



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO PROFISSIONAL
EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

LEANDRO FABIANO ALVES DA COSTA

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR
EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Ribeirão Preto/SP
2017

LEANDRO FABIANO ALVES DA COSTA

**CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR
EM UM HOSPITAL DE ENSINO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações
de Saúde do programa de Mestrado Profissional.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Eulália Lessa do
Valle Dallora

Ribeirão Preto/SP

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Alves da Costa, Leandro Fabiano.

Caracterização do serviço de odontologia hospitalar em um hospital de ensino.

117 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Dallora, Maria Eulália Lessa do Valle.

1. Odontologia hospitalar.
2. Equipe multidisciplinar.
3. Odontologia.
4. SUS.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALVES DA COSTA, L. F. Caracterização do serviço de odontologia hospitalar em um hospital de ensino. 2017. 116f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Gestão de Organizações de Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a DEUS, por ter me concedido o dom da vida, e estar sempre presente ao meu lado, me guiando em todas as coisas que me proponho a fazer. Aos meus pais, que durante toda minha existência estiveram sempre me orientando, e muitas das vezes deixando de realizar seus próprios sonhos, para que eu pudesse realizar os meus. A meu filho Thiago, que hoje é minha razão de viver, e que com a sua paciência para uma criança de 06 anos, entendeu quando eu tinha que deixar as brincadeiras de lado para me concentrar a escrever essa dissertação; espero que no futuro isso possa lhe servir de exemplo para nunca desistir de buscar seus objetivos. E, principalmente a minha fiel e companheira esposa Thais; que em muitos momentos deixou sua vida de lado para me apoiar e ajudar a fazer com que eu não perdesse o foco de alcançar esse propósito. Um simples obrigado seria muito pouco, tenho por isso eterna gratidão.

E por fim, a todas as pessoas que de maneira direta ou indireta, me ajudaram: a minha orientadora, Professora Maria Eulália, por sua paciência em me ensinar como alcançar com clareza os objetivos que me propus a fazer. Ao Leandro Dorigan de Macedo, um pilar fundamental em todo o processo de elaboração dessa dissertação. A todo o pessoal do GAD, GECON, e CENTRO DE CUSTOS DO HCFMRP-USP, por se proporem a fornecer todas as informações pertinentes ao trabalho. Ao meu grande amigo e Professor Dr. Sérgio Luis Scombatti de Souza, que há alguns anos atrás me abriu as portas na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP, e que sempre me incentivou a seguir nessa carreira com finalidade acadêmica. Aos funcionários do CEAPS, professores e alunos do mestrado profissional, pelas contribuições ao longo dos últimos anos e em especial aos chefes de departamento, cirurgiões-dentistas e pacientes do HCFMRP-USP que aceitaram participar da pesquisa. Espero de alguma forma contribuir para a melhoria do atendimento odontológico hospitalar no HCFMRP-USP.

RESUMO

ALVES DA COSTA, Leandro Fabiano. **Caracterização do serviço de odontologia hospitalar em um hospital de ensino**. 117f. 2017. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

RESUMO

A prestação do serviço de Odontologia dentro do ambiente hospitalar teve início devido aos benefícios observados com o trabalho de equipes multidisciplinares no cuidado com a saúde. De modo geral, os pacientes são atendidos pelos cirurgiões-dentistas dentro dos hospitais terciários porque sua condição de saúde impede a realização dos procedimentos em consultórios ou unidades de saúde, devido, entre outros, à dificuldade de locomoção ou falta de equipe treinada para atender portadores de enfermidades sistêmicas. Estudos que enfocam esse tema têm observado benefícios importantes na condição de saúde do paciente. Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivos: Caracterizar o Serviço de Odontologia Hospitalar no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, nos seguintes aspectos: 1) assistencial: relacionar as atividades quanto ao número de atendimentos por tipo, procedência do paciente (internado ou ambulatorial), patologias de base e enfermaria específica; 2) financeiro: identificar a receita SUS dos procedimentos odontológicos realizados e identificar os custos do Serviço de Odontologia Hospitalar, e 3) percepção dos profissionais cirurgiões-dentistas e Chefes das especialidades médicas usuárias dos serviços de odontologia hospitalar, quanto aos serviços prestados, e a satisfação dos usuários pacientes. Foi realizada uma pesquisa exploratória descritiva com dados relativos ao ano de 2016, através de um estudo de caso. Para identificar a percepção dos profissionais e satisfação dos pacientes com os serviços odontológicos prestados pelo Hospital foram aplicados (em 2017) questionários específicos. Os resultados demonstraram prevalência de atendimentos ambulatoriais, sendo que os principais procedimentos realizados foram tratamentos periodontais, cirurgias e laserterapia. Quanto ao aspecto financeiro, observou-se que nem todos os procedimentos são reembolsados pelo SUS e seus custos ultrapassam o valor recebido. A receita média SUS e o custo por atendimentos foram R\$ 59,91 e R\$ 5,36 respectivamente. O estudo permitiu também concluir que a percepção / satisfação nas três esferas analisadas é positiva em relação do serviço prestado. Espera-se que as informações encontradas forneçam subsídios para a melhoria contínua do serviço existente dentro do hospital, bem como para outros gestores que desejam implantar a Odontologia Hospitalar em outros centros de referência.

Palavras-chave: Odontologia Hospitalar, Equipe Multidisciplinar, Odontologia, SUS.

ABSTRACT

ALVES DA COSTA, Leandro Fabiano. Characterization of an Oral Medicine Service in a Brazilian teaching hospital. 117f. Yl. 2017. Dissertation (Master degree) - Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

ABSTRACT

The provision of Dentistry service within the hospital environment began due to the benefits observed with multidisciplinary healthcare providers working together. In general, patients are attended by dentists at tertiary referral hospitals because their health condition which prevents the procedures to be performed in the clinic or health units, due, among others, to the difficulty of locomotion or lack of trained personnel to attend patients with systemic diseases. Studies that focus on this theme have observed important benefits in patient's health condition. Thus, the present study aimed to characterize the activities and procedures performed by the team of dental surgeons at Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP in 2016 under the following aspects: 1) assistential: to relate the activities regarding the number of attendances according to the patient origin (ambulatory or nursery) and base pathology; 2) financial: identify the oral care procedures SUS revenues obtained and the costs incurred providing the service, and 3) stakeholders perception / satisfaction: evaluate the perception / satisfaction regarding the contribution of the service in the three mains spheres that comprise it: the dentists who provides care, the physician who works together with the dentistry staff and the patient. To meet these objectives, the descriptive exploratory research was chosen through case reports. To measure the perception / satisfaction specific questionnaires were applied for each group in 2017. The results demonstrated the prevalence of ambulatory care and the main procedures performed were periodontal treatments, surgeries and laser therapy. As for the financial aspect, it was observed that the service is deficient, since not all procedures are reimbursed by SUS and the costs exceed the amount received. In average, SUS reimbursed R\$5,36 per procedure while the calculated costs were R\$ 59,91. The study also concluded that the perception / satisfaction in the three spheres analyzed are positive in relation to the service provided. It is expected the results obtained will provide subsidies for the continuous improvement of the existing service within the hospital, as well for other managers who wish to implement Oral Service Medicine in other referral hospitals.

Key words: Hospital Dentistry, Multidisciplinary Team, Dentistry, Hospital.

LISTAS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Comparação das atividades realizadas por local de atendimento do paciente, Ambulatório e Enfermaria (porcentagem relativa ao total de atividades. HCFMRP-USP, 2016	63
Gráfico 2: Comparação entre Consulta e Procedimento para pacientes Ambulatoriais e de Enfermaria. HCFMRP-USP, 2016	64
Gráfico 3: Grupos de procedimentos realizados em pacientes internados (%). HCFMRP-USP, 2016.	65
Gráfico 4: Grupos de procedimentos realizados em pacientes ambulatoriais (%). HCFMRP-USP, 2016	66
Gráfico 5: Demanda mensal de atendimento. HCFMRP-USP, 2016	69
Gráfico 6: atendimentos odontológicos realizados por capítulo CID-10. HCFMRP-USP, 2016	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estrutura física e clientes do HCFMRP-USP, 2016.	39
Tabela 2: Movimento Ambulatorial e de Enfermaria do HCFMRP-USP e UE (Unidade de Emergência), 2016.	40
Tabela 3: atendimentos e Procedimentos Multidisciplinares - HCFMRP-USP, 2016.	41
Tabela 4: Fontes de Receitas HCFMRP-USP, 2016.	41
Tabela 5: Atividades realizadas pelo Serviço de Odontologia e Estomatologia. HCFMRP-USP, 2016.	60
Tabela 6: Distribuição das cirurgias odontológicas realizadas em ambulatório. HCFMRP-USP, 2016.	68
Tabela 7: Distribuição das cirurgias odontológicas realizadas em enfermaria. HCFMRP-USP, 2016.	68
Tabela 8: Relação entre atendimentos odontológicos e patologias de base no HCFMRP-USP, 2016.	71
Tabela 9: Atendimentos Odontológicos em Ambulatório, por capítulo CID. HCFMRP-USP, 2016.	74
Tabela 10: Atendimentos Odontológicos em Enfermaria, por capítulo CID. HCFMRP-USP, 2016.	74
Tabela 11: Faturamento SUS Físico Financeiro. HCFMRP-USP, 2016.	77
Tabela 12: Faturamento SUS por procedimento Odontológico. HCFMRP-USP, 2016.	78
Tabela 13: Custos dos atendimentos odontológicos do Serviço de Odontologia e Estomatologia e Hemocentro. HCFMRP-USP, 2016.	80
Tabela 14: Perfil dos Cirurgiões-dentistas (n=5). HCFMRP-USP, 2017.	81
Tabela 15: Atividades realizadas pelo cirurgião-dentista. HCFMRP-USP, 2016.	82
Tabela 16: Satisfação dos cirurgiões-dentistas. HCFMRP-USP, 2017.	84
Tabela 17: Percepção dos chefes das especialidades médicas em relação ao Serviço de Odontologia e Estomatologia do HCFMRP-USP, 2017.	86
Tabela 18: Satisfação dos pacientes usuários do Serviço de Odontologia Hospitalar, segundo a técnica NPS. HCFMRP-USP, 2017.	89
Tabela 19: Distribuição dos comentários que apresentaram ressalvas ou não, por tipo de paciente. HCFMRP-USP, 2017.	89
Tabela 20: Frequências das observações efetuadas.	90

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética	105
---	-----

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A: Principais critérios de alocação de custos por serviço prestado	106
Apêndice B: Questionário ao dentista contratado	107
Apêndice C: Questionário aos chefes de departamento	110
Apêndice D: Questionário aos usuários	112
Apêndice E: Termo de consentimento livre e esclarecido para dentistas e médicos	113
Apêndice F: Termo de consentimento livre e esclarecido para usuários	115

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Tríade da prestação de serviço odontológico hospitalar	25
Figura 2: Diagrama Exemplo do Net Promoter Score	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAOH – Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

ANS – Agência Nacional de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CD – Cirurgião-dentista

CFO – Conselho Federal de Odontologia

CID – Código Internacional de Doenças

CROs – Conselhos Regionais de Odontologia

FAEPA – Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência

FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

GAD – Grupo de Avaliação de Desempenho

GECON – Grupo Executivo de Convênios

HCFMRP- USP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

MS – Ministério da Saúde

NPS – Net Promoter Score ®

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNHAH – Programa de Humanização da Assistência Hospitalar

SES – Secretaria de Saúde do Estado

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termos de Consentimento de Livre Esclarecimento

TCTH – Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UETDI – Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas

USP – Universidade de São Paulo

UTI (s) – Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
2. REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1. Odontologia Hospitalar – aspectos assistenciais.....	25
2.2. Odontologia Hospitalar no SUS – aspectos organizacionais e financeiros	31
2.3. Custos em Saúde.....	34
2.4. Odontologia Hospitalar – satisfação dos usuários.....	35
3. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP	39
3.1. Contextualização do Serviço Odontológico no HCFMRP - USP.....	42
4. OBJETIVOS	45
4.1. Objetivo geral.....	45
4.2. Objetivos específicos:.....	45
5. MATERIAL E MÉTODOS.....	47
5.1. Assistencial:	47
5.2. Financeiro:.....	48
5.3. Percepção / satisfação:	51
5.3.1. <i>Percepção dos colaboradores envolvidos no serviço de odontologia hospitalar</i>	51
5.3.2. <i>Satisfação dos pacientes usuários do serviço de odontologia hospitalar quanto aos serviços recebidos.</i>	52
5.4. Tamanho da amostra e seleção dos participantes	54
5.5. Análise dos dados.....	56
5.6. Aspectos éticos	56
5.7. Limitações do estudo.....	57
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
6.1. Assistencial	59
6.1.1. <i>Avaliação Geral</i>	59
6.1.2. <i>Avaliação da demanda por tipos de procedimento: enfermaria X ambulatório.</i>	65

6.1.3.	<i>Avaliação da demanda durante o ano</i>	69
6.1.4.	<i>Avaliação de atendimentos odontológicos pela patologia de base</i>	70
6.2.	Financeiro.....	76
6.2.1.	<i>Receitas SUS do Serviço de Odontologia e Estomatologia do HCFMRP-USP.....</i>	76
6.2.2.	<i>Custos do Serviço de Odontologia e Estomatologia do HCFMRP-USP e Hemocentro.....</i>	78
6.3.	Satisfação / Percepção	81
6.3.1.	<i>Satisfação dos cirurgiões dentistas</i>	81
6.3.2.	<i>Percepção dos Chefes das Especialidades Médicas.....</i>	86
6.3.3.	<i>Satisfação dos pacientes usuários do serviço de odontologia hospitalar quanto aos serviços recebidos.....</i>	88
7.	CONCLUSÃO	93
8.	REFERÊNCIAS	98
9.	ANEXOS	105
10.	APÊNDICES.....	106

1. INTRODUÇÃO

Apesar de a Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial ser considerada o marco inicial do trabalho dos cirurgiões-dentistas dentro dos hospitais, as atividades que demandam por atenção odontológica nesse ambiente vão além dos procedimentos cirúrgicos. Aranega et al. (2012), destacaram a importância da Odontologia Hospitalar e reafirmaram que procedimentos como atendimento a pacientes com intolerância a anestésicos locais, com necessidades especiais, extensa limitação física, mental, emocional ou sistêmica que impeçam o tratamento em ambiente de consultório, cirurgias complexas em crianças e adultos que necessitem de anestesia geral, promoção/prevenção da saúde bucal em pacientes internados e inspeção da cavidade bucal e estruturas correlatas podem ser realizados em ambiente hospitalar e são fundamentais para assegurar a saúde global do indivíduo.

Em meados do século XIX, a partir dos esforços dos doutores Simon Hullihen e James Garretson, a Odontologia Hospitalar começou o seu desenvolvimento na América. As lutas para conquistar um espaço dentro dos hospitais foram constantes, porém, com o tempo, conquistou o reconhecimento da comunidade médica e da *American Dental Association* (CILLO, 2005). No Brasil há relatos de serviços de Odontologia Hospitalar há mais de 35 anos. No estado de São Paulo destacaram nesse pioneirismo o Hospital das Clínicas de São Paulo; Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas da Unicamp; Hospital do Câncer de Barretos, entre outros. Em 2004, foi criada a Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH).

Com o intuito de tornar obrigatória a presença do cirurgião-dentista nas equipes multiprofissionais hospitalares e nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) está em tramitação no Senado Federal o Projeto de Lei nº 2776/2008 (BRASIL, 2008). Em 2012, vários grupos de trabalho, em diferentes esferas, foram criados objetivando legitimar e oficializar a área de atuação. No estado de São Paulo a Secretaria de Saúde do Estado (SES) criou um grupo técnico em odontologia hospitalar para tratar da atenção na rede de hospitais sob administração direta e autarquias, o que gerou o manual de odontologia hospitalar da SES (SÃO PAULO, 2012).

Paralelamente, os Conselhos Regionais de Odontologia (CROs) também organizaram grupos que trabalham de forma articulada com o Conselho Federal de Odontologia (CFO), resultando na Resolução 162/2015, que reconheceu a Odontologia Hospitalar como área de atuação do cirurgião-dentista e definiu critérios para habilitação profissional. (CFO, 2015)

O Código de Ética Odontológico brasileiro, no capítulo X, artigo 26, aponta como competência do cirurgião-dentista “internar e assistir pacientes em hospitais públicos e privados, com ou sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições”. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) reafirma tal importância por meio da resolução RDC nº 7 de 2010 (ANVISA, 2010), a qual inclui o dentista como requisito mínimo para funcionamento das UTIs, bem como a Agência Nacional de Saúde (ANS), ao reconhecer através da resolução normativa nº 387/2015 o direito da aplicação de laser pelo dentista como cobertura para paciente em tratamento radioterápico na região de cabeça e pescoço. (ANS, 2015)

Um conceito clássico de Odontologia Hospitalar, amplamente divulgado na literatura científica, é o defendido por Camargo (2005), o qual a define como “uma prática que visa cuidados das alterações bucais que exigem procedimentos de equipes multidisciplinares de alta complexidade ao paciente”. Este conceito muda a ideia de que, dentro dos hospitais, só existe espaço para atuação de dentistas especialistas em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, os quais cuidam de pacientes acometidos pelos mais diversos tipos de trauma na região de cabeça e pescoço, incluindo grandes enxertos ósseos para viabilizar a fixação de implantes dentários, tratamento das fraturas dos ossos da face, cirurgia ortognática, tratamento de grandes lesões patológicas e reconstruções após remoção de tumores (GODOI et al., 2009).

Segundo Camargo (2005), o atendimento odontológico hospitalar também é indicado para pacientes com doenças sistêmicas congênitas (ex: síndromes e displasias sanguíneas) e adquiridas (ex: HIV, tuberculose, hepatite, sífilis, neoplasias). Além disso, o autor destaca algumas vantagens da atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, como: atendimento com maior segurança aos pacientes de alto risco, solicitação de exames complementares específicos e facilidade de atuação junto a uma equipe multidisciplinar.

Associado a isso, os cuidados com a saúde bucal tem se intensificado dentro das unidades de terapia intensiva (UTIs), a literatura tem trazido indícios de relação direta entre a atenção odontológica, o uso racional de antibióticos e a redução da ocorrência de pneumonia dentro das UTIs (Misiara, 2004; Yoneyama et al., 2002; Sannapieco, 2002; Pinheiro & De Almeida, 2014).

A correlação entre condições odontológicas, especialmente a doença periodontal e doenças sistêmicas como, por exemplo, diabetes *mellitus* (dificuldade do controle metabólico), doenças cardiovasculares (endocardite bacteriana e processo aterosclerótico), doenças pulmonares (pneumonia nosocomial) e intercorrências gestacionais (parto prematuro e baixo peso ao nascimento) também é apontada por Linden, Lyons e Scannapieco (2013). Isso pode ser explicado pelo fato de as bactérias periodontais apresentarem uma infinidade de fatores de virulência que induzem a produção de mediadores inflamatórios, que ao se disseminarem pelo organismo, podem causar distúrbios inflamatórios sistêmicos (VAN DYKE & VAN WINKELHOFF, 2013).

Além disso, a cavidade bucal tem sido apontada como importante fonte de disseminação de microorganismo tanto por via hematogênica, quanto pela via respiratória, especialmente em pacientes imunossuprimidos. Nesse contexto, as doenças respiratórias merecem atenção, com destaque para a pneumonia nosocomial que acomete portadores de distúrbios de deglutição e pacientes entubados (DE OLIVEIRA et al, 2007). Os autores acima apontam que doenças sistêmicas (displasias ósseas, hepatopatias, nefropatias, tumores, entre outros) e diversas terapias (radioterapia, quimioterapia, terapia antiosteoclástica, antiangiogênica, entre outras) estão associadas com complicações na cavidade oral, que muitas vezes se tornam comorbidades importantes interferindo no tratamento da doença de base e no prognóstico dos casos.

Desta forma, a integração do cirurgião-dentista em uma equipe multidisciplinar dentro dos hospitais tem contribuído na qualidade de vida de muitos pacientes, uma vez que terapias preventivas, como a adequação do meio bucal, e o monitoramento constante dos indivíduos podem reduzir a incidência de infecções locais e sistêmicas, diminuindo o tempo da internação hospitalar. Assim, os profissionais da área odontológica estão diante de uma nova alternativa no mercado de trabalho, não apenas nas UTIs, devido à obrigatoriedade da lei, mas também na

assistência de indivíduos internados no hospital, no contexto da assistência multiprofissional (DE BARROS, 2014).

Apesar de várias evidências científicas mostrarem a importância da Odontologia Hospitalar, no campo assistencial, as informações relativas à caracterização dos serviços: atividades realizadas, patologias atendidas, relacionamento com as demais equipes, percepção do usuário e dos profissionais da equipe de odontologia são falhas. Essa carência de informações dificulta o entendimento das demandas encontradas, do perfil do profissional e, por consequência, do impacto financeiro trazido pela atuação dos serviços na instituição. (CAMARGO, 2005; MEIRA et al., 2010; ARANEGA et al., 2012; DE BARROS, 2014; PINHEIRO & DE ALMEIDA, 2014).

Assim, analisar serviços de saúde bucal dentro de centros de referência nacionais é de extrema importância para o fortalecimento desse campo, uma vez que possibilita a compreensão da demanda diária das atividades desenvolvidas, do perfil dos pacientes e complicações atendidas. Essas informações podem colaborar com a elaboração de projetos de políticas públicas que contribuam para a adequação e melhoria dos serviços de odontologia hospitalar. Além disso, as informações do presente trabalho poderão ser usadas pelas gestões municipais, estaduais e federais na implantação de novos serviços em outros centros de saúde.

2. REVISÃO DA LITERATURA

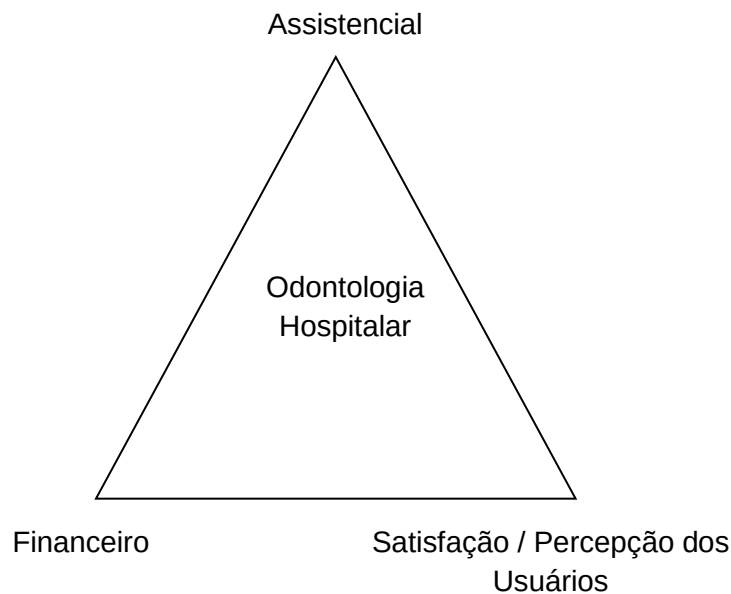
A mensuração do desempenho organizacional não se restringe ao aspecto financeiro ou operacional, mas deve estar relacionada a um conjunto de recursos que inclui também funcionários, clientes e demais envolvidos. Avaliar o desempenho da organização sob todos os aspectos e confrontá-lo com os seus objetivos estratégicos permite aos gestores alinhar as dimensões operacionais e estratégicas ao resultado esperado (KAPLAN; NORTON, 2006). Portanto, a avaliação de desempenho organizacional deve integrar todas as perspectivas relevantes da organização e dos serviços prestados.

CUNHA (2011) afirma que a avaliação de desempenho é um ponto-chave para as organizações de saúde monitorarem seu andamento e obterem informações quantitativas precisas para gerenciar pontos de melhoria. O autor cita que a relevância das avaliações se torna ainda maior quando se verifica a existência de diversos *stakeholders*, que pode ser definido como todo grupo que influencia ou se percebe influenciado pela organização e seus serviços prestados, seja interno ou externo.

Ainda de acordo com o autor, manter o equilíbrio de satisfação entre todos os envolvidos no sistema de saúde é complexo à medida que a sistemática de funcionamento da organização faz com que o favorecimento de um dos elos acarreta em contrapartida no desfavorecimento de outro. Portanto, observa-se a necessidade de um sistema de saúde que seja ao mesmo tempo economicamente viável e capaz de satisfazer os usuários.

Parte integrante do sistema de saúde, a odontologia hospitalar também sofre a influência de grupos internos e externos, entre eles pacientes, funcionários e demais envolvidos. Como forma de compreender os fatores que influenciam a odontologia hospitalar, propõe-se neste estudo, a análise de acordo com a seguinte tríade (Figura 1):

Figura 1: Tríade da prestação de serviço odontológico hospitalar



2.1. Odontologia Hospitalar – aspectos assistenciais

O Manual do Programa de Odontologia Hospitalar do Estado de São Paulo define a Odontologia Hospitalar como:

Um conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, executadas em ambiente hospitalar, de acordo com as normas vigentes do hospital e inseridas em uma atuação multidisciplinar

(São Paulo, 2012)

Segundo o manual, a equipe diretamente envolvida no serviço deve ser composta por cirurgião-dentista (CD) e técnico em saúde bucal (TSB) e equipe de enfermagem devidamente capacitados para exercerem suas funções, sem sobrepor a atuação do cirurgião bucomaxilofacial e, sim, corroborando com este profissional. Além disso, a equipe de saúde bucal deve integrar a equipe médica e multiprofissional do hospital (SÃO PAULO, 2012).

Para Sousa, Pereira e Silva (2014), na dinâmica da Odontologia Hospitalar o cirurgião-dentista pode realizar exame clínico dos indivíduos hospitalizados, detectar alterações bucais e remover focos infecciosos através de restaurações, cirurgias, raspagens e prescrição medicamentosa, prevenir sangramentos, tratar lesões orais

e realizar tratamentos paliativos. Segundo os autores, essas manobras evitam que o tratamento médico seja interrompido e favorecem a recuperação do paciente em menos tempo.

Em um estudo transversal, Bezinelli (2014) aplicou questionários e coletou dados de sistemas administrativos com o intuito de caracterizar os serviços de odontologia dentro dos hospitais públicos vinculados a Secretaria de Saúde de São Paulo. Os resultados evidenciaram que a maioria dos serviços prestados eram de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. A autora também destacou que, para montagem de um serviço de Odontologia Hospitalar, em média, são necessários R\$98.626,00 (equivalentes a US\$ 41.782,27 quando convertidos à cotação média de 2014 da moeda americana), isso corresponde, ao US\$ de 2016, a R\$ 145.820,12. O custo mensal do serviço, segundo o estudo, foi de R\$29.540,00 (US\$ 12.514,43), o que representou, em 2016, a R\$ 43.675,36. Com base nessas informações, alguns questionamentos poderão surgir, como por exemplo: esse valor é realmente satisfatório para que seja possível ampliar, melhorar e aumentar o número de serviços de odontologia dentro dos hospitais brasileiros? Para isso, novos estudos são necessários, principalmente, para fornecer dados significantes que facilitem a gestão no processo de instalação e reestruturação.

Em 2001, Silva & Lebrão realizaram um levantamento da organização do atendimento da odontologia hospitalar e de traumatologia bucomaxilofacial no município de São Paulo, por meio da aplicação de questionários nas diretorias de instituições responsáveis por esses serviços. Os resultados mostraram que os procedimentos realizados nas 69 instituições estudadas estavam mais centralizados no atendimento à emergência odontológica simples (alívio da dor), atendimento às fraturas dentais, cirurgias de fraturas bucomaxilofaciais, serviço de biopsia, semiologia, tratamento de tumores benignos e malignos, cirurgias de tumores malignos e cirurgia ortognática. Além disso, os autores destacaram a necessidade de ampliação dos serviços de odontologia hospitalar para que os mesmos não fiquem centralizados apenas em atendimentos de emergência e consigam contemplar a reabilitação final dos pacientes.

Além disso, os autores acima discutiram que, embora a odontologia hospitalar tenha uma atuação ampla no município de São Paulo, de 42.720 novos casos de emergência odontológica/ano, em 2001, 14.680 eram casos novos de traumatismos bucomaxilofaciais, o que representava 40,2% dos atendimentos diários. Estes casos

exigem infraestrutura tecnológica adequada e um perfil especializado de recursos humanos dentro dos hospitais.

Mais recentemente, esse cenário tem se modificado e, apesar de a Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial ser uma especialidade odontológica bem estabelecida dentro dos hospitais, no ambiente hospitalar não são realizados somente procedimentos cirúrgicos e emergenciais. Ações de promoção e prevenção à saúde bucal, reabilitação oral e restabelecimento da forma e função dos dentes e periodonto têm feito parte da prática da odontologia hospitalar atual, seja em pacientes internados, pré ou pós intervenções médicas, ou naqueles em acompanhamento ambulatorial para diversas alterações sistêmicas (ARANEGA et al., 2012).

Camargo, em 2005, já defendia a ideia de que além dos procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial que incluem grandes enxertos ósseos para fixação de implantes dentários, tratamento das fraturas dos ossos da face, cirurgia ortognática, tratamento de grandes lesões patológicas, reconstruções após remoção de tumores, outros procedimentos odontológicos são realizados em âmbito hospitalar, como: atendimento a pacientes com intolerância a anestésicos locais, procedimentos cirúrgicos em crianças, promoção de saúde bucal em pacientes hospitalizados, atendimento a pacientes com necessidades especiais (limitação física, mental, emocional ou sistêmica) que impeçam o tratamento em consultório convencional.

Em uma revisão da literatura, Godoi et al. (2009) destacaram a importância do atendimento, em âmbito hospitalar, de pacientes com intolerância a anestésicos locais, em crianças e em pacientes com necessidades especiais, uma vez que neste ambiente pode ser utilizada anestesia geral, eliminando-se o problema do não tratamento dentário em decorrência destas limitações. Associado a isso, os autores demonstraram que é válido a realização da promoção de saúde bucal em pacientes hospitalizados, pois procedimentos simples, como: profilaxia dentária, técnicas de escovação ou aplicação tópica de flúor, fica dificultada para pacientes institucionalizados, na medida em que não podem se dirigir aos consultórios ou postos de saúde para tais intervenções.

Além desses aspectos, Pinheiro e De Almeida (2014) demonstram que cirurgiões-dentistas têm atuado em unidades de terapia intensiva (UTI) e que a manutenção da saúde bucal tem impacto favorável na saúde global dos pacientes internados nestas unidades, especialmente no que diz respeito ao controle de

infecções locais e sistêmicas. Uma vez que a condição clínica dos pacientes em estado crítico, principalmente em ventilação mecânica, dificulta a higienização, o que leva a proliferação bacteriana e formação do biofilme dentário, que podem ocasionar infecções locais (cárie, doença periodontal, necrose pulpar, abscessos, lesões em mucosas, etc.), pulmonares e sistêmicas.

Com base nisso, os autores reafirmam a importância de uma equipe de saúde bucal integrada à equipe multidisciplinar nas UTIs, principalmente, na realização de diagnóstico das alterações bucais, tratamento de trauma e abscessos, adequação do meio bucal, manipulação de materiais, instrumentais e equipamentos especializados da área odontológica, execução de higiene bucal (escovação dos dentes e da língua; limpeza das mucosas com gaze úmida), controle químico e mecânico do biofilme.

Quando se investiga o tratamento odontológico em pacientes submetidos a diferentes terapias para o câncer é frequente observar que o protocolo proposto por Sonis et al. em 1996, ainda é utilizado nos hospitais para prevenir complicações bucais. Entre os procedimentos desse protocolo estão: exame clínico e radiográfico, profilaxia, raspagem e polimento radicular, instruções de higiene bucal, dieta pobre em sacarose, bochechos com soluções fluoretadas, prescrição de gel de fluoreto para uso diário nas moldeiras (preferencialmente neutro), eliminação de cáries ativas e fontes potenciais de irritação, como grampos fraturados, próteses mal adaptadas ou bandas ortodônticas.

Bezinelli (2014), ao caracterizar o serviço de Odontologia em 62 hospitais públicos vinculados à Secretaria do Estado de São Paulo, encontrou que a maioria dos serviços apresentava cadeira odontológica e aparelho de raio-x periapical em contraste com uma pequena parcela que apresentava aparelho de raio-x panorâmico. De uma maneira geral, os procedimentos mais frequentes foram: orientação de higiene bucal, biópsia, laserterapia, endodontia, dentística, periodontia, cirurgia oral menor, cirurgia oral maior e prótese, com uma frequência que variou de 5 a 100%. Os autores ressaltaram que as menores frequências foram relacionadas à prótese e as maiores a cirurgia oral menor e biópsia. Em relação à área de atuação / especialização dos cirurgiões-dentistas, os dados mostraram o seguinte: Cirurgia bucomaxilofacial (n=112), Clínico geral (n= 30), Pacientes especiais (n=18), Estomatologia (n=10), Prótese bucomaxilofacial (n= 02), Atendimento (funcionários do hospital) (n= 22) e Outros (n=15).

Tais achados estão de acordo com as informações presentes no Manual do Programa de Odontologia Hospitalar do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2012), o qual preconiza os seguintes procedimentos dentro dos serviços: a) remoção de focos infecciosos e adequação do meio bucal – tratamento periodontal (raspagens e profilaxias), tratamento endodôntico, tratamento restaurador e extração dentária ou radicular; b) solicitação de exames complementares – citologia esfoliativa bucal, biópsia, punção aspirativa por agulha fina, exames anatomopatológicos, exames microbiológicos, exames de imagem, exames bioquímicos e hematológicos. Além disso, o manual destaca condutas específicas a serem adotadas diante das exigências das diferentes áreas médicas, por exemplo, na cardiologia e oncologia (pré, durante e pós quimioterapia/radioterapia).

Em 2014, Rocha e Ferreira avaliaram a participação da Odontologia, em equipe multiprofissional, no ambiente hospitalar em um hospital público de Belo Horizonte – Minas Gerais. Os autores analisaram prontuários com o intuito de fazer um levantamento das solicitações do serviço de Odontologia durante a internação dos pacientes entre 2010 e 2012. Os resultados mostraram que nesse período 137 pacientes foram indicados para avaliação odontológica, dos quais 70% era sexo masculino e com idade entre 19 e 99 anos (média de 54 anos). Os dados também revelaram que a maior parte dos indivíduos encontrava-se internada em enfermarias de clínica geral (66%), seguido pela de clínica de cuidados especiais (11,1%), clínica cirúrgica (9,6%), unidade de acidente vascular cerebral (9,6%), unidade de terapia intensiva (3%) e clínica obstétrica (0,7%).

Ainda nesse estudo, em relação aos motivos das solicitações à equipe odontológica, os autores categorizaram os resultados pelas seguintes condições: a) condições patológicas: cárie (39,8%), doença periodontal (24,5%), lesões de mucosa (13,3%), complicações infecciosas (8,2%), abscessos/edema/celulite (8,2%) e trauma/fratura dentária (6,1%), b) solicitação de avaliação: avaliação odontológica sem especificação (100%), c) sintomas: dor de dente (80%), dificuldade de mastigação e dor na mucosa, na articulação temporomandibular ou na face (5%), d) higiene bucal: higiene oral precária (100%). e) outras: exodontia e remoção de suturas (47,6%), avaliação de próteses (quebradas, mal adaptadas e confecção) (47,6%), halitose (9,5%) e sialorreia (4,8%).

A microflora oral de indivíduos saudáveis é, principalmente, composta por bactérias Gram-positivas. Este cenário começa a apresentar alterações em seu

equilíbrio quando pacientes são internados por mais de 48h em UTIs, havendo maior prevalência de bactérias Gram-negativas como *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *P. aeruginosa*, as quais são associadas à infecções nosocomiais (MIRANDA, 2016).

Em trabalho publicado em 2009, Sona et al. avaliaram o efeito de um protocolo de saúde bucal de baixo custo na taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI cirúrgica. Esta infecção comum, adquirida no ambiente hospitalar, é responsável por taxa de mortalidade entre 12 e 50% e elevação de custos. O papel da odontologia hospitalar envolve no controle da colonização bacteriana oral, um fator de risco para pneumonia associada à ventilação, uma vez que a microaspiração de secreções aerodigestivas patogênicas em pacientes intubados parece ser a sua principal forma de transmissão. No referido estudo, houve a implementação da remoção mecânica de placa dental com uso de pasta de dente com ingrediente ativo monofluorofosfato de sódio 0,7% e escovação a cada 12 horas. Este protocolo foi realizado por enfermeiros previamente treinados, os quais, geralmente, são responsáveis por realizar a higiene bucal de pacientes nas UTIs brasileiras. Os resultados demonstraram menor tempo de internação em UTI além do decréscimo dos custos durante a internação.

A despeito da participação de enfermeiros nos estudos citados, diversos outros trabalhos evidenciam dificuldades destes profissionais em realizarem a assistência ao cuidado oral, devido ao limitado acesso à cavidade oral, prejudicando a higiene oral em pacientes entubados (MCNEIL, 2000). Dessa forma, pacientes sob estas condições apresentam maior chance de serem colonizados por microrganismos patogênicos e apresentarem infecções sistêmicas oriundas da cavidade bucal, reforçando a importância do cirurgião-dentista como integrante de uma equipe multidisciplinar. Araújo et al. (2009) entrevistaram profissionais de enfermagem atuantes em UTIs de hospitais públicos e particulares, na cidade de Belém-PA. Dos profissionais entrevistados, apenas 29 a 30% afirmaram possuir conhecimento sobre técnicas de escovação, higienização de próteses e higiene de mucosas. Foi verificado que muitos profissionais, embora tivessem deveres sobre a saúde bucal dos pacientes, possuíam poucas informações sobre métodos de controle de placa e desconheciam diversos recursos de higiene oral que poderiam ser utilizados em ambiente hospitalar. Os autores concluíram que os recursos disponibilizados aos hospitais estudados eram escassos, o que dificultava a

manutenção da saúde oral e o controle de infecções bucais já instaladas e, por isso, sugeriram a presença de um cirurgião-dentista.

Em 2011, Lima et al. entrevistaram 64 pacientes internados em unidade hospitalar na cidade de Araçatuba/SP para avaliar sua percepção sobre a importância da saúde bucal. Destes, 81% afirmaram realizar escovação dentária somente duas vezes por semana, e o principal motivo para esta dificuldade foi a dependência de um profissional ou acompanhante, o que gerava constrangimento e desconforto. Foi verificado que o principal problema odontológico era a doença periodontal, além de que todos relataram problemas com halitose ou xerostomia (efeito adverso comum a muitas drogas). Quando questionados sobre o papel do cirurgião-dentista, a maioria dos pacientes afirmou que sua presença na equipe hospitalar seria essencial para realização de atividades curativas e preventivas relacionadas à saúde bucal.

Embora a odontologia hospitalar tenha uma atuação ampla, verifica-se que a periodontia é o tratamento de maior demanda, responsável por 45% dos procedimentos ambulatoriais (SANNAPIEKO, 2002; EGBERT et al, 1999). Estudos dos autores apontam que as doenças periodontais são freqüentes em pacientes diabéticos, portadores de HIV, pacientes com distúrbios psicossociais ou com infecções pulmonares.

Segundo Vieira (2004) a prevalência de procedimentos hospitalares ocorre porque no atendimento a pacientes com necessidades especiais, o profissional e sua equipe se sentem mais seguros para a realização dos procedimentos necessários no centro cirúrgico, com a presença de anestesistas, controlando a ansiedade do paciente, monitorando os sinais vitais e administrando fármacos e soluções adequadamente.

Outro item importante é a realização da prevenção da saúde bucal em pacientes hospitalizados através de procedimentos como profilaxia dentária e aplicação tópica de flúor, pois o acesso a tais procedimentos é dificultado na medida em que não podem se dirigir aos consultórios ou postos de saúde para tais intervenções profiláticas.

2.2. Odontologia Hospitalar no SUS – aspectos organizacionais e financeiros

O capítulo 2.1 apresentou a importância da assistência odontológica hospitalar sob a ótica das ações preventivas, curativas e reabilitadoras visando à integralidade do usuário do sistema de saúde no contexto do atendimento multiprofissional.

No Brasil, o atual sistema de saúde público (SUS – Sistema Único de Saúde) foi instituído em 1988, como resultado do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que propunha a universalização, descentralização, hierarquização dos serviços e controle social. Tais princípios foram incorporados à Constituição, em seu art. 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

(BRASIL, 1988a)

Somente nos anos seguintes foram estabelecidas as diretrizes para destinação dos recursos financeiros ao SUS. A princípio, a constituição determinava apenas que a Seguridade Social (Previdência, Assistência Social e Saúde) deveria ser financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos municípios e de contribuições sociais. Entretanto, não foi estabelecido percentual mínimo de aplicação dos recursos pelos diversos níveis da federação. (PIOLA *et. al*, 2012)

A regulamentação do financiamento da Saúde teve início com a Lei Federal nº 8080 (BRASIL,1990a), que regula o funcionamento do SUS; seguida pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL,1990b), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros entre as esferas de governos. Já os montantes de recursos a serem destinados ao setor nas três esferas de governo só foi definido com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000). O valor repassado pela União foi definido no ano de 2000, quando foi estabelecida a obrigatoriedade de aplicação do valor equivalente ao empenhado no exercício financeiro de 1999, acrescido de 5%. Nos anos seguintes, o valor anual a ser aplicado passou a ser calculado com base no “valor apurado no ano anterior”, corrigido pela variação nominal do PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária. A Emenda Constitucional nº 29 foi

regulamentada pela Lei Complementar 141 de 16/1/2012, que define gasto em saúde e estabelece o repasse de 12% da receita dos estados e 15% da receita dos municípios para o setor saúde (BRASIL, 2012).

O Manual de Gestão Financeira do SUS (BRASIL, 2003) estabelece que os recursos financeiros sejam repassados por meio de transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares.

A base para o pagamento dos serviços prestados é o SIH (Sistema de Informações Hospitalares), também conhecida como Tabela SUS. A Tabela de Procedimentos utilizada como referência para a remuneração dos serviços foi implantada no início da década de 80, anterior, portanto, ao SUS. Os procedimentos tiveram como base a Classificação Internacional de Procedimentos da Organização Mundial da Saúde e os valores foram determinados através da análise das contas apresentadas pelos hospitais durante o período de seis meses. (CARVALHO, 2007)

A autora afirma que, embora os valores atualmente constantes da tabela guardem pouca ou nenhuma relação com os custos, a mesma continua sendo utilizada como base para o pagamento dos serviços prestados.

Nesse contexto, apesar de o serviço de odontologia hospitalar ser prestado em diversos hospitais há mais de 30 anos, sob a ótica administrativo-financeira do SUS, a execução de atendimento odontológico hospitalar de caráter generalista, isto é, além da cirurgia bucomaxilofacial, teve início a partir de 2010, com a Portaria nº 1.032/GM, que incluiu o procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais do SUS voltados aos pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Essa portaria foi formulada na construção de uma política para dar resposta a um problema de saúde que afligia os gestores e a população usuária do sistema de saúde. Por meio da publicação da portaria, os hospitais e profissionais que prestam serviço para o SUS passam a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar para pacientes com necessidades especiais, que vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, entre outras.

No entanto, ainda não há normativa que estabeleça o repasse de recursos, ou reembolso para procedimentos de atenção primária e secundária realizados em ambiente hospitalar em função da condição sistêmica do paciente.

2.3. Custos em Saúde

Martins (2003) conceitua custos como “gasto relativo a um bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços” e os classifica com relação à sua variabilidade (fixos ou variáveis) e à sua facilidade de alocação com o produto ou serviço (diretos e indiretos).

Segundo o autor, essa classificação facilita o planejamento e permite ao gestor prever o que acontecerá em sua estrutura de custos em função de variações nos níveis de atividade. A gestão de custos identifica, mensura, coleta, classifica e fornece informações que são úteis ao planejamento e processo decisório.

De acordo com Carpintério (1999), a intensificação às referências ao custo, na área de saúde, envolve desde aspectos relacionados aos crescentes gastos públicos na área, aos problemas relacionados ao financiamento desses gastos, à grande necessidade e ainda pequena disseminação de métodos adequados de apuração ou mensuração de custos, à importância de seu gerenciamento, de seu controle e de seu uso para decisão, análise e escolha de programas e estabelecimento de políticas para a área.

Para que esses objetivos sejam atendidos, as organizações utilizam de sistemas de custeio, que se destinam a proporcionar um conjunto de dados e informações para suporte ao sistema decisório, permitindo um melhor conhecimento dos resultados da gestão e uma melhoria no funcionamento da organização.

A gestão de custos utiliza como ferramentas os métodos de custeio, que pode ser considerada a forma pela qual os custos são apropriados aos seus portadores finais. Existem várias formas de fazer essa apropriação, ou seja, vários métodos de custeio, com destaque para o custeio por absorção, o custeio variável e o custeio baseado em atividades (ABC).

Neste estudo, será dado destaque ao custeio por absorção que é a metodologia adotada no Hospital, campo de estudo deste trabalho. Segundo Martins (2003), nessa sistemática de custeio, o procedimento básico é fazer com que cada item da produção ou serviço absorva, direta ou indiretamente, uma parcela dos

gastos relativos, somente, ao processo produtivo, sendo essa a principal distinção em relação a outros métodos de custeio. O autor destaca (pág. 37), “[...] é o método derivado da aplicação dos Princípios de Contabilidade Geralmente Aceitos [...]” além de apresentar duas outras vantagens: (i) o fato do custeio por absorção reconhecer os custos fixos e a importância de reconhecer todos os custos de um produto; e (ii) o seu baixo custo de implantação, pois, custeio por absorção não requer o reconhecimento e a separação dos custos de produção em custos fixos e variáveis.

Por sua vez, a utilização do custeio por absorção em entidades hospitalares não permite uma autêntica apuração do custo dos serviços prestados, nem mesmo uma legítima análise das variações desses custos por abordar o custo do paciente, diariamente, de forma linear (NGANGA, *et al.*, 2013).

2.4. Odontologia Hospitalar – satisfação dos usuários

De acordo com Silva (2014), a satisfação do paciente tem se tornado importante indicador na avaliação da qualidade nos serviços de saúde à medida que favorece a identificação do ponto de vista dos usuários sobre os cuidados que recebem. Entre as vantagens da avaliação citadas pelo autor pode ser destacado que seus resultados favorecem a humanização na instituição, oportunizam os gestores a conhecerem na prática a resposta da comunidade ao serviço de saúde ofertado, permitindo a adequação deste às suas expectativas.

A temática da satisfação dos usuários do sistema de saúde, sob todos os aspectos, tem sido amplamente estudada. O termo “satisfação do usuário”, segundo Vaitsman e Andrade (2005), denomina o conjunto de pesquisas que tem por objetivo saber a opinião dos usuários de serviços de um modo geral, sendo também aplicado na área de saúde, a qual se utiliza das pesquisas com foco nas três dimensões que envolvem o cuidado à saúde, ou seja, a relação médico-paciente, a qualidade das instalações e a qualidade técnica dos profissionais de saúde.

As autoras destacam que, a partir do ano 2000, a OMS ampliou o conceito de “satisfação do usuário” ao introduzir nas pesquisas aspectos não-médicos do cuidado, permitindo observar como os direitos individuais são observados no acesso e utilização dos serviços e sistemas de saúde. A “responsividade” leva em consideração a maneira como as ações governamentais atendem às expectativas e

demandas da população, analisando o modo como o sistema de saúde atua e a satisfação do usuário.

Com essa visão ampliada, segundo Mishima et al (2016), a avaliação em saúde pode ampliar o monitoramento e incremento da qualidade do serviço prestado como um componente da cobertura universal em saúde.

Estudos de Donabedian (2003) a respeito da qualidade no setor de saúde provocaram mudanças na gestão da saúde, elevando a preocupação com a melhora do paciente e da prestação dos serviços. Conhecido como tríade Donabediana, o autor elaborou modelo conceitual que avalia a qualidade dos serviços de saúde com base em três categorias: estrutura, processo e resultados. O primeiro descreve o contexto em que os serviços são prestados, o que inclui a estrutura física, financeira e de recursos humanos. O processo descreve as transações entre os pacientes e os fornecedores de cuidados de saúde. Os resultados referem-se aos efeitos dos cuidados no estado de saúde dos pacientes e comunidades. (D'INNOCENZO et. al, 2006)

Vale ressaltar que, além da satisfação do paciente, os funcionários também fazem parte do processo descrito por Donabedian como fornecedores de cuidados de saúde. De acordo com o autor, pesquisas que examinaram a satisfação dos empregados observaram que quanto maior a satisfação do funcionário, maior a performance operacional e financeira da organização.

Pode-se inferir então, que na assistência à saúde, a melhora do desempenho financeiro e a satisfação dos usuários estão interligados, tornando essencial a busca pela qualidade.

Dentro dos preceitos da humanização, que visam resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas dos usuários, a humanização passa pelo reconhecimento do que os usuários dos serviços de saúde, os profissionais que prestam serviços e a comunidade têm a dizer (SALLES, 2004)

Diante deste cenário, com destaque para a tríade assistencial, financeira e qualitativa, pressupõe-se a importância do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar e surgem algumas questões que servem de base para a condução desse trabalho, quais sejam: como se dá a participação do cirurgião-dentista na assistência à saúde prestada ao paciente de um hospital público de alta complexidade? Qual a percepção do cirurgião-dentista quanto aos serviços prestados no ambiente

hospitalar? Qual a percepção dos responsáveis de áreas médicas quanto ao serviço prestado pelo cirurgião-dentista? Qual a satisfação dos pacientes usuários do serviço de Odontologia Hospitalar quanto aos serviços recebidos?

Todas estas questões serviram de base para a condução deste trabalho, que teve com campo de atuação o Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

3. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP

O HCFMRP-USP é uma autarquia pública estadual, vinculada administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) e associado à Universidade de São Paulo (USP) para fins de Ensino, Pesquisa e Assistência Hospitalar. É um Hospital de grande porte, de alta complexidade e referência terciária para a região nordeste do Estado de São Paulo, composta de cerca de 4 milhões de habitantes.

A Tabela 1 a seguir demonstra a infraestrutura física disponível e o movimento das atividades relativas ao exercício de 2016.

Tabela 1: Estrutura física e clientes do HCFMRP-USP, 2016.

Instalações	Total	Movimento	Total 2016
Área construída	204.103 m ²	Nº de pacientes registrados	1.577.927
Enfermaria – Total de Leitos	877	Nº de consultas	672.728 / ano
Ambulatório: Consultórios / Salas de Atendimentos	545	Nº de internações	35.182
Leitos de Observação	84	Nº de Cirurgias	30.971
Salas Cirúrgicas	34		
Sala de Pré-parto e Parto	3		

Fonte: GAD / Sistema HCRP

Tal estrutura física está disponível para auxiliar o corpo clínico e docente do HCFMRP-USP a proporcionar Assistência Médico-Hospitalar e servir de campo de Ensino e de Pesquisa na área da Saúde. Nesse contexto, são prestados serviços de prevenção, tratamento e reabilitação de natureza clínica e/ou cirúrgica em diversas especialidades médicas (tabela 2), além de serviços multidisciplinares complementares de diagnóstico e tratamento (tabela 3).

Tabela 2: Movimento Ambulatorial e de Enfermaria do HCFMRP-USP e UE (Unidade de Emergência), 2016.

2016 Especialidades	Campus			Unidade de Emergência	
	Ambulatório		Enfermaria	Ambulatório	
	Consulta	Procedimento	Internações	Atendimentos	Internações
Cirurgia	48.326	3.095	4.575	3.711	2.002
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	9.456	886	427	1.128	229
Clínica Médica	148.111	39.246	4.406	5.141	2.368
Clínica de Dor	1.444	2.917			
Genética	4.358				
Ginecologia / Obstetrícia	49.277	18.656	3.855	1.560	406
Grupo de Estudos Paliativos	603	180			
Hemocentro	13.964				
Neurocirurgia				483	330
Neurologia	36.907	3.121	1.451	2.214	1.045
Oftalmologia	60.988	17.639	699	8.047	
Oncologia Geral	11.375		428		
Ortopedia	26.314	1.908	1.633	2.890	1.445
Otorrinolaringologia	21.827	4.646	713	1.814	
Pediatria	30.217	4.622	1.743	4.121	1.130
Psiquiatria	12.206		482	621	426
Queimados				3.489	156
Retornos do P.S.				667	
Toxicologia				104	
Centro de Reabilitação - CER	9.825	843			
SAMSP - SAESF	27.247	3.855			
SESMT	2.999			1.165	
SEAVIDAS	379				
Unid. De Pesquisa Clínica Amb.	1.168				
Vigilância Epidemiológica	3.432			977	
Clínica Civil / Convênios	39.842		889		
Avaliação Pré-Anestésica	11.692				
Centro de Cirurgia de Epilepsia			262		
Moléstias Infecciosas			448		82
Unidades de Isolamento					38
Unidade de Transplante Renal			550		
Unidade de Transplante de Medula Óssea			98		
Unidade de Terapia Semi-Intensiva					31
UETDI			391		
Unidade Metabólica			143		
Unid. De Cuidados Intermed. Neonatais			1.940		
UTI Coronariana			100		200
UTI Neonatal			45		
UTI Pós-Operatório			16		
Total	571.957	101.614	25.294	38.132	9.888

Fonte: Relatório de Atividades 2016 – HCFMRP-USP

Tabela 3: atendimentos e Procedimentos Multidisciplinares - HCFMRP-USP, 2016.

Serviços Multidisciplinares	Atendimentos / Procedimentos
Educador Físico	469
Enfermagem	186.035
Farmácia	1.177
Fisioterapia	233.421
Fonoaudiologia	63.395
Nutrição	36.992
Odontologia	18.954
Ortótica	642
Pedagogia	1.624
Psicologia	56.989
Serviço Social Médico	114.058
Terapia Ocupacional	53.609
Total	767.365

Fonte: Relatório de Atividades 2016 – HCFMRP-USP

Para atender a expectativa social adaptada à condição de hospital de ensino, o HCFMRP-USP recebe recursos provenientes do Tesouro do Estado e oriundos do faturamento SUS ou de serviços prestados, conforme tabela 4, referente ao ano de 2016.

Tabela 4: Fontes de Receitas HCFMRP-USP, 2016.

Fontes de Recursos - 2016	Valor (R\$)
Tesouro do Estado	449.911.251,00
Faturamento SUS	170.875.135,00
SES / Incentivo SUS	3.084.390,00
Clínica Civil / Convênios	34.416.008,00
Total	658.286.784,00

Fonte: Relatório de Atividades 2016 - HCFMRP-USP

Os recursos provenientes da arrecadação SUS, bem como os valores recebidos através dos atendimentos da Clínica Civil e de convênios são

administrados pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do HCFMRP-USP. A FAEPA é uma entidade de direito privado com autonomia administrativa e financeira que tem como objetivo principal fomentar as atividades-fins do HCFMRP-USP, oferecendo flexibilidade na gestão financeira do hospital.

Como parte integrante desse complexo administrativo, o Serviço de Odontologia e Estomatologia do HCFMRP-USP também tem seu faturamento primário oriundo da prestação de serviços odontológicos reembolsados pelo faturamento SUS.

3.1. Contextualização do Serviço Odontológico no HCFMRP - USP.

O atendimento odontológico no HCFMRP-USP é prestado ao pacientes há mais de 35 anos e serve de referência a hospitais na implantação deste tipo de atendimento, tendo inclusive colaborado na estruturação do Programa Sorria Mais do Governo do Estado de São Paulo.

Inicialmente, o atendimento era prestado somente para pacientes de cirurgia cabeça e pescoço, na prevenção de osteonecrose dos maxilares por radioterapia. Observou-se então a necessidade de complementar o atendimento, principalmente aos portadores do vírus HIV atendidos na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI) e hemofílicos.

Com o passar do tempo, pacientes de quase todas as especialidades oferecidas pelo HCFMRP-USP são atendidos também pelos profissionais de odontologia quando apresentam complicações sistêmicas que exigem cuidados odontológicos em ambiente hospitalar ou doenças sistêmicas complicadas por patologias de origem odontológicas.

Atualmente, a equipe é composta por 1 chefe de departamento; 8 dentistas contratados, sendo que apenas 7 trabalharam integralmente durante o ano de 2016; 8 residentes de oncologia, que realizam atividades tanto em ambulatório quanto em enfermaria; 6 residentes em assistência multiprofissional em atenção integral à saúde, que atuam nos 3 níveis de atenção, dedicando tempo parcial ao serviço de odontologia e estomatologia; e 4 auxiliares de enfermagem.

Tais profissionais atendem os pacientes em 3 consultórios localizados dentro do HCFMRP-USP, 1 consultório localizado na Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto e 1 consultório localizado na UETDI.



4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Caracterizar o Serviço de Odontologia Hospitalar no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, nos aspectos assistencial, financeiro e de percepção dos profissionais e satisfação dos usuários pacientes.

4.2. Objetivos específicos:

1) ASSISTENCIAL:

- Relacionar as atividades exercidas pelo cirurgião-dentista no ambiente hospitalar quanto ao número de atendimentos por tipo, procedência do paciente (internado ou ambulatorial), patologias de base e enfermaria específica.

2) FINANCEIRO:

- Identificar a receita SUS dos procedimentos odontológicos realizados;
- Identificar os custos do Serviço de Odontologia Hospitalar;

3) PERCEPÇÃO / SATISFAÇÃO DO SERVIÇO:

- Identificar a percepção dos Cirurgiões-Dentistas contratados pelo Hospital e dos Chefes das especialidades médicas usuárias dos serviços de odontologia hospitalar, quanto aos serviços prestados;
- Identificar a satisfação dos pacientes usuários do serviço de odontologia Hospitalar quanto aos serviços recebidos.

MATERIAL E MÉTODOS

5. MATERIAL E MÉTODOS

Com a finalidade de responder aos objetivos formulados nesta pesquisa, optou-se por utilizar um estudo de caso que, segundo Yin (2001), é o delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos, e no qual múltiplas fontes de evidências são adotadas.

Segundo Gil (1999), uma restrição à utilização de estudo de caso é a dificuldade de generalização dos resultados. Os propósitos do estudo de caso não são os de proporcionar o conhecimento preciso das características da população e sim, o de proporcionar uma visão global do problema ou de identificar possíveis fatores que o influenciam ou por ele são influenciados.

Como vantagens, Gil (1999) destaca que no estudo de caso o pesquisador volta-se para a multiplicidade de dimensões de um problema.

Quanto ao tipo, Gil (1999) destaca que as pesquisas são usualmente classificadas com base em seus objetivos e que essa classificação se dá em três grandes grupos: exploratórias, descritivas e explicativas.

A pesquisa desenvolvida classifica-se como exploratória descritiva. Exploratória porque procura analisar em profundidade, a caracterização do serviço de Odontologia dentro de um hospital de ensino e também, busca levantar questões para futuros trabalhos. Descritiva pelo fato de descrever características de determinada realidade.

Para tanto, fez-se primeiramente necessário caracterizar o hospital como o objeto do estudo, bem como compreender a atuação do setor de odontologia hospitalar no contexto multidisciplinar da instituição, conforme apresentado no capítulo 3.

Depois de caracterizado o ambiente da pesquisa e para melhor compreensão do delineamento do estudo e da coleta de dados, assim como desenvolvido no referencial teórico e nos objetivos propostos, a metodologia também será dividida na tríade: assistencial, financeira e percepção / satisfação dos usuários.

5.1. Assistencial:

Para relacionar as atividades assistenciais exercidas pelo cirurgião-dentista no ambiente hospitalar do HCFMRP-USP quanto ao número de atendimentos por tipo, procedência do paciente e patologias de base, foi efetuado levantamento junto ao Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD) do HCFMRP-USP do total de atendimentos realizados aqui considerado como sendo consultas e procedimentos.

Para tanto, foi desenvolvido um estudo descritivo, quantitativo e com dados secundários, utilizando-se de dados relativos ao ano de 2016, quando o Hospital passou a gerar informações detalhadas referentes aos atendimentos odontológicos.

Os atendimentos foram classificados pela origem do paciente, se ambulatorial ou internado. Os procedimentos realizados foram categorizados em cirurgia, curativo, dentística, diagnóstico, endodontia, laserterapia, oclusão, ortodontia, periodontia, prevenção, prótese, radiologia, seguimento em CTI, tratamento de hemorragia, urgência, entre outros.

Para a classificação dos pacientes atendidos pelo serviço de odontologia hospitalar segundo a patologia de base, utilizou-se os capítulos do Código Internacional de Doenças Revisão 10 (CID 10). Essas informações foram obtidas no Sistema HC, em levantamento obtido junto ao GAD.

5.2. Financeiro:

Para identificar a receita SUS dos procedimentos odontológicos realizados, foram obtidos dados do faturamento SUS, cujas informações constam em sistema próprio do HCFMRP-USP, junto ao Grupo Executivo de Convênios (GECON), que é a unidade do Hospital que tem a atribuição de contabilizar as atividades desenvolvidas e realizar o faturamento junto ao SUS.

Para se obter as informações relativas ao custo do serviço de odontologia utilizou-se a sistemática de custeio por absorção. Assim como outros hospitais, o HCFMRP-USP não possui sistema de custeio individualizado por paciente e trabalha com o custeio por absorção, o qual consiste na apropriação de todos os custos, sejam diretos, indiretos, fixos ou variáveis; utilizando-se critérios de rateio para os custos indiretos. Para o HCFMRP-USP o custo do atendimento odontológico está incluído no cômputo geral do custo do atendimento ambulatorial. Portanto, para

atendimento aos objetivos desta pesquisa foi necessário o cálculo específico do atendimento odontológico.

Para a sustentação das atividades odontológicas o HCFMRP-USP conta com o Centro de Custo do Serviço de Odontologia e Estomatologia para onde são dispensados os materiais de consumo, medicamentos e serviços e onde são alocados dos recursos humanos específicos necessários ao desenvolvimento das atividades dos ambulatorios, enfermarias, incluindo a UETDI, que dispõe de um consultório específico.

Dispõe também de um centro de custos denominado Odontologia Hemocentro, que fornece os materiais de consumo, medicamentos e serviços necessários, para as atividades lá desenvolvidas. Este centro de custo conta com um cirurgião dentista que embora lotado no Serviço de Odontologia e Estomatologia presta suas atividades no Hemocentro. Para o cálculo do custo, o valor correspondente a folha de pagamento e benefícios de um CD foi subtraído do centro de custo Serviço de Odontologia e Estomatologia e adicionado no centro de custo Odontologia Hemocentro.

Portanto, foram calculados separadamente os custos dos atendimentos realizados nos ambulatorios, enfermarias e UETDI e dos atendimentos realizados no Hemocentro.

Em síntese, a metodologia de apuração dos custos, conforme a estrutura do Custeio por Absorção envolve as atividades descritas abaixo:

- são levantados os gastos do Hospital por centro de custos, como pessoal (salário, vale-alimentação, vale-transporte), energia elétrica, água/esgoto, telefone, manutenção de equipamentos e instalações, materiais de consumo e medicamentos e gerais como aluguel e locação de aparelhos;
- as informações monetárias são relacionadas com informações estatísticas de produção, de todos os centros de custos;
- os custos dos centros de custos de apoio, bem como os custos indiretos são apropriados para os centros de custos usando critérios de rateio pré determinados, tendo como base os relatórios estatísticos;
- a soma dos custos diretos e do rateio dos custos indiretos compõe o total dos custos de cada grupo dos centros de custo;

- mediante a divisão do total dos custos pela produção estatística do período define-se os custos da atividade principal desenvolvida pelo centro de custo, no caso específico o Centro de Custo Odontologia e Estomatologia.

A sistemática de cálculo de custos do HCFMRP-USP adota a seguinte nomenclatura para os componentes do custo das atividades:

Pessoal, Encargos e Benefícios: obtidas as informações relativas à folha de pagamento dos profissionais cirurgiões dentistas e auxiliares de enfermagem atuantes no serviço de odontologia no exercício de 2016. Engloba salários, encargos sociais, 13º salário, férias, benefícios, plantões e horas extras, informações estas obtidas junto ao Centro de Recursos Humanos.

Material de consumo e medicamentos: buscou-se informações, junto a Seção de Custos do Hospital, dos materiais de consumo programados e consumidos no Centro de Custo Odontologia e Estomatologia e no centro de custo Odontologia Hemocentro e os respectivos valores financeiros pagos pelo hospital, referentes à última compra realizada, no exercício de 2016.

Serviços de terceiros: correspondem a todos os gastos que a instituição possui com empresas terceirizadas para a realização de serviços que não são efetuados pelos próprios funcionários. São exemplos destes gastos: vigilância e segurança, processamento da folha de pagamento, higiene e limpeza, serviços de portaria e telefonia.

Custos Gerais: englobam água e esgoto, energia elétrica, manutenção, depreciação de bens, etc.

Centros de custos de apoio e auxiliares: são unidades que prestam serviços internamente como engenharia, engenharia clínica, central de material, laboratório de informática e tem, quando possível, seus custos diretamente alocados, por critérios de ordens de serviços e número de itens processados / esterilizados.

Quando não possíveis de serem alocados diretamente, são utilizados critérios de rateio para o cálculo da parcela de custos correspondente aos Serviços de Terceiros, Custos Gerais e Centros de custos de apoio e auxiliares, informações estas obtidas junto à Seção de Custos do Hospital. A título de exemplo, o custo relativo a higiene e limpeza atribuído a Odontologia e Estomatologia é proporcional a área física (m²) ocupada por este Centro de Custo. Demais critérios de rateio estão listados no **Apêndice A: Principais critérios de alocação de custos por serviço prestado.**

Estas informações permitiram a análise financeira do setor de odontologia e estomatologia, com o cálculo dos custos envolvidos na execução das atividades.

5.3. Percepção / satisfação:

Conforme destacado no capítulo 2.3, a busca pela qualidade não inclui apenas os aspectos operacionais e financeiros. Entre os *stakeholders* das organizações, é fundamental compreender as necessidades de clientes e colaboradores.

5.3.1. Percepção dos colaboradores envolvidos no serviço de odontologia hospitalar

Para identificar a percepção dos colaboradores envolvidos no serviço de odontologia hospitalar do HCFMRP-USP, foram elaborados 2 questionários diferentes, sendo o primeiro

Apêndice B: Questionário ao dentista contratado) encaminhado para resposta pelos Cirurgiões-Dentistas contratados pelo Hospital, e o segundo (Apêndice C: Questionário aos chefes de departamento) encaminhado aos Chefes das especialidades médicas usuárias dos serviços de odontologia hospitalar.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionários de perguntas abertas e fechadas. O questionário encaminhado aos cirurgiões-dentistas aborda primeiramente aspectos relativos à formação profissional, área de atuação e regime de trabalho. No segundo bloco são apresentadas questões sobre o ambiente de trabalho e satisfação profissional.

O Serviço de Odontologia do HCFMRP-USP é composto por 9 profissionais contratados por 20 horas/semanais que desenvolvem seu trabalho no cenário do estudo, em diferentes áreas, com distintas jornadas de trabalho. Além da carga horária contratada, o serviço utiliza 4 plantões de 12 horas por semana, que são distribuídos entre os dentistas. Portanto, a carga horária semanal sofre alteração em função do número de plantões realizados por cada funcionário.

Para a eleição dos respondentes, aplicou-se os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- Jornada de trabalho acima de 20 horas semanais.
- Exercício do trabalho como cirurgião-dentista contratado por no mínimo 2 anos.

Critérios de exclusão:

- Trabalhadores em férias ou licença médica, durante o período de coleta dos dados.
- Trabalhadores que não exerceram atividades em 2016.
- O chefe do serviço foi excluído da amostra.

Após a aplicação dos critérios à população do estudo, restaram 7 sujeitos, sendo que 2 não aceitaram participar do estudo, totalizando 5 respondentes. As entrevistas foram realizadas segundo suas disponibilidades.

O questionário encaminhado aos chefes das especialidades médicas aborda informações profissionais do entrevistado e questionamentos acerca da contribuição do serviço de odontologia hospitalar na assistência prestada ao paciente.

Para os questionários dos cirurgiões dentistas e chefes das especialidades médicas foi utilizada a Escala de *Likert*, uma maneira de medir as atitudes e conhecer o grau de conformidade do entrevistado com qualquer afirmação proposta. Ao contrário de uma simples pergunta de resposta “sim ou não”, uma Escala de *Likert* permite descobrir níveis de opinião. Isso pode ser útil para temas ou assuntos sensíveis ou desafiadores (LIKERT, 1932). Neste sentido, as categorias de resposta servem para capturar a intensidade dos sentimentos dos respondentes. Adotou-se as seguintes alternativas de respostas: (1) Discordo totalmente, (2) Discordo, (3) Não concordo nem discordo, (4) De acordo, (5) Totalmente de acordo.

5.3.2. Satisfação dos pacientes usuários do serviço de odontologia hospitalar quanto aos serviços recebidos.

Para avaliar a satisfação dos pacientes usuários do serviço de odontologia hospitalar foi elaborado questionário (**Apêndice D: Questionário aos usuários**)

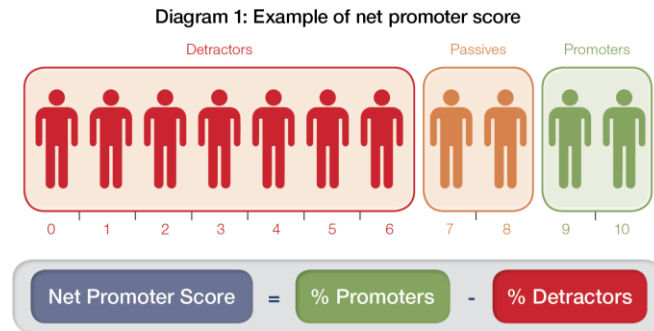
baseado na técnica NPS (Net Promoter Score ®) e aplicado aos pacientes que utilizaram o serviço entre julho e agosto de 2017 (Reichheld, 2006).

A coleta de informações foi realizada por meio de questionário com perguntas abertas e fechadas. A técnica NPS é uma metodologia de análise de satisfação de clientes amplamente utilizada por organizações que pretendam avaliar a probabilidade de um cliente voltar a comprar seus produtos ou recomendar sua marca a um amigo. A metodologia desenvolvida por Fred Reichheld e se baseia na proposição de uma única pergunta aos clientes sobre a probabilidade de recomendar o produto/serviço da organização a um amigo, selecionando a resposta em uma escala de 0 a 10. (Reichheld, 2011)

Segundo o autor da metodologia “o objetivo desse método foi criar uma pergunta simples e que pudesse ajudar as empresas a criar relacionamentos duradouros e satisfazer seus clientes”. Isso ocorre quando a organização busca entender como os clientes estão se sentindo e fazer com que os funcionários se sintam responsáveis pela experiência do cliente. Com base nos resultados dessa pesquisa as empresas poderiam ser capazes de identificar o nível de satisfação de seus consumidores, saber o quanto elas estão contribuindo ou não para a felicidade das pessoas e, desse modo, poder gerenciar os esforços da empresa para os setores que precisassem de melhorias.

As respostas são classificadas conforme a figura 2, onde clientes que respondem de 0 a 6 são considerados “detratores”, ou clientes insatisfeitos que podem prejudicar sua marca por meio de testemunhos negativos; aqueles que respondem 7 ou 8 são clientes “passivos”, ou seja, estão satisfeitos, mas indiferentes, podendo facilmente procurar um novo fornecedor ou prestador do serviço; e clientes que respondem 9 e 10 são considerados “promotores”, isto significa que são clientes leais que compram e recomendam a organização pesquisada.

Figura 2: Diagrama Exemplo do Net Promoter Score



Fonte: Adaptado de Reichheld (2011)

O cálculo do *score*, ou índice de satisfação, é feito pela fórmula abaixo e pode variar de -100 (quando todos os clientes são Detratores) a 100 (quando todos os clientes são Promotores).

$$\frac{(\text{Número de Promotores} - \text{Número de Detratores})}{(\text{Número de respondentes})} \times 100$$

NPS®, Net Promoter® e Net Promoter® Score são marcas registradas da Satmetrix Systems, Inc., Bain & Company e Fred Reichheld.

Para este estudo, além da pergunta fundamental proposta pela metodologia NPS foram realizadas questões abertas para cada classificação de paciente, permitindo ao entrevistado responder livremente o que pensa sobre o assunto.

A- Para os que atribuíram notas 9 e 10: “promotores”

Especificamente o que você recomenda?

B- Para os que atribuíram notas 7 ou 8 : “passivos”

O que é necessário para termos nota 10?

C- Para os que atribuíram notas 0,1,2,3,4,5 ou 6: “detratores”

Quais as principais razões para esta nota?

5.4. Tamanho da amostra e seleção dos participantes

Para avaliação da percepção da contribuição da odontologia hospitalar no serviço prestado pelo HCFMRP-USP foram convidados a responder os questionários todos os cirurgiões dentistas dos serviços de odontologia e todos os responsáveis médicos das clínicas usuárias.

a) **Cirurgiões-Dentistas:** número de cirurgiões-dentistas contratados para atuação no serviço de Odontologia Hospitalar do HCFMRP-USP (n=8);

b) **Médicos:** chefes das especialidades médicas do HCFMRP-USP (n=16) nas áreas de atuação da odontologia hospitalar; que são: Cardiologia, Central de Quimioterapia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, CTI – campus, Dermatologia, Hematologia/Coagulopatia, Moléstias Infeciosas e UETDI, Oncologia Geral, Oncologia Hematologia, Oncologia Pediatria, Oncologia Tumor Hepático, Oncologia Urologia, Oncologia CCP, Radioterapia, Transplante de Fígado e Transplante de Medula Óssea.

Para medir a satisfação dos pacientes considerou-se o número de atendimentos aproximado em 19.000 por ano, um nível de satisfação presumido mínimo de 90%, um erro amostral tolerável de 5% e um coeficiente de confiança de 95% obtendo-se o tamanho amostral mínimo de 123 usuários.

Diante disso, foram selecionados 123 pacientes voluntários, com idades acima de 18 anos, de todos os gêneros, etnias e de todas as classes sócio-econômicas, que estão vinculados ao serviço de Odontologia Hospitalar do HCFMRP-USP.

Todos os indivíduos aceitaram participar como voluntários, sem receber nenhum tipo de remuneração ou benefício adicional durante o estudo. Para que pudessem participar da pesquisa, todos os respondentes assinaram Termos de Consentimento de Livre Esclarecimento (TCLE) nos quais foram salientados os riscos e apresentados os benefícios de colaborarem com o estudo. Foram elaborados dois TCLE, cujos modelos assinados pelos colaboradores constam no Apêndice E: Termo de consentimento livre e esclarecido para dentistas e médicos e pelos pacientes no **Apêndice F: Termo de consentimento livre e esclarecido para usuários.**

Após a assinatura do TCLE, todos os indivíduos responderam a questionários específicos, os quais foram elaborados com perguntas e respostas objetivas direcionadas para cada grupo (público-alvo).

Foram excluídos todos os participantes que se recusaram a participar do estudo ou responderam de forma incompleta ao questionário.

5.5. Análise dos dados

Todos os dados foram arquivados com códigos de identificação em planilhas eletrônicas (Microsoft Excel para Windows) para análise descritiva e confecção dos gráficos e tabelas. Os dados foram apresentados em número absoluto, em porcentagem e médias, quando apropriado.

Para análise dos dados, as respostas relativas à percepção dos Cirurgiões-Dentistas contratados pelo Hospital e dos Chefes das especialidades médicas usuárias, quanto aos serviços prestados pela odontologia hospitalar foram consolidadas de acordo com o modelo conceitual de Donabedian, descrito no capítulo 2.4. Conhecido como tríade Donabediana, o modelo propõe avaliar a qualidade dos serviços de saúde com base em três categorias: estrutura, processo e resultados. Assim, as respostas referentes à percepção dos profissionais foram estruturadas segundo esta tríade. As questões elaboradas para os cirurgiões-dentistas foram agrupadas em “estrutura” e “processo”, além de questões referentes à satisfação pessoal. Para atender à categoria “resultados” proposta pelo autor, buscou-se verificar os efeitos dos cuidados no estado de saúde dos pacientes na visão dos chefes das especialidades médicas.

5.6. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) – Universidade de São Paulo (USP) e aprovado sob o protocolo nº 65773517.0.0000.5440 (Anexo A). Após a aprovação, os participantes foram convidados a participar, como voluntários, da pesquisa e, ao concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico para médicos e cirurgiões-dentistas

Apêndice E) e para usuários (Apêndice F), o qual possui informações detalhadas a respeito da pesquisa (objetivos, benefícios, riscos e desconfortos). As informações coletadas foram mantidas sob sigilo, assim como as identidades foram preservadas.

5.7. Limitações do estudo

Uma limitação identificada por este trabalho está no fato de não ser possível identificar todos os custos das atividades da odontologia. Por exemplo, muitas atividades realizadas em pacientes internados, no beira do leito, consomem materiais que provavelmente são obtidas pelo centro de custo da unidade de internação, não sendo possível identificar ao procedimento. Ainda, foram apresentados os custos médios, não sendo possível identificar o custo real dos atendimentos realizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Assistencial

6.1.1. Avaliação Geral

Diversos estudos apontam que o enfoque multiprofissional na assistência aos pacientes favorece os cuidados com a doença, resultando em melhor qualidade de vida. (PEDUZZI, 2001; AYRES, 2007; CECÍLIO & MERHY, 2003) A partir dessa perspectiva, o HCFMRP-USP presta atendimento tanto ambulatorial quanto de enfermaria, ou internação, nas diversas especialidades em que atua.

Neste trabalho, para avaliação das atividades realizadas pelo Serviço de Odontologia e Estomatologia, considerou-se atendimento o somatório de consultas e procedimentos. Foram consideradas consultas os atendimentos que contemplaram avaliação clínica e que não envolveram intervenção com procedimento. Nessa modalidade encontram-se: primeiras consultas de avaliação; consultas para controle e manutenção; retornos, entre outros, para avaliação diagnóstica, para avaliação de resposta terapêutica e pós operatória ou de rotina, de acordo com protocolos pré-estabelecidos, como por exemplo, os retornos de manutenção para pacientes em uso de bisfosfonatos.

Os atendimentos em que os pacientes foram submetidos a algum procedimento odontológico não foram contabilizados como consultas, mas apenas os procedimentos realizados. A Tabela 5 apresenta a distribuição geral das atividades realizadas pelo Serviço de Odontologia e Estomatologia no ano de 2016. Os resultados estão apresentados em números absolutos e percentual relativo do total.

Tabela 5: Atividades realizadas pelo Serviço de Odontologia e Estomatologia. HCFMRP-USP, 2016

Tipo de Atendimento		Enfermaria		Ambulatório		Total	
Total Geral de Consultas		2.034	10,58%	8.286	43,12%	10.320	53,70%
Grupos de Procedimentos	Periodontia	28	0,14%	3.620	18,84%	3.648	18,98%
	Cirurgia	102	0,53%	1.797	9,35%	1.899	9,88%
	Laser	430	2,24%	926	4,82%	1.356	7,06%
	Prevenção	31	0,16%	439	2,28%	470	2,45%
	Dentística	10	0,05%	380	1,98%	390	2,03%
	Radiologia	15	0,08%	310	1,61%	325	1,69%
	Curativo	14	0,07%	292	1,52%	306	1,59%
	Prótese	4	0,02%	48	0,25%	52	0,27%
	Urgência	1	0,005%	42	0,22%	43	0,22%
	Endodontia	4	0,02%	39	0,20%	43	0,22%
	Diagnóstico	7	0,04%	13	0,07%	20	0,10%
	Outros	0	0,00%	5	0,02%	5	0,02%
	Tto Hemorragia	4	0,02%	5	0,02%	9	0,04%
	Oclusão	0	0,00%	4	0,02%	4	0,02%
	Ortodontia	9	0,05%	3	0,01%	12	0,06%
	Seguimento em CTI	242	1,26%	0	0,00%	242	1,26%
	Não Especificado	0	0,00%	73	0,38%	73	0,38%
Total Geral de Procedimentos		901	4,69%	7.996	41,61%	8.897	46,30%
TOTAL GERAL DE ATENDIMENTOS							19.217

Fonte: Sistemas HCRP / GAD

Observa-se que do total de atendimentos realizados (19.217), há um equilíbrio entre consultas (53,7% ou 10.320) e procedimentos (46,3% ou 8.897). Essa necessidade freqüente de intervenção está de acordo com a má condição de saúde bucal encontrada na população brasileira. A última Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2010 pelo Ministério da Saúde, apresentou dados relativos à alta incidência de cárie dentária em relação a países desenvolvidos,

significativa presença de doenças periodontais entre adultos, além de problemas de edentulismo e oclusão dentária. (BRASIL, 2012b).

O HCFMRP-USP segue os protocolos de atenção odontológica estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Estado (SÃO PAULO, 2012), que orienta o encaminhamento para a rede de atenção odontológica extra-hospitalar, o tratamento de patologias orais que não interfiram na condição sistêmica dos pacientes e os procedimentos que não trazem riscos, nem necessidade de cuidados especiais. Dessa forma, pode ser inferido que a necessidade de procedimentos odontológicos dessa população é maior do que a apresentada neste estudo.

Vale ressaltar que a maioria dos encaminhamentos ao serviço é realizado pela equipe médica da clínica de origem, através de pedidos de interconsulta (PI), seja por identificação de necessidade, ou por força de protocolos da instituição que exigem a avaliação odontológica prévia a algumas modalidades terapêuticas, como a radioterapia de cabeça e pescoço, a cirurgia cardíaca com troca de valva, o uso de bisfosfonatos, entre outros. Essa condição, associada ao alto número de atendimentos realizados, demonstra o reconhecimento, pela equipe médica, da necessidade de atenção odontológica especializada à atenção integral aos pacientes.

Para qualificar melhor essa demanda, foram levantados os motivos de indicação/solicitação de atendimento odontológico encontrados nos PI durante o ano de interesse desse estudo. Foi encontrado o seguinte: 33% das solicitações tiveram por objetivo a avaliação de condição dentária; 47% para diagnóstico e tratamento de alterações de tecidos moles e outras estruturas (osso e glândulas salivares); 18% para avaliação protocolar e 2% não foram identificados (BALDI et al., 2014). Os dados mostram que a percepção do serviço vai além da atenção odontológica clássica, com a maioria da demanda envolvendo a necessidade de diagnóstico e a aplicação de tratamento para complicações não dentárias, que são sabidamente mais frequentes nessa população de pacientes, seja pela complicação direta da doença de base ou pelas terapêuticas prescritas (FRANCESCHINI et al, 2002; TRAVAGLINI, 2003).

Na avaliação por tipo de procedimentos realizados, destacaram-se a Periodontia (18,98%), Cirurgia (9,88%), Laser (7,06%), Prevenção (2,45%), Dentística (2,03%), RX (1,69%) e Curativo (1,59%). A alta incidência de tratamento periodontal está de acordo com a má condição de higiene oral encontrada nesses

pacientes. Essa condição foi evidenciada em estudo que avaliou a condição de saúde bucal de pacientes a serem submetidos ao transplante de medula óssea no HCFMRP-USP (MUNIZ et al, 2016). Nesses casos, o preparo periodontal objetiva não só a manutenção de saúde bucal, mas é fundamental como controle de foco infeccioso e das complicações sistêmicas advindas da doença periodontal (RIDKER, 1995; RIDKER & SILVERTOWN, 2008; FIGUERO et al., 2014).

De acordo com os dados obtidos, os procedimentos mais frequentes no grupo cirúrgico foram, em ordem decrescente: exodontias, biópsias, tratamento cirúrgico de lesões císticas, gengivectomias e plastias gengivais. Os dados corroboram com os achados, previamente descritos, para condição periodontal e prevalência de encaminhamentos para avaliação de patologias não dentárias. Essas condições justificam a demanda por exodontias e biópsias realizadas no serviço. O baixo número de eventos no grupo procedimentos diagnósticos pode dar a falsa impressão de que a demanda diagnóstica foi baixa. Cabe ressaltar que o grupo diagnóstico de procedimentos não contemplou as biópsias e sim as coletas não cirúrgicas de material, como Swabb, Punção e Citologia. Além disso, esses procedimentos clínicos devem estar sub notificados na amostra, uma vez que sua inserção no sistema de informações e gerenciamento teve início a partir de agosto de 2016.

A importante participação da laserterapia provavelmente se deveu aos protocolos de prevenção e tratamento de mucosite oral utilizados na instituição, que prevêem aplicação diária para pacientes em transplante de medula óssea e três vezes por semana para todos os pacientes em radioterapia na região de cabeça e pescoço e aqueles em quimioterapia com sinais de mucosite. Mais adiante será apresentado que os pacientes oncológicos representaram quase 40 % da movimentação do serviço.

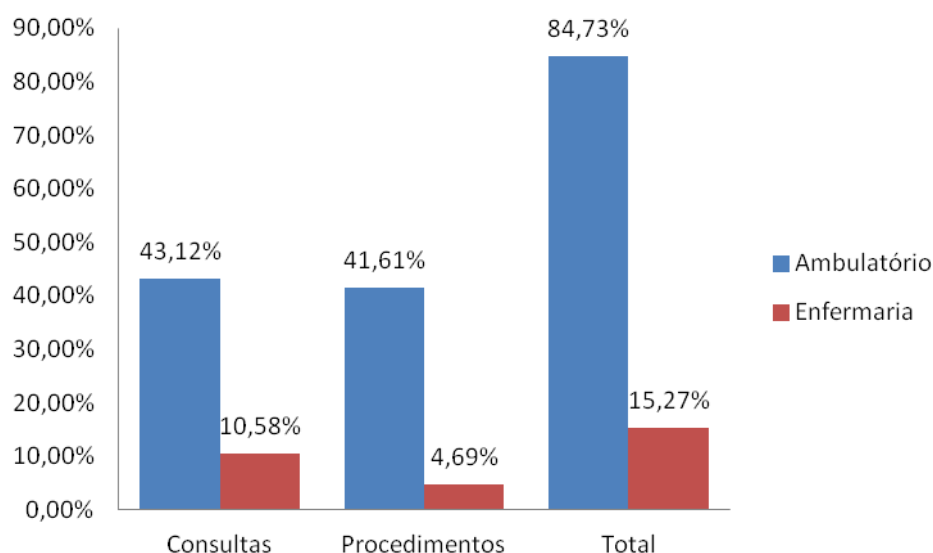
Chama a atenção a baixa incidência de tratamento de intercorrências hemorrágicas, apenas 9 relatos. Poderia ser esperado um número maior, tendo em vista a prevalência de procedimentos cirúrgicos e a conhecida alta frequência de pacientes com distúrbios de coagulação, seja constitucional ou adquirido (por patologias ou medicamentos). Este fato deve ser explicado pela *expertise* da equipe com esse grupo de pacientes (vide perfil profissional: tempo de atuação e formação).

Os procedimentos preventivos e de dentística, por serem não invasivos e de baixo risco, são realizados em ambiente hospitalar apenas nos pacientes que

apresentam condição clínica crítica, nos pacientes internados e naqueles portadores de coagulopatias e hemoglobinopatias crônicas que são cobertos pelo serviço do Hemocentro. Portanto, a baixa incidência provavelmente não reflete a demanda real por esses procedimentos e sim o perfil de atendimento odontológico realizado em ambiente hospitalar.

Para melhor visualização da comparação entre as atividades realizadas em função da procedência do paciente (Ambulatório ou Enfermaria), o gráfico 1 apresenta a percentagem relativa das atividades totais realizadas em cada grupo.

Gráfico 1: Comparação das atividades realizadas por local de atendimento do paciente, Ambulatório e Enfermaria (percentagem relativa ao total de atividades. HCFMRP-USP, 2016



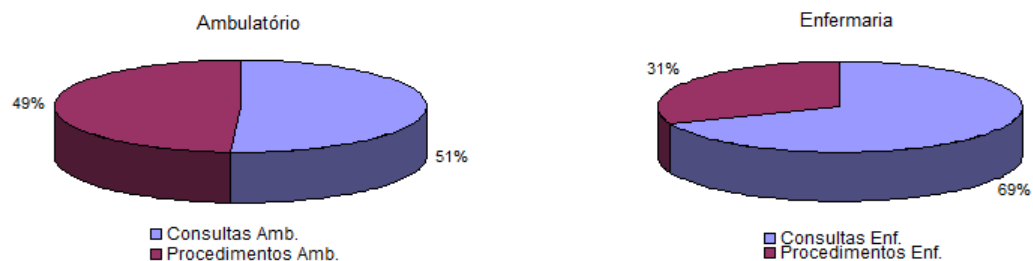
A grande maioria dos atendimentos foi realizada em pacientes ambulatoriais (84,73%) enquanto apenas 15,27% dos atendimentos foram realizados em pacientes internados. O mesmo padrão foi observado na análise separada tanto para consultas quanto para procedimentos.

Tais resultados provavelmente se devem pelos protocolos de “não internação” praticados pelo Serviço de Odontologia e Estomatologia, que envolve atendimentos ambulatoriais com suporte transfusional, do tipo hospital-dia. Tal medida é tomada com intuito de reduzir o desconforto com internação, riscos de infecção e custos para o sistema de saúde. Um exemplo desse tipo de abordagem é a intervenção cirúrgica odontológica em pacientes portadores de hepatopatia crônica terminal que apresentam importantes alterações na hemostasia. O protocolo de atenção

odontológica do serviço não indica a internação do paciente, as transfusões necessárias são realizadas em sua maioria no ambulatório da Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto.

O gráfico 2 apresenta a comparação separadamente entre Consultas e Procedimentos tanto para os pacientes ambulatoriais quanto para os internados.

Gráfico 2: Comparação entre Consulta e Procedimento para pacientes Ambulatoriais e de Enfermaria. HCFMRP-USP, 2016



Os pacientes de origem ambulatorial apresentaram porcentagens equivalentes de demanda entre consulta (51%) e procedimentos (49%), enquanto nos pacientes internados houve predomínio das consultas (69%) sobre os procedimentos (31%).

O motivo da maior concentração relativa de procedimentos no paciente ambulatorial provavelmente foi devido ao fato de que além dos pacientes que deram entrada no serviço por essa via, muitos pacientes que foram avaliados quando internados continuam o tratamento odontológico no pós-alta. As manutenções periodontais realizadas de forma periódica em alguns tipos de patologias de base também contribuem para a demanda por esse tipo de procedimento.

Entre as condições de saúde que exigem seguimento contínuo segundo os protocolos do serviço estão: anticoagulação crônica; hepatopatias; pacientes com indicação e em lista de transplante, pós transplantados, pós radioterapia na região de cabeça e pescoço; usuários de terapia antiosteoclástica, ou antiangiogênica (com risco de necrose óssea dos maxilares); portadores de erro inato do metabolismo, Imunossupressão celular e humoral, Retardo de Desenvolvimento Neuropsicomotor, entre outros.

6.1.2. Avaliação da demanda por tipos de procedimento: enfermaria X ambulatório.

Para se identificar as demandas específicas por procedimentos entre pacientes ambulatoriais e de enfermaria, possibilitando a melhor gestão de recursos humanos e tecnológicos, foi realizada a avaliação dos procedimentos mais realizados em função da origem do paciente. Os gráficos 3 e 4 apresentam os resultados para enfermaria e ambulatório, respectivamente.

Gráfico 3: Grupos de procedimentos realizados em pacientes internados (%). HCFMRP-USP, 2016.

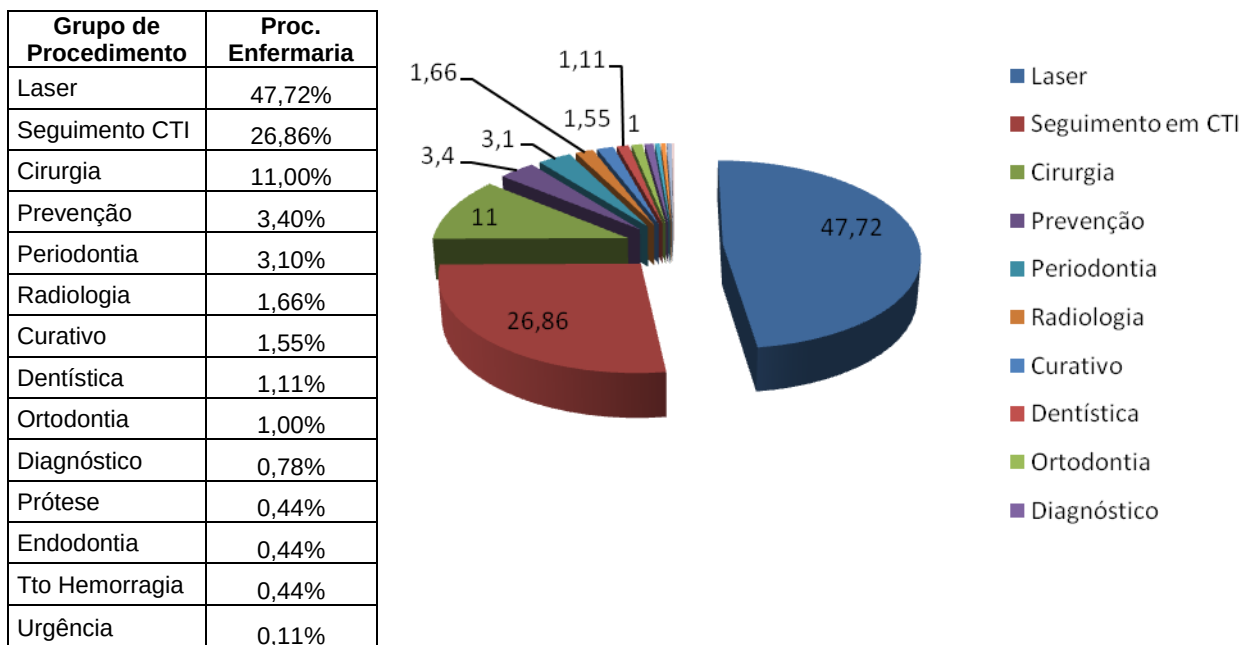
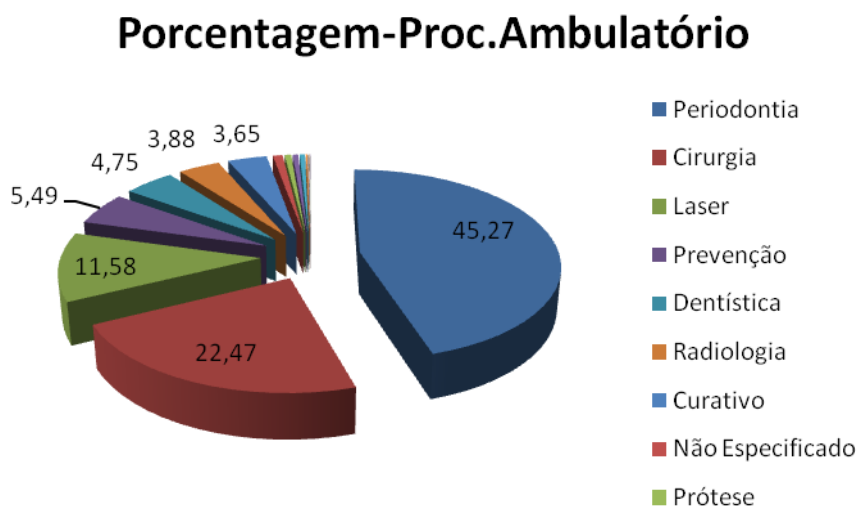


Gráfico 4: Grupos de procedimentos realizados em pacientes ambulatoriais (%). HCFMRP-USP, 2016

Grupo de Procedimento	Procedimento Ambulatório
Periodontia	45,27
Cirurgia	22,47
Laser	11,58
Prevenção	5,49
Dentística	4,75
Radiologia	3,88
Curativo	3,65
Prótese	0,6
Urgência	0,53
Endodontia	0,49
Diagnóstico	0,16
Outros	0,06
Tto Hemorragia	0,06
Oclusão	0,05
Ortodontia	0,04



Enquanto na enfermaria, há prevalência de laserterapia (47,72%), seguimento em CTI (28,86%) e cirurgia (11%), totalizando 87,58% das atividades, nos pacientes ambulatoriais, a periodontia (45,47%), cirurgia (22,47%) e laserterapia (11,58%) foram os responsáveis pela maior demanda.

O alto número de laserterapia na enfermaria (430) foi devido ao protocolo de seguimento dos pacientes durante o transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH), esses casos recebem profilaxia / tratamento para mucosite oral com aplicação diária de laser, desde o início do condicionamento, até a pega da medula (SONIS, 2009; MAJORANA et al., 2000).

Apesar de a laserterapia representar apenas 11,58% dos procedimentos realizados em ambulatório, em número absoluto significou maior demanda do que em enfermaria (926). Essas aplicações foram concentradas nos pacientes em radioterapia (Rtx) na região de cabeça e pescoço, que receberam o tratamento fotodinâmico em frequência menor que os pacientes do TCTH, 3x/semana. No entanto, enquanto o hospital teve em média 5 pacientes em TCTH/semana, 15 pacientes/semana fizeram Rtx na região de cabeça e pescoço, durante o ano de

2016 (Projeto PERIO-BACT: REBEC). Além disso, foram realizadas aplicações esporádicas de laser, tanto em pacientes internados, quanto em pacientes de enfermaria para tratamento de mucosite oral decorrentes de tratamento quimioterápico.

O seguimento em CTI, é uma atividade diária (horizontal), exclusiva de enfermaria e contempla: avaliação odontológica, desinfecção de cavidade oral e tubo em pacientes sob ventilação mecânica invasiva. Além disso, os pacientes podem ter necessidade de outros procedimentos odontológicos, que neste trabalho entraram como de enfermaria.

A periodontia foi o procedimento mais frequente no ambulatório, enquanto figurou apenas na quinta posição para os internados, isso ocorre em função do grande número de pacientes ambulatoriais inseridos em programa de manutenção periódica, conforme já descrito anteriormente.

A prevenção encontrada na quarta posição de demanda, tanto em ambulatorial (5,49%), quanto nos internados (3,40%), foi concentrada na profilaxia e aplicação tópica de flúor, principalmente em pacientes com idade inferior a 15 anos. Para os ambulatoriais a maior concentração está nas atividades desenvolvidas no hemocentro, programa de atenção secundária, conforme já citado. Para os internados, concentrados em crianças da oncopediatria em tratamento quimio/radioterápico.

A baixa frequência de dentística (4,75% ambulatório e 1,11% enfermaria) e prótese (0,6% ambulatório e 0,44% enfermaria) demonstram que o serviço tem seguido os protocolos de atenção pré estabelecidos, os quais priorizam a realização de procedimentos que demandam atenção hospitalar em função da condição sistêmica do paciente, sendo que os procedimentos que não demandam cuidados especiais são contra-referenciados para a rede de atenção do SUS (SÃO PAULO, 2012).

Apesar de não realizar tratamento ortodôntico, o surgimento da ortodontia com 1% das demandas dos pacientes internados se justifica pela necessidade de remoção de aparelhos, seja por trauma, infecção, pré-tratamento quimioterápico ou realização de exames de imagem, como ressonância magnética em Sistema Nervoso Central. Esse fato explica a maior prevalência desse tipo de atenção em enfermaria, uma vez que os pacientes internados geralmente não apresentam condição de alta para remoção do aparelho fora do hospital.

Outro fator importante a ser analisado são as cirurgias, que ficaram entre as atividades mais realizadas tanto em ambulatório, quanto em enfermaria. Para uma análise mais adequada, foi efetuado o levantamento por tipo de cirurgia realizada em pacientes provenientes tanto do ambulatório (Tabela 6) quanto da enfermaria (Tabela 7).

Tabela 6: Distribuição das cirurgias odontológicas realizadas em ambulatório. HCFMRP-USP, 2016.

PROCEDIMENTOS	Total Geral	%
EXODONTIA UNITARIA DE DENTE PERMANENTE	1469	81,7%
EXODONTIA MULTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA - CONTAR POR SEXTANTE	95	5,3%
EXODONTIA DE DENTE DECIDUO	88	4,9%
BIOPSIA DE MUCOSA BUCAL (TECIDO MOLE)	56	3,1%
REMOCAO DE DENTE RETIDO (INCLUSO OU IMPACTADO)	15	0,8%
ALVEOLOPLASTIA/REGULARIZACAO DE REBORDO/REMOCAO DE ESPICULA OSSEA	11	0,6%
BIOPSIA DE TECIDO OSSEO: MANDIBULA E MAXILA	9	0,5%
REMOCAO DE SUTURA	7	0,4%
GENGIVOPLASTIA + REMOCAO DE HIPERPLASIA/HIPERTROFIA GENGIVAL (SEXTANTE)	5	0,3%
TRATAMENTO DE ALVEOLITE	5	0,3%
CURETAGEM PERIAPICAL	4	0,2%
SUTURA DE LACERACAO EM MUCOSA E PELE	4	0,2%
ULOTOMIA/ULECTOMIA	4	0,2%
BIOPSIA BOCA	3	0,2%
CORRECAO DE BRIDAS E FREIOS	3	0,2%
CORRECAO DE HIPERTROFIA DE REBORDO (FINS PROTETICOS) - ESPECIALMENTE AREA DE TUBEROSIDADE	3	0,2%
DRENAGEM DE ABSCESSO	2	0,1%
REMOCAO DE CORPO ESTRANHO	2	0,1%
REMOCAO DE LESAO BENIGNA E MALIGNA NA BOCA	2	0,1%
REMOCAO DE TORUS E EXOSTOSES	2	0,1%
BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAR	1	0,1%
CORRECAO CIRURGICA DE FISTULA INTRA E/OU EXTRAORAL	1	0,1%
ENXERTO GENGIVAL	1	0,1%
REMOCAO DE CALCULO SALIVAR	1	0,1%
REMOCAO DE LESOES INTRA-OSSEAS	1	0,1%
REMOCAO DE SEQUESTRO OSSEA	1	0,1%
RESSUTURA	1	0,1%
TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEONECROSE: DEBRIDAMENTO/CURETAGEM	1	0,1%
TOTAL DE CIRURGIAS - Ambulatório:	1797	100,0%

Fonte: GAD / Sistemas HCRP

Tabela 7: Distribuição das cirurgias odontológicas realizadas em enfermaria. HCFMRP-USP, 2016.

PROCEDIMENTOS	Total Geral	%
EXODONTIA UNITARIA DE DENTE PERMANENTE	88	86,3%
EXODONTIA DE DENTE DECIDUO	5	4,9%
BIOPSIA DE MUCOSA BUCAL (TECIDO MOLE)	4	3,9%
EXODONTIA MULTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA - CONTAR POR SEXTANTE	2	2,0%
BIOPSIA DE TECIDO OSSEO: MANDIBULA E MAXILA	1	1,0%
CURETAGEM PERIAPICAL	1	1,0%
REMOCAO DE CALCULO SALIVAR	1	1,0%
TOTAL DE CIRURGIAS - ENFERMARIA:	102	100,0%

Fonte: GAD / Sistemas HCRP

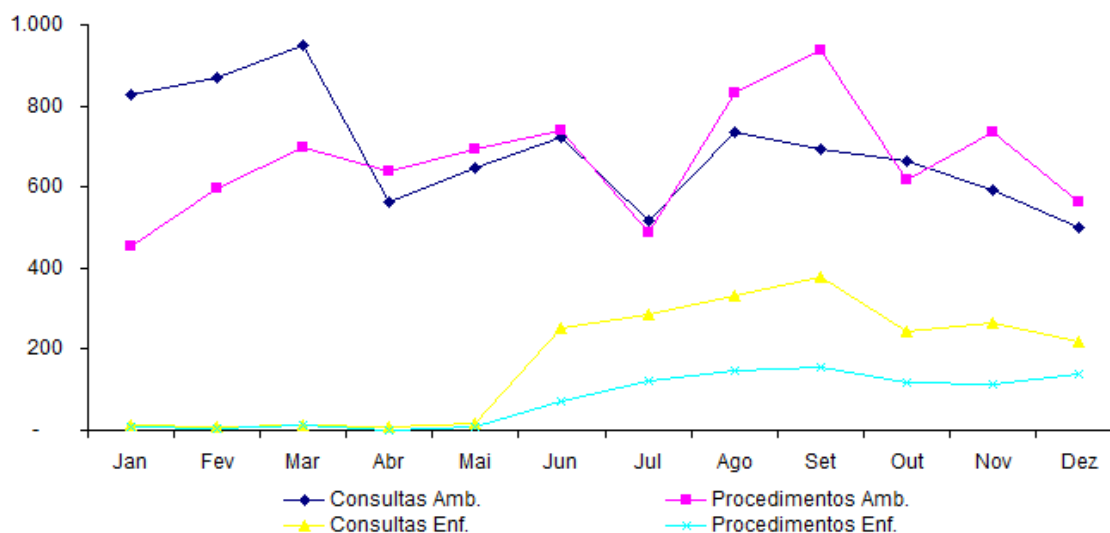
Houve prevalência de exodontia em tanto no ambulatório (91,9% quando considerados dente permanente, múltipla e dente decíduo) quanto em enfermaria (96,1% seguindo o mesmo critério de somatório). As biópsias também foram

procedimentos cirúrgicos frequentemente realizados pelo Serviço de Odontologia e Estomatologia por estarem ligadas ao diagnóstico de neoplasias. Tais procedimentos representam 3,8% do total de cirurgias em ambulatório e 4,9% em enfermaria.

6.1.3. Avaliação da demanda durante o ano

Para compreender a variação dos atendimentos durante o ano, a demanda mensal de (consulta e procedimento) está apresentada no gráfico 5:

Gráfico 5: Demanda mensal de atendimento. HCFMRP-USP, 2016



Entre os meses de janeiro a março de 2016, a demanda por consulta ambulatorial foi maior que a demanda por procedimento, a partir de abril as demandas ficaram equilibradas até julho, quando então houve uma inversão. Ainda no ambulatório, foi observada tendência de redução de atendimentos globais (consultas e procedimentos) nos meses de julho e dezembro. Esses achados provavelmente se devem ao fato de que as férias dos profissionais responsáveis pelos atendimentos estão concentradas nesses períodos.

O sistema de notificação de atendimento aos pacientes internados foi reajustado em maio de 2016, antes deste período essas atividades não eram notificadas, o que justifica a falta de informação até então. Pode ser inferido, portanto, que as atividades de enfermaria informadas neste trabalho são

subestimadas. No entanto, fica claro que desde o início da notificação a realização de consultas foi mais frequente que a de procedimentos. A avaliação das atividades de 2017 traria uma avaliação mais adequada desta atividade.

6.1.4. Avaliação de atendimentos odontológicos pela patologia de base

A avaliação da demanda por atenção odontológica em função da patologia apresentada pelo paciente é uma análise gerencial importante para orientar a criação/organização dos serviços de odontologia hospitalar a partir do perfil de patologias atendidas pelas instituições.

O fato de o HCFMRP-USP ser um hospital geral de nível terciário e do serviço de odontologia não restringir o recebimento de paciente de nenhuma especialidade médica possibilita uma avaliação segura da demanda por esse tipo de atenção odontológica para cada condição sistêmica específica.

A tabela 8 apresenta a distribuição de atividades por patologia de base, agrupadas em capítulos do CID-10, tanto em números absolutos, quanto relativos.

Tabela 8: Relação entre atendimentos odontológicos e patologias de base no HCFMRP-USP, 2016.

Capítulo do CID-10	Ambulatorial		Enfermaria		Total	
Neoplasias [tumores] (C00-D48)	5223	29,1%	1623	9,10%	6846	38,20%
Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	2215	12,4%	79	0,44%	2294	12,80%
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	1694	9,44%	507	2,80%	2201	12,30%
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	1749	9,80%	184	1,03%	1933	10,80%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	584	3,30%	182	1,02%	766	4,30%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	743	4,14%	6	0,03%	749	4,18%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	533	3,00%	57	0,32%	590	3,30%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	262	1,50%	165	0,90%	427	2,40%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	323	1,80%	23	0,13%	346	1,93%
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	205	1,14%	97	0,54%	302	1,68%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	245	1,40%	20	0,11%	265	1,50%
Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	193	1,10%	33	0,18%	226	1,28%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	172	0,96%	24	0,13%	196	1,10%
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	131	0,73%	43	0,24%	174	1,00%
Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)	158	0,90%	0	0,00%	158	0,90%
Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	128	0,71%	25	0,14%	153	0,85%
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	125	0,70%	18	0,10%	143	0,80%
Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	44	0,24%	8	0,04%	52	0,28%
Doenças do olho e anexos (H00-H59)	43	0,24%	0	0,00%	43	0,24%
Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	26	0,14%	0	0,00%	26	0,14%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60-H95)	23	0,12%	1	0,00%	24	0,13%
Códigos para propósitos especiais	5	0,03%	10	0,06%	15	0,09%
TOTAL GERAL	14.824	82,68%	3.105	17,32%	17.929	100%

Fonte: GAD / Sistemas HCRP

Da amostra original, 1.288 procedimentos foram excluídos por inconsistência de dados referentes à doença de base. Dessa forma, a amostra utilizada foi de 17.929 atendimentos, os quais foram distribuídos em 22 capítulos do CID, demonstrando a diversidade de condições sistêmicas com as quais a equipe de odontologia se depara. Por consequência, os profissionais, devem dominar os aspectos sistêmicos e laboratoriais que envolvem cada uma das patologias de base encontradas.

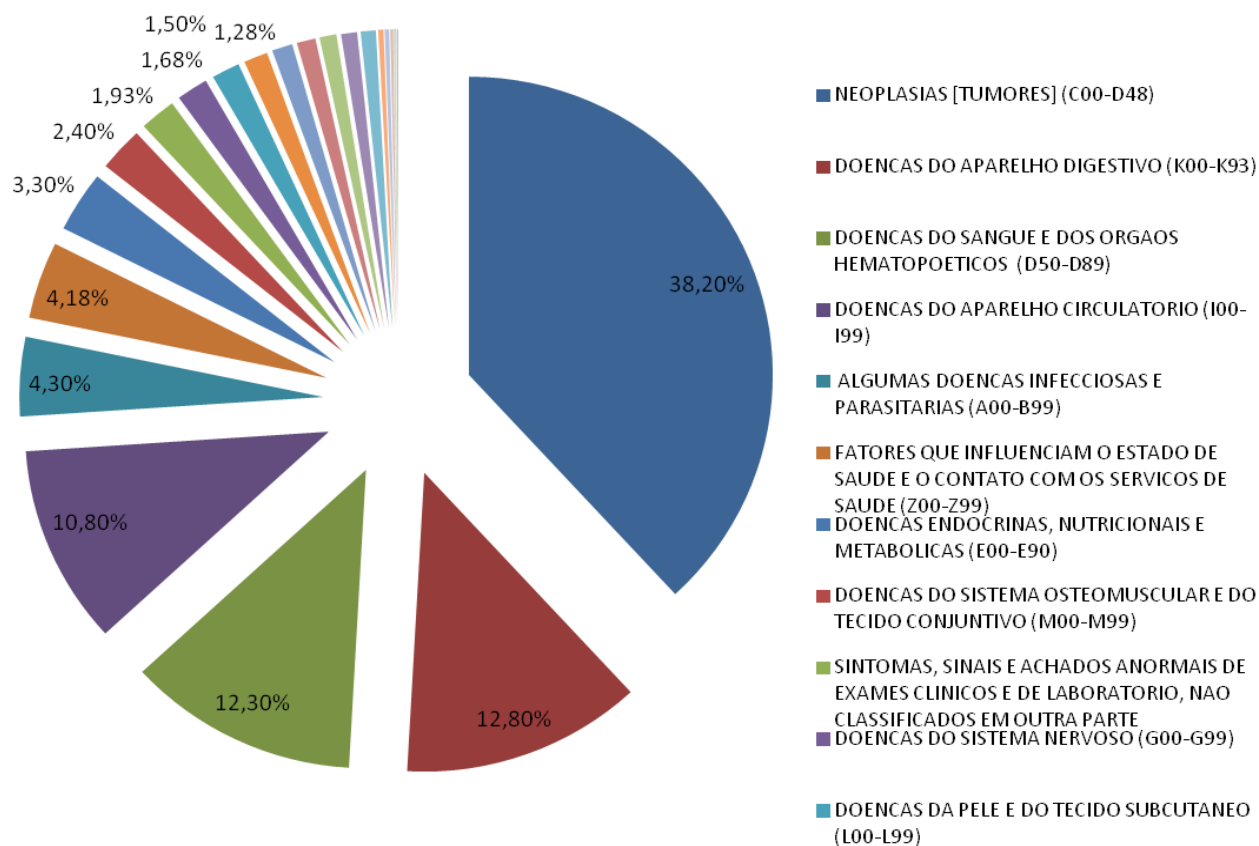
O grande número de procedimentos invasivos realizados e a baixa demanda de complicações identificadas (baixa ocorrência de tratamento de hemorragia, ou de atendimentos de urgência), permitem inferir que o serviço possua condições técnicas adequadas para o enfrentamento desse cenário.

Observa-se que a maior demanda por atendimentos deriva de pacientes com neoplasias, tanto em ambulatório (29,1%) quanto em enfermaria (9,1%). Na sequência, estão os atendimentos a pacientes com doenças do aparelho digestivo (12,8%), doenças do sangue (12,3%), doenças do aparelho circulatório (10,8%) e doenças infecciosas e parasitárias (4,3%).

Todas essas áreas tem em comum o fato de a doença ou o tratamento trazerem complicações diretas na cavidade bucal e estruturas correlatas: como a mucosite e as infecções causadas pela radio e quimioterapia, as infecções e sangramentos rotineiramente relatados no paciente hematológico, cirrótico e portadores Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e das osteonecroses dos maxilares em pacientes oncológicos. Ou de as condições bucais interferirem de forma importante no controle da doença de base e na sobrevida dos pacientes: metástases tumorais na cavidade bucal e estruturas correlatas; hemorragias em pacientes anticoagulados e nos portadores de coagulopatias; endocardite em portadores de doença valvar; sepse por foco nos pacientes imunossuprimidos, entre outros (HONG et al., 2017; ALBORGHETTI et al., 2005; ANDRIANKAJA et al. 2011).

O gráfico 6 ilustra os dados de atenção geral por capítulo de CID apresentados no quadro 2, acima:

Gráfico 6: atendimentos odontológicos realizados por capítulo CID-10. HCFMRP-USP, 2016



Como forma de observar se ocorrem diferentes demandas de acordo com a origem do paciente em cada grupo de CID, foi efetuado levantamento do número de atendimentos por capítulo de CID separadamente por ambulatório e enfermaria, conforme tabelas 9 e 10.

Tabela 9: atendimentos Odontológicos em Ambulatório, por capítulo CID. HCFMRP-USP, 2016.

Capítulo CID	Atendimentos (N)	%
02 - NEOPLASIAS [TUMORES] (C00-D48)	5223	35,23%
11 - DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (K00-K93)	2215	14,94%
09 - DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO (I00-I99)	1749	11,80%
03 - DOENÇAS DO SANGUE E DOS ORGAOS HEMATOPOETICOS E ALGUNS TRANSTORNOS IMUNITARIO (D50-D89)	1694	11,43%
21 - FATORES QUE INFLUENCIAM O ESTADO DE SAUDE E O CONTATO COM OS SERVICOS DE SAUDE (Z00-Z99)	743	5,01%
01 - ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITARIAS (A00-B99)	584	3,94%
04 - DOENÇAS ENDOCRINAS, NUTRICIONAIS E METABOLICAS (E00-E90)	533	3,60%
18 - SINTOMAS, SINAIS E ACHADOS ANORMAIS DE EXAMES CLINICOS E DE LABORATORIO, NAO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE	323	2,18%
13 - DOENÇAS DO SISTEMA OSTEO MUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO (M00-M99)	262	1,77%
12 - DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO (L00-L99)	245	1,65%
06 - DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO (G00-G99)	205	1,38%
14 - DOENÇAS DO APARELHO GENITURINARIO (N00-N99)	193	1,30%
17 - MALFORMACOES CONGENITAS, DEFORMIDADES E ANOMALIAS CROMOSSOMICAS (Q00-Q99)	172	1,16%
16 - ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERIODO PERINATAL (P00-P96)	158	1,07%
10 - DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO (J00-J99)	131	0,88%
05 - TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS (F00-F99)	128	0,86%
19 - LESOES, ENVENENAMENTO E ALGUMAS OUTRAS CONSEQUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (S00-T98)	125	0,84%
15 - GRAVIDEZ, PARTO E PUERPERIO (O00-O99)	44	0,30%
07 - DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS (H00-H59)	43	0,29%
20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E DE MORTALIDADE (V01-Y98)	26	0,18%
08 - DOENÇAS DO OUVIDO E DA APOFISE MASTOIDE (H60-H95)	23	0,16%
22 - CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIAIS	5	0,03%
TOTAL GERAL DE ATENDIMENTOS POR CAPÍTULO DO CID: AMBULATÓRIO	14824	100,00%

Fonte: GAD / Sistemas HCRP

Tabela 10: atendimentos Odontológicos em Enfermaria, por capítulo CID. HCFMRP-USP, 2016

Capítulo CID	Atendimentos (N)	%
02 - NEOPLASIAS [TUMORES] (C00-D48)	1623	52,3%
03 - DOENÇAS DO SANGUE E DOS ORGAOS HEMATOPOETICOS E ALGUNS TRANSTORNOS IMUNITARIO (D50-D89)	507	16,3%
09 - DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO (I00-I99)	184	5,9%
01 - ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITARIAS (A00-B99)	182	5,9%
13 - DOENÇAS DO SISTEMA OSTEO MUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO (M00-M99)	165	5,3%
06 - DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO (G00-G99)	97	3,1%
11 - DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (K00-K93)	79	2,5%
04 - DOENÇAS ENDOCRINAS, NUTRICIONAIS E METABOLICAS (E00-E90)	57	1,8%
10 - DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO (J00-J99)	43	1,4%
14 - DOENÇAS DO APARELHO GENITURINARIO (N00-N99)	33	1,1%
05 - TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS (F00-F99)	25	0,8%
17 - MALFORMACOES CONGENITAS, DEFORMIDADES E ANOMALIAS CROMOSSOMICAS (Q00-Q99)	24	0,8%
18 - SINTOMAS, SINAIS E ACHADOS ANORMAIS DE EXAMES CLINICOS E DE LABORATORIO, NAO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE	23	0,7%
12 - DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO (L00-L99)	20	0,6%
19 - LESOES, ENVENENAMENTO E ALGUMAS OUTRAS CONSEQUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (S00-T98)	18	0,6%
22 - CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIAIS	10	0,3%
15 - GRAVIDEZ, PARTO E PUERPERIO (O00-O99)	8	0,3%
21 - FATORES QUE INFLUENCIAM O ESTADO DE SAUDE E O CONTATO COM OS SERVICOS DE SAUDE (Z00-Z99)	6	0,2%
08 - DOENÇAS DO OUVIDO E DA APOFISE MASTOIDE (H60-H95)	1	0,0%
TOTAL GERAL DE ATENDIMENTOS POR CAPÍTULO DO CID: ENFERMARIA	3105	100,0%

Fonte: GAD / Sistemas HCRP

Independente da origem do paciente (ambulatório ou enfermaria), as neoplasias foram as patologias que mais demandaram atendimento, sendo 35,23% dos atendimentos em ambulatório e 52,3% em enfermaria. Conforme já observado anteriormente, as neoplasias demandam laserterapia diária nos pacientes internados para o TCTH e três vezes por semana em pacientes em tratamento de radioterapia de cabeça e pescoço atendidos em ambulatório. Além disso, todos os pacientes pré TCTH, antes de radioterapia e do início de uso de bisfosfonatos, passam por preparo odontológico, antes do início do tratamento e mantem seguimento crônico no serviço pelo menos até a fase de manutenção da doença de base.

Na sequência, estão os pacientes com doenças do aparelho digestivo em ambulatório (14.945) e com doenças do sangue em enfermaria (507). Esse perfil

está alinhado com a característica de tratamento da doença de base e complicações encontradas por esses pacientes.

Enquanto os portadores de doença hepática fazem seguimento preferencialmente ambulatorial, com as internações concentradas nas intercorrências. As doenças hematológicas, especialmente as malignas, exigem internações prolongadas de seus pacientes, a média de tempo de internação nas primeiras Induções de Remissão para Leucemia Aguda foi de 30 dias em 2016, associada a várias reinternações entre os ciclos de Qtx, por intercorrências. (GAD)

As patologias gástricas mais frequentes foram as cirrose hepáticas, os pré e pós- transplante hepático. Esses pacientes passam por protocolo de tratamento de focos infecciosos de origem bucal e após, manutenção periodontal periódica para manutenção da condição de saúde bucal.

Os portadores de doença hematológica recebem seguimento horizontal em enfermaria e demandam constantemente a coleta de material para o diagnóstico de infecções bucais e intervenções odontológicas para remoção de foco infeccioso de origem dentária (BOER et al., 2015).

A terceira maior incidência em ambulatório foram as doenças do sangue (11,43%) e na enfermaria as doenças infecciosas e do aparelho circulatório, que correspondem a 5,9% dos atendimentos cada, demonstrando diferentes demandas de acordo com a origem do paciente.

Os pacientes em tratamento ou manutenção de doenças hematológicas malignas e os portadores de SIDA (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida) mantêm seguimento ambulatorial de rotina com intuito de realizar a manutenção da saúde bucal. Além de controlar a ocorrência de infiltrações da doença na mucosa oral, tecido ósseo e estruturas correlatas.

Os portadores de doenças hematológicas benignas, como as Hemoglobinopatias e Coagulopatias hereditárias, e os de SIDA recebem tratamento odontológico em nível secundário e terciário pelo serviço, segundo diretrizes do MS. (ANVISA, 2001; BRASIL, 2006)

Todos os pacientes portadores de cardiopatia valvar com indicação cirúrgica, passam por avaliação odontológica de rotina, no intuito de excluir foco infeccioso de origem bucal e por consequência prevenir endocardite bacteriana. Além disso, a maioria desses pacientes faz uso de anticoagulante e/ou antiagregantes

plaquetários, concentrando os procedimentos cirúrgicos em nível hospitalar (OKUI et al, 2015).

6.2. Financeiro

O equilíbrio financeiro do HCFMRP-USP para o financiamento das atividades está entre os principais objetivos estratégicos da instituição. Bonacim e Araújo (2011) afirmam que o hospital se diferencia do contexto empresarial por sua natureza de trabalho, uma vez que produz serviços que a sociedade necessita e que, portanto, ela entrega recursos e espera receber utilidade, podendo ser chamada, então, de empresa social.

Um fator relevante referente a hospitais universitários é que, ao incorporarem atividades de ensino e pesquisa, tornam-se mais dispendiosos, exigindo um alto grau de eficiência na alocação e gestão dos recursos financeiros (MÉDICI, 2001).

Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 surgiu a necessidade de estabelecer um sistema único de informações assistenciais que subsidiasse os gestores de saúde no planejamento e controle das ações de saúde. Para isso, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Informação Hospitalar e Ambulatorial (SIH e SIA/SUS) por meio da Portaria GM/MS n.º 896/1990.

6.2.1. Receitas SUS do Serviço de Odontologia e Estomatologia do HCFMRP-USP

O funcionamento dos hospitais universitários conveniados ao SUS se caracteriza pelo atendimento de casos de alta complexidade. Dessa forma, o acesso ao atendimento médico no HCFMRP-USP, parte integrante do sistema hierarquizado e regionalizado, se dá prioritariamente a casos mais graves, considerados os de níveis terciário e quaternário. Nesse contexto, o Serviço de Odontologia e Estomatologia presta atendimento odontológico necessário aos pacientes assistidos pela instituição, que apresentam patologias conforme levantamento por capítulo de CID discriminado no capítulo assistencial 6.1.

Ao avaliar somente o procedimento odontológico realizado, ocorre um descompasso entre a complexidade do procedimento, que é baixa em um paciente de alta complexidade. Dessa forma, os atendimentos realizados em pacientes internados graves não são reembolsados pelo SUS e tem seus custos absorvidos pelo orçamento do HCFMRP-USP, uma vez que são necessários para o atendimento integral e o restabelecimento da saúde do paciente. O SUS remunera somente alguns atendimentos odontológicos realizados em pacientes ambulatoriais.

É o caso dos atendimentos realizados a pacientes no Hemocentro que não são passíveis de faturamento junto ao SUS e, portanto não se obtém receita SUS dos atendimentos lá realizados. O Hemocentro é cadastrado junto ao SUS para realização de procedimentos de média e alta complexidade e não autorizado a faturar procedimentos da atenção básica que é o caso de procedimentos odontológicos.

Por meio de planilhas administrativas fornecidas pelo Grupo Executivo de Convênios (GECON), do HCFMRP-USP, foi obtida a quantidade de atendimentos odontológicos (procedimentos + consultas) faturados mensalmente no ano de 2016, bem como o repasse de verbas pelo SUS, para custear as despesas do Serviço de Odontologia e Estomatologia (Tabela 11).

Tabela 11: Faturamento SUS Físico Financeiro. HCFMRP-USP, 2016

	jan/16	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16	jul/16	ago/16	set/16	out/16	nov/16	dez/16	Total
Físico (N)	1.144	1.157	1.258	909	900	889	675	1.115	1.019	967	940	674	11.647
Financeiro (R\$)	6.122,54	6.212,70	6.767,77	4.562,40	4.972,76	4.995,53	3.918,92	5.673,81	5.353,78	5.335,92	4.883,50	3.606,02	62.405,65
Média (R\$)	5,35	5,37	5,38	5,02	5,53	5,62	5,81	5,09	5,25	5,52	5,20	5,35	5,36

Físico (N) – número de atendimentos (procedimentos mais consultas) faturados pelo HCFMRP-USP.
Financeiro: valor em R\$ recebido pelo HCFMRP-USP proveniente de faturamento SUS.

Fonte: GECON / Sistemas HCRP

Conforme demonstrado na Tabela 5, em 2016 o HCFMRP-USP realizou 19.217 atendimentos. Entretanto, somente 11.647 foram faturados junto ao SUS (Tabela 11).

A tabela 12 apresenta a descrição e quantidade de procedimentos odontológicos realizados pelo HCFMRP-USP e reembolsados pelo SUS, bem como seus valores de reembolso médio unitário mensal e total. Do total de procedimentos (11.647) as consultas representam 73% (8.462) e 85% do valor total recebido (R\$ 62.405,65). Tais dados revelam que o reembolso médio das consultas foi de R\$6,30

e dos procedimentos R\$ 2,86, perfazendo um valor médio de atendimento (consulta + procedimento) no ano de 2016 foi de R\$ 5,36.

Tabela 12: Faturamento SUS por procedimento Odontológico. HCFMRP-USP, 2016.

CÓDIGO SUS	VALOR UNITÁRIO	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	TOTAL	
			FIS (N)	FIN (R\$)
201010348	23,99	BIOPSIA DE OSSO DO CRANIO E DA FACE	3	71,97
201010526	21,56	BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	36	776,16
204010160	3,51	RADIOGRAFIA OCLUSAL	25	87,75
204010187	1,75	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	236	413,00
301010048	6,30	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPEC	8.462	53.310,60
307010058	10,82	TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS	2	21,64
307020061	4,41	OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	0	0,00
307030032	1,24	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	2.550	3.162,00
307040011	1,59	COLOCAÇÃO DE PLACA DE MORDIDA	7	11,13
307040089	1,16	REEMBASAMENTO E CONserto DE PROTESE DENTARIA	14	16,24
307040127	34,00	MANUTENÇÃO/CONserto DE APARELHO ORTODONTICO/ORTOPÉDICO	1	34,00
401010015	32,40	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	2	64,80
401010040	11,84	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	0	0,00
401010104	11,84	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	2	23,68
404020097	28,00	EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA	4	112,00
414010345	18,72	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR	1	18,72
414010361	35,53	EXERESE DE CISTO ODONTOGENICO E NÃO ODONTOGENICO	1	35,53
414010388	19,18	TRATAMENTO DE FÍSTULA INTRA/EXTRAORAL	1	19,18
414020049	12,98	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	3	38,94
414020057	21,92	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADE DE REBORDO ALVEOLAR	11	241,12
414020065	12,98	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE	3	38,94
414020073	21,92	CURETAGEM PERIAPICAL	2	43,84
414020146	12,98	EXODONTIA MULTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	75	973,50
414020154	15,02	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	0	0,00
414020162	12,98	GENGIVOPLASTIA POR SEXTANTE	5	64,90
414020200	15,02	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS	1	15,02
414020278	22,72	REMOCAO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	10	227,20
414020294	11,36	REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES	1	11,36
414020375	12,98	TRATAMENTO CIRURGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	178	2.310,44
701070056	23,54	COROA PROVISÓRIA	4	94,16
701070064	10,00	MANTENEDOR DE ESPACO	0	0,00
701070072	23,54	PLACA OCLUSAL	1	23,54
701070110	24,15	PROTESE TEMPORARIA	5	120,75
701080124	23,54	PRÓTESE PRA GRANDES PERDAS MAXILARES	1	23,54
TOTAL			11.647	62.405,65

FIS (N) = físico / FIN (R\$) = financeiro

Fonte: GECON / Sistemas HCRP

6.2.2. Custos do Serviço de Odontologia e Estomatologia do HCFMRP-USP e Hemocentro

A preocupação com os custos crescentes no setor de saúde faz com que seja necessário aos hospitais públicos lançarem mão de ferramentas gerenciais e administrativas, buscando o equilíbrio econômico e a manutenção dos serviços de saúde em favor da população, com o máximo de eficiência possível.

Apurar e controlar custos nas organizações hospitalares são consideradas funções de extrema relevância para a adequada gestão financeira. Apurar ou calcular os custos serve de instrumento eficaz no acompanhamento dos serviços,

enquanto controlá-los permite a implantação de medidas corretivas que visem a um melhor desempenho das organizações, com base na possível redefinição das prioridades essenciais, aumento da produtividade e racionalização do uso de recursos, entre outras medidas administrativas (Silva et al; 2003).

Entretanto, pesquisas realizadas apontam que os sistemas de custos existentes nos hospitais brasileiros são menos acurados que os existentes nas empresas. Esta questão pode ser explicada pelo fato que hospitais são empresas complexas de serem administradas. A apuração de custos envolve um nível grande de detalhamento e por isso, a grande maioria dos hospitais adota a análise tradicional de custos médio de procedimentos e pacientes dia (DALLORA, FORSTER, 2008).

Elaborar sistemas de rateio de custos em organizações de grande porte é uma atividade complexa e muitas vezes dispendiosa, fazendo com que sejam necessárias muitas vezes adaptações de forma a atingir o custo mais próximo possível sem que a coleta de dados mais precisos se torne tão minuciosa que se perca mais tempo e recursos pessoais e financeiros realizando cálculos do que na atividade fim da organização.

Conforme Material e Métodos, tópico 5.2, O HCFMRP-USP conta com dois centros de custos para custear as atividades odontológicas, a saber: o centro de custo do serviço de Odontologia e Estomatologia que supre as atividades ambulatoriais, de enfermarias e da UETDI e o centro de custos de Odontologia Hemocentro.

Assim, a Tabela 13 demonstra os custos do Serviço de Odontologia e Estomatologia e do Hemocentro, para o exercício de 2016. Pode-se observar que, no centro de custo do Serviço de Odontologia e Estomatologia, 79,77% dos custos são referentes a salários, encargos e benefícios; 4,26% materiais e medicamentos; 14,09% rateios; 1,88% outras despesas próprias, o que totaliza R\$ 1.071.367,68.

No centro de custos de Odontologia do Hemocentro, pode-se observar que 91% dos custos são referentes a salários, encargos e benefícios; 5,11% materiais e medicamentos; 3,34% rateios; 0,55% outras despesas próprias, o que totaliza R\$ 110.086,35.

Tabela 13: Custos dos atendimentos odontológicos do Serviço de Odontologia e Estomatologia e Hemocentro. HCFMRP-USP, 2016

ITENS DE CUSTOS - 2016	Serviço de Odontologia e Estomatologia	%	HEMOCENTRO	%
PESSOAL, ENCARGOS E BENEFÍCIOS	854.586,90	80%	100.179,43	91%
MATERIAL DE CONSUMO E MEDICAMENTOS	45.616,02	4%	5.625,38	5%
SERVIÇOS DE TERCEIROS	4.702,58	0%	308,09	0%
CUSTOS GERAIS	15.471,22	1%	293,00	0%
Rateio Centro de Custos - APOIO E AUXILIAR	150.720,55	14%	3.680,45	3%
Centro de Custos PRODUÇÃO	270,40	0%	-	0%
TOTAL	1.071.367,67	100%	110.086,35	100%
Nº de atendimentos	17.883		1.334	
Custo médio por atendimento	59,91		82,52	

Fonte: Seção de Custos do HCFMRP-USP

Com a identificação dos valores totais e averiguados os critérios de rateio, é possível efetuar o cálculo dos custos unitários. Tal cálculo é obtido a partir da divisão dos custos totais pelo número atendimentos efetuados em pacientes ambulatoriais e internados ano de 2016. Os pacientes internados, quando demandam algum procedimento odontológico, deslocam-se até o ambulatório, no serviço de Odontologia, onde estão instalados os consultórios dentários para receber o atendimento.

O custo total do Serviço de Odontologia e Estomatologia no ano 2016 foi de R\$ 1.071.367,67. Foram registrados 17.883 atendimentos no período, sendo 14.948 ambulatoriais e 2.935 em enfermaria. Com isso, obtém-se o custo médio unitário de R\$ 59,91 por atendimento efetuado. Conforme mencionado anteriormente, o HCFMRP-USP não dispõe de informações de custo por paciente. A média de R\$ 59,91 por atendimento efetuado engloba todo tipo de procedimento odontológico desde uma simples raspagem até cirurgias complexas.

O custo total do Serviço de Odontologia do Hemocentro no ano 2016 foi de R\$ 110.086,35. No período, foram registrados 1.334 atendimentos, sendo 825 procedimentos e 509 consultas, obtendo-se custo médio unitário de R\$ 82,52 por atendimento efetuado.

Deve-se ressaltar ainda que dos componentes dos custos, os que estão diretamente sob a governabilidade do serviço de odontologia são pessoal e reflexos e materiais de consumo e medicamentos. Mesmo não tendo atuação no preço pago e nos salários praticados, cabe ao Serviço de odontologia definir a composição da

equipe, quantidade de pessoal e categoria e quais materiais e medicamentos são utilizados. Com estas considerações, o custo possível de ser gerenciado pelo serviço corresponde a 84,25% do total do hospital e 96% do total do hemocentro.

Não há parâmetros na literatura para comparação do custo do atendimento odontológico. Estudo realizado em 2014 apontou R\$41,00 o custo médio do procedimento odontológico em hospitais públicos do Estado de São Paulo. Entretanto, a metodologia adotada considerou apenas despesas estimadas, e não as efetivamente realizadas, com recursos humanos e seus reflexos e material de consumo, não sendo utilizado o custeio por absorção que contempla outros itens. (BEZINELLI, 2014)

6.3. Satisfação / Percepção

6.3.1. Satisfação dos cirurgiões dentistas

A tabela 14 permite visualizar os dados de caracterização sociodemográfica dos 5 cirurgiões dentistas entrevistados.

Tabela 14: Perfil dos Cirurgiões-dentistas (n=5). HCFMRP-USP, 2017

Característica	Porcentagem / Média
Tempo de formado (anos)	14 (mín. 9 / máx 22)
Especialização	100%
Tempo de contratação no HCFMRP-USP (anos)	4,5
Carga horária (horas semanais)	20hs + Plantões

O estudo permite verificar que, em média, os respondentes têm 14 anos de formado, sendo que o funcionário com menor tempo de formação informada foi de 9 anos e o com maior tempo 22 anos. Todos declararam possuir cursos de especialização, os quais são diversificados e variam de 1 a 3 especializações por cirurgião-dentista, sendo que 1 especialização em Estomatologia, 1 em Pacientes com Necessidades Especiais, 1 em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, 1 em Dentística, 1 em Reabilitação Oral, 1 em Odontopediatria, 1 em Ortodontia, 1 em Dor Orofacial.

Os resultados mostram que o grupo é composto por profissionais experientes e com elevado grau de formação/especialização, o que denota o interesse e engajamento da equipe na sua atuação profissional. A formação em pós-graduação é um diferencial importante na busca de informações complementares, no senso crítico e na pesquisa. Tais fatores são essenciais para superar os desafios encontrados para o diagnóstico, atendimento clínico e na aplicação de tratamento adequado à complexidade das alterações locais e/ou da condição de saúde dos pacientes rotineiramente atendidos pelo serviço.

O tempo de atuação como cirurgião-dentista no HCFMRP-USP é, em média, 4,5 anos. Como previsto, a jornada de trabalho mínima foi de 20 horas/semanais e máxima de 32 horas/semanas (20 horas contratadas + 1 plantão de 12 horas).

A Tabela 15 apresenta os resultados obtidos a partir do questionamento sobre os tipos de procedimentos realizados pelos cirurgiões-dentistas contratados.

Tabela 15: Atividades realizadas pelo cirurgião-dentista. HCFMRP-USP, 2016.

Atividades	Porcentagem de CD
Tratamento de Canal	0%
Curativo Endodôntico	80%
Extração Dentária Simples	100%
Extração de Dente Incluso	60%
Cirurgia periodontal	60%
Raspagem supra-gengival com ultrassom	100%
Raspagem sub-gengival	100%
Profilaxia	80%
Restaurações	60%
Próteses	0%
Implantes	0%
Ortodontia	0%
Laserterapia	100%
Biópsias	100%
Estomatologia / Diagnóstico	100%

No que diz respeito às atividades realizadas pelos cirurgiões-dentistas e (Tabela 15), observa-se as atividades profissionais declaradas estão de acordo com os procedimentos encontrados na análise assistencial. Observou-se que 100% dos respondentes realizam extrações dentárias simples, raspagem supra-gengival com ultrassom, raspagem sub-gengival, laserterapia, biópsias e estomatologia / diagnóstico. Além dessas atividades, 80% realizam curativos endodônticos e profilaxias; e 60% realizam extrações de dentes inclusos, cirurgias periodontais e restaurações. As atividades indicadas como não realizadas, como o tratamentos de canal, próteses, implantes e ortodontia, estão em concordância com os protocolos de cuidados odontológicos em ambiente hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado (SÃO PAULO, 2012), que identificam essas atividades como de baixo risco e privilegia sua realização fora do ambiente hospitalar, pela rede de atenção municipal em odontologia

A tabela 16 apresenta o resultado da avaliação de satisfação dos funcionários no ambiente de trabalho.

Conforme descrito no tópico 5.3.1, as respostas possíveis para cada afirmativa foram: (1) Discordo totalmente, (2) Discordo, (3) Não concordo nem discordo, (4) De acordo, (5) Totalmente de acordo. Portanto, a maior nota possível, que denota concordância positiva / satisfação total é 5.

Tabela 16: Satisfação dos cirurgiões-dentistas. HCFMRP-USP, 2017.

Categoria	Indicadores	Média
Estrutura	Tenho uma infra-estrutura adequada para prestar os atendimentos.	4,2
	Tenho todos os equipamentos necessários para realizar os atendimentos.	4,4
	Os equipamentos que tenho a minha disposição estão em perfeito estado de funcionamento e conservação.	4,0
	Tenho todo material necessário a minha disposição sempre que preciso realizar os procedimentos que faço de rotina.	3,4
Processo	Todos os procedimentos que realizo são planejados antecipadamente.	4,0
	Sinto necessidade de um treinamento mais específico para desenvolver as atividades para qual estou sendo solicitado.	2,8
	Acho que minhas habilidades profissionais são bem exploradas pela minha chefia imediata.	3,2
	Considero que minha chefia imediata tem condição técnica para coordenar o serviço.	4,8
	Minha chefia imediata me auxilia quando necessito de apoio profissional.	4,6
Satisfação Pessoal	As atividades que realizo dentro do hospital são coerentes com minha formação.	4,4
	Sinto-me realizado com o trabalho realizado no hospital.	4,0
	Sinto orgulho em fazer parte da equipe de dentistas do HCFMRP.	4,6
	Reconheço o setor como um serviço de referência no Brasil	4,6
	Sinto-me respeitado como profissional dentro da equipe.	4,4
	Sinto-me respeitado como profissional pela minha chefia direta.	4,6
	Sinto-me bem remunerado pelo tipo de serviço que faço.	1,4
	A remuneração que recebo é um dos pontos mais importantes da minha decisão de trabalhar no hospital.	1,0
	A estabilidade do funcionalismo público é um dos pontos mais importantes da minha decisão de trabalhar no hospital.	2,2

A tabela 16 apresenta as médias calculadas de acordo com as respostas dos cirurgiões-dentistas. Através das respostas obtidas na categoria “estrutura”, observa-se que os cirurgiões-dentistas estão de acordo com as proposições relativas à infraestrutura adequada para prestar os atendimentos (média 4,2), a possuírem equipamentos necessários para realização dos atendimentos (média 4,4) e ao estado de funcionamento dos equipamentos (média 4,0). A afirmativa *Tenho todo material necessário a minha disposição sempre que preciso realizar os*

procedimentos que faço de rotina foi a que apresentou as respostas com menor média (3,4) o que mostra que não houve, em média, concordância dos respondentes de haver o material necessário e, portanto, merece alerta por parte da gestão do Serviço e do Hospital.

Entre os indicadores utilizados para avaliar o “processo”, os cirurgiões-dentistas concordam que há planejamento para realização dos procedimentos (média 4,0) e que obtém apoio da chefia imediata quando necessário (média 4,5), bem como acreditam na capacidade técnica da chefia imediata (média 4,8). Os indicadores referentes à necessidade de treinamento para desenvolvimento de habilidades (média 2,8) e à exploração das habilidades pela chefia imediata (média 3,2), muito próximos da média (nem concordo, nem discordo) indicam indecisão ou neutralidade e, portanto, são motivos de alertas para a gestão do Serviço e para o Hospital.

Acerca das categorias “estrutura” e “processo”, as respostas consolidadas resultaram em média de 4,0 e 3,9, respectivamente, indicando que os respondentes estão satisfeitos com os aspectos da estrutura física onde os serviços são prestados, bem como em relação à forma como o atendimento é ofertado.

Em relação às questões relativas à “satisfação pessoal”, em média, os cirurgiões-dentistas responderam 4,6 para reconhecimento em relação à organização como referência no Brasil, sentimento de respeito como profissional pela chefia direta e para sentimento de orgulho em fazer parte da equipe. Eles concordam que realizam atividades coerentes com a formação (média 4,4), mesmo valor apontado para o sentimento de respeito como profissional pelos membros da equipe. Os profissionais também concordam (média 4,0) que se sentem realizados com o trabalho que realizam no hospital.

Os indicadores que apresentaram maior discordância entre os respondentes referem-se perguntas relacionadas a questões relacionadas à remuneração. A discordância maior encontra-se no indicador relativo à remuneração ser um dos pontos mais importantes na decisão de trabalhar no hospital (média 1). As respostas também indicam que os cirurgiões-dentistas não sentem que sejam bem remunerados pelo serviço prestado (média 1,4) e também não consideram a estabilidade do funcionalismo público como um dos pontos mais importantes para a decisão de trabalhar no hospital (média 2,2).

Questões relativas à remuneração são aspectos importantes na satisfação do profissional. Entretanto, neste caso específico não estão sob a governabilidade nem da chefia do Serviço nem do HCFMRP-USP, visto que a política salarial é ditada pelo Governo do Estado.

6.3.2. Percepção dos Chefes das Especialidades Médicas

A tabela 17 relaciona as médias das respostas dos chefes das especialidades médicas, que segundo o modelo donabedianiano enquadram-se na categoria “resultados”. Em relação à percepção da contribuição do Serviço de Odontologia e Estomatologia pelos chefes das especialidades médicas, observa-se que a importância da multidisciplinaridade é difundida e percebida no HCFMRP-USP.

Tabela 17: Percepção dos chefes das especialidades médicas em relação ao Serviço de Odontologia e Estomatologia do HCFMRP-USP, 2017

Categoria	Indicadores	Média
Resultados	A presença do dentista contribui para o diagnóstico precoce de alterações bucais e dos seus anexos.	4,9
	A presença da equipe auxilia no diagnóstico de comorbidades que poderia passar despercebidas pela equipe médica.	4,9
	A presença do serviço de odontologia contribui para o tratamento adequado das complicações bucais apresentadas pelos pacientes.	5
	A presença do serviço de odontologia contribui para o bom andamento do tratamento médico do paciente.	4,7
	A atenção prestada pela equipe de odontologia contribui para reduzir as complicações apresentadas pela doença de base e tratamento do paciente.	4,8
	A presença do dentista nos atendimentos contribui para o uso racional de antibióticos, antifúngicos e antivirais.	3,9
	A presença do dentista nos atendimentos aos pacientes internados contribui para diminuir o número de idas de internação.	4
	A partir do momento em que os atendimento odontológicos começaram a fazer parte da rotina de procedimentos realizados, o nível de saúde geral dos pacientes internados melhorou.	4,3
	Com a participação do dentista, temos condições de aumentar o número de atendimentos.	3,4
	A atenção odontológica prestada aos pacientes atendidos pelo meu serviço é insuficiente.	2,5
	A atenção odontológica prestada aos pacientes atendidos pelo meu serviço poderia ser ampliada.	4
	Acredito que o dentista deveria realizar mais atendimentos aqui dentro do meu departamento.	4
	A presença do dentista hoje em dia é indispensável na formação da equipe multiprofissional do meu setor.	4,8

Pela Tabela 17 acima, observa-se que os chefes das especialidades médicas concordam que a presença dos cirurgiões dentistas contribui para o diagnóstico precoce de alterações bucais e dos seus anexos e que a presença da equipe auxilia no diagnóstico de comorbidades que poderia passar despercebidas pela equipe médica. (média 4,9 cada indicador).

Foi unânime entre os entrevistados a concordância de que a presença do serviço de odontologia contribui para o tratamento adequado das complicações bucais apresentadas pelos pacientes.

Em relação à contribuição da presença do serviço de odontologia para o bom andamento do tratamento médico do paciente, a média obtida foi de 4,7, o que também indica um alto grau de concordância.

O indicador que questionou a contribuição da atenção prestada pela equipe de odontologia para reduzir as complicações apresentadas pela doença de base e tratamento do paciente obteve média de 4,8, o que representa que os chefes das especialidades médicas estão de acordo com a proposição.

Apesar da maioria dos entrevistados (n=7) concordar que a presença do dentista nos atendimentos contribui para o uso racional de antibióticos, antifúngicos e antivirais, 3 respondentes indicaram indiferença ou desconhecimento, resultando em média 3,9.

A contribuição da presença do dentista nos atendimentos aos pacientes internados para diminuir o número de dias de internação também foi avaliada com indicação de indiferença ou desconhecimento por 3 respondentes, porém obteve média 4, indicando que a maioria concorda com a afirmação.

Também há concordância em relação à melhoria do nível de saúde geral dos pacientes internados a partir do momento em que os atendimentos odontológicos começaram a fazer parte da rotina de procedimentos realizados (média 4,3).

Não houve concordância entre os respondentes em relação à afirmação “com a participação do dentista, temos condições de aumentar o número de atendimentos”. O indicador obteve média 3,4, sendo que as respostas variaram de 2 a 5, indicando concordância de alguns e discordância de outros.

O mesmo ocorreu para a afirmação “a atenção odontológica prestada aos pacientes atendidos pelo meu serviço é insuficiente”, que obteve divergências nas respostas, resultando em média 2,5.

“A atenção odontológica prestada aos pacientes atendidos pelo meu serviço poderia ser ampliada” foi uma afirmação que recebeu concordância da maior parte dos respondentes, com média 4, mesmo resultado da afirmação “acredito que o dentista deveria realizar mais atendimentos aqui dentro do meu departamento. Tais indicadores demonstram possibilidade de aumento na prestação do serviço.

Os chefes das especialidades médicas (média 4,8) acreditam que a presença do dentista hoje em dia é indispensável na formação da equipe multiprofissional do meu setor.

A categoria “resultados” apresentou média geral de 4,2, o que indica que os chefes de especialidade estão de acordo com os questionamentos relativos à qualidade e à importância do Serviço de Odontologia e Estomatologia.

6.3.3. Satisfação dos pacientes usuários do serviço de odontologia hospitalar quanto aos serviços recebidos.

Segundo Leão et. al (2015), a análise da percepção e avaliação dos pacientes hospitalares com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços assistenciais prestados nas instituições vem se tornando cada vez mais relevante. Segundo os autores, tais análises permitem reordenar processos, obter uma melhor percepção do negócio e otimizar a gestão.

Apesar do atendimento odontológico não possuir pesquisa de satisfação específica, o HCFMRP-USP realiza desde 2005 uma Pesquisa de Satisfação dos Usuários. (Relatório de Gestão, 2016 – Anexos)

Para identificar a satisfação do usuário do Serviço de Odontologia Hospitalar, foi aplicado questionário específico em 123 pacientes, no período de junho a julho de 2017.

A pesquisa mostrou que dos 123 pacientes respondentes (Tabela 18), 69% são promotores, ou seja, recomendam e estão satisfeitos com o serviço prestado. Também foi possível identificar que 7 pacientes (3%) são detratores e tinham um descontentamento com o serviço por algum motivo.

O NPS calculado para o HCFMRP-USP foi de 65 pontos, conforme tabela 14. O valor classifica a instituição na zona de qualidade, conforme determinado por Reichheld (2011).

- **Empresas na Zona de Excelência:** de 75 a 100 de NPS
- **Empresas na Zona de Qualidade:** de 50 a 74 de NPS
- **Empresas na Zona de Aperfeiçoamento:** de 0 a 49 de NPS
- **Empresas na Zona Crítica:** de -100 a -1 de NPS

Tabela 18: Satisfação dos pacientes usuários do Serviço de Odontologia Hospitalar, segundo a técnica NPS. HCFMRP-USP, 2017

Classificação do entrevistado	Detratores	Passivos	Promotores
N	6	32	85
%	5%	26%	69%
NPS Calculado	64		

Detratores: insatisfeitos; Passivos: satisfeitos indiferentes; Promotores: satisfeitos leais

Apesar de o índice indicar satisfação, as questões abertas permitem melhor análise e avaliação da percepção apresentada. Reichheld (2011) cita que:

“Graças à simplicidade da escala de 0 a 10, as empresas podem mensurar rapidamente os sentimentos e as atitudes de seus clientes. A segunda pergunta lhes permite saber o motivador dessa postura nas palavras dos próprios clientes evitando distorções impostas pelas repostas prontas das pesquisas de satisfação tradicionais.”

Dada a importância de compreender o motivo das notas atribuídas, as respostas foram classificadas em “sem ressalvas” e “com ressalvas”, uma vez que foram identificadas ressalvas inclusive nos pacientes promotores (Tabela 19).

Tabela 19: Distribuição dos comentários que apresentaram ressalvas ou não, por tipo de paciente. HCFMRP-USP, 2017

Classificação do entrevistado	Detratores	Passivos	Promotores
Com ressalvas	6	31	13
Sem ressalvas	0	1	72
Total	6	32	85

Detratores: insatisfeitos; Passivos: satisfeitos indiferentes; Promotores: satisfeitos leais

A principal ressalva apresentada pelos pacientes é a demora no atendimento conforme se observa na tabela 20 que apresenta a discriminação das ressalvas apresentadas, bem como os aspectos positivos destacados e as suas respectivas frequências.

Tabela 20: Frequências das observações efetuadas

Observação		Detratores	Passivos	Promotores
Com ressalvas	Demora no atendimento.	83%	81%	9%
	Falta de comunicação.	0%	3%	0%
	Falta de equipamentos.	0%	3%	0%
	Falta de informações.	0%	3%	0%
	Hall de atendimentos	0%	3%	6%
	Sem detalhamento	0%	3%	0%
	Desconhecimento do motivo da consulta	17%	0%	0%
Sem ressalvas	Qualidade do serviço	0%	3%	9%
	Atenção dos profissionais	0%	0%	24%
	Higiene	0%	0%	4%
	Bom atendimento	0%	0%	34%
	Competência técnica	0%	0%	2%
	Tudo	0%	0%	12%
Total		100%	100%	100%

Detratores: insatisfeitos; Passivos: satisfeitos indiferentes; Promotores: satisfeitos leais

Entre os pacientes passivos (N=32) e promotores (N=85), os principais aspectos positivos abordados foram o bom atendimento, a atenção dos profissionais, qualidade do serviço prestado e higiene. Vale destacar que mesmo entre os pacientes promotores, 9% citaram a demora no atendimento como um aspecto a ser melhorado.

Grönroos (2003) avalia a qualidade de um serviço, a partir da percepção do cliente, em duas dimensões: a dimensão técnica e a dimensão funcional. A primeira tem relação com o que é ofertado ao cliente, e a segunda, de como é realizada esta oferta.

Tal afirmação fica evidente ao analisarmos algumas respostas encontradas nos questionários:

“Dentistas bastante carinhosos, informações, o único problema é a demora para ser atendido.”

“Atendimento é ótimo, mas ocorre uma grande espera para ser atendido.”

“Ótimo atendimento, porém a espera é grande.”

Nestes trechos, fica claro que os usuários reconhecem a qualidade técnica do serviço prestado, ao elogiarem o carinho, capacidade técnica e bom atendimento prestado, porém sinalizam que a forma como o serviço é prestado necessita de melhorias.

“Como a demora é muito grande, precisava de mais dentistas atendendo.”

“Cumprimento da agenda, fila de espera muito grande.”

Assim sendo, através das respostas apresentadas, foi possível perceber que a insatisfação ocorre na demora do atendimento e é possível inferir que a capacidade técnica dos profissionais e a atenção dada ao paciente na prestação do serviço são os principais aspectos de satisfação dos usuários.

CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que o serviço de Odontologia Hospitalar do HCFMRP-USP apresenta características de um serviço bem estruturado que consegue abranger uma demanda importante de pacientes, que em sua maioria sentem-se satisfeitos