variável estudada, e 80% afirmaram ter 3 ou mais dentistas em suas unidades. Sendo a jornada de trabalho de 20 horas semanais ou 15 pacientes/turno, parece ser complicado esse ajuste na organização dos serviços. Em concordância com essa afirmação é a resposta dos dentistas, quando questionados sobre o número ideal de pacientes agendados. Apenas 5% concordaram que 15 pacientes/turno poderiam ser atendidos com qualidade.

Segundo Tancredi et al.<sup>15</sup>, citando trabalho de Drucker na década de 70, planejar não é fazer uma mera declaração de intenções. Diz que o futuro, para acontecer, não depende de que alguém o deseje com intensidade; requer decisões e ações imediatas. O verdadeiro planejamento não é uma lista de desejos ou boas intenções. Ele deve enunciar objetivos factíveis e alcançáveis, caso contrário perderá a credibilidade. Planejar exige a ousadia de visualizar um futuro melhor, mas não é simplesmente “sonhar grande”. Exige maturidade para se acomodar às restrições impostas pelo ambiente ou pelo grau de desenvolvimento da organização. Além disso, o planejamento obriga a selecionar as ações concretas necessárias para alcançar o objetivo desejado. O planejamento é um instrumento de gestão que promove o desenvolvimento institucional. Planejar é uma atitude permanente da organização e do administrador.

O planejamento não é uma mera ferramenta de trabalho, uma coleção de técnicas e fórmulas que podem ser aplicadas a uma determinada situação. Planejar é toda uma visão administrativa e envolve um variado número de atores sociais. Uma organização – como um hospital ou um centro de saúde – podem envolver seus diretores, chefes de departamentos ou setores, profissionais prestadores de serviços e, não raro, os próprios usuários ou clientes<sup>15</sup>.

O critério de justiça é muito difícil e subjetivo. Sabe-se o que é melhor dentro da “teoria”. Entende-se que o ideal para organização da demanda das unidades de saúde é utilizar os critérios epidemiológicos, a territorialização, a adscrição da clientela, os critérios de risco. Mas trabalhar com o critério de justiça pode significar abandonar o padrão ideal, e dar aos usuários o que para eles realmente mais importa, ter o acesso facilitado, ser tratado com carinho, com atenção, o pronto atendimento, a demanda espontânea. Não interessa o que está na “teoria”, só o que podem ver e sentir. Poder ver seus problemas resolvidos, é o que traz sem dúvida a satisfação aos usuários fazendo com que se sintam beneficiados pelos serviços de saúde.

Segundo Merhy<sup>16</sup>, qualquer um que necessitar de um atendimento na rede de serviços de saúde terá, além da própria fragilidade por estar se sentindo um sofredor, uma desagradável sensação de insegurança. Pois irá precisar da atenção que um conjunto de trabalhadores de saúde deverá despender para compreendê-lo, assimilar o sofrimento, entender o risco e a qualidade do comprometimento que vem passando, intervir no sentido de lhe garantir uma solução e alterar na medida que a tecnologia permitir a situação individual e coletiva que se relaciona com o processo de produção do seu problema.

Ao tomarem com o objetivo a garantia do acesso, com bom acolhimento de todos os usuários, as equipes vão construindo soluções a partir de cada unidade de saúde, reorganizando seu trabalho coletivo, redefinindo condutas e papéis e organizando grupos de acolhimento da clientela por

área de atenção. Assim, redefinindo-se o cotidiano, ataca-se substancialmente a repressão da demanda, fazendo as filas desaparecerem e o usuário se sentir mais valorizado.

Num estudo feito por Pinheiro<sup>17</sup>, no município de Volta Redonda (RJ), onde foram analisados os limites e possibilidades da integralidade nos serviços de saúde, uma questão que freqüentemente foi apontada pelos usuários relacionava-se ao tempo de espera demasiadamente longo. A prestação dos serviços públicos vem sendo caracterizada como “lenta e ineficaz”, o que tende a imprimir uma imagem depreciativa do atendimento oferecido à população que utiliza esses serviços. Na verdade são as filas que afetam o acesso dos serviços ofertados pelo sistema. Porém, ao esperar um determinado tempo para ser atendido, já se parte do pressuposto que o acesso efetivo está garantido, e assim o problema está em “ficar na fila”, esperar, para talvez não ser atendido. Todavia, o presente estudo realizado no município de Campos dos Goytacazes demonstrou que 70% dos usuários levaram apenas alguns dias para marcar a consulta, não necessitando permanecer em longas filas para conseguir o atendimento; além dos pacientes do pronto atendimento (urgências), os quais também tiveram seus acessos garantidos.

Ainda compartilhando com os pensamentos de Merhy<sup>16</sup>, deve-se ter o cuidado de não se cair no pronto atendimento banal, com agendamentos improdutivos, embora ambos sejam instrumentos que, se bem usados, podem se adequar ao problema que se enfrenta e que se possa ofertar. Da experiência do município de Ipatinga (MG) “De porta aberta para a saúde”, descrita pelo autor, pode-se verificar que alguns pontos são fundamentais para a organização de um serviço de saúde:

- acesso – tratar humanizadamente toda a demanda; 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 que a equipe tem com cada usuário e sua área de abrangência;
- resolutividade – colocar a possibilidade de usar tudo de que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente;
- 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.

Assim, diante das constatações deste trabalho, pode-se inferir que a prática da valorização da experiência dos usuários do sistema, dos profissionais de saúde, dos gestores locais, não apenas na avaliação e controle de suas ações e na definição de prioridades e estratégias para a gestão política da saúde, mas também na identificação e qualificação permanente dos problemas, carências e lacunas na operação do sistema de saúde, pode ajudar a superar as dificuldades verificadas no sistema prestador de serviços em saúde<sup>18</sup>.

### Conclusão

- a) não há critério de organização da demanda de serviços odontológicos em Campos dos Goytacazes;
- b) em relação aos profissionais participantes do estudo, uma insatisfação na organização do serviço quanto ao número de pacientes agendados por turno e quanto à falta de utilização de critérios para fazer o agendamento foi verificado;
- c) em relação à satisfação dos usuários, o estudo mostrou que se sentem satisfeitos com a facilidade no agendamento e o tipo de tratamento recebido, demonstrando uma incompatibilidade de percepções entre os profissionais e usuários.

### Referências

1. Brasil. Constituição Brasileira. Brasília: Imprensa Oficial; 1988.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmações de princípio e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 473-87.
4. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal [tese doutorado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2000.
5. Tengan C. Avaliação do atendimento em um serviço público odontológico [dissertação mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da UNICAMP; 2004.
6. Brasil. Ministério de Saúde. Fundo Nacional de Saúde. DATASUS. 2004 [acesso 2005 Maio 2]. Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br>
7. PNUD, 2003. Índice de desenvolvimento humano [acesso 2005 Abr 3]. Disponível em: <http://www.pnud.org>
8. Fundação Oswaldo Cruz. Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. .
9. 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. 2004;20(Supl 2):190-8.
10. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(Supl 2):190-8.
11. Frenk J. Concept and and measurement of accessibility. Salud Publica Mex. 1985;27:438-53.
12. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995;36:1-10.
13. Texeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. Modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 1998;7(2):7-28.
14. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. Soc Sci Med. 2001;53:1149-62.
15. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHGF. Planejamento em Saúde. In: Vecina Neto G, Reinhardt Filho W. Gestão de recursos materiais e de medicamentos. São Paulo: IDS; 1998. Coleção Saúde & Cidadania.
16. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p.117-85.
17. Pinheiro R. Da defesa do aço à defesa da vida: o cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UFRJ; 2000.
18. Lucchese RTP. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Cienc Saude Coletiva. 2003;8(2):439-48.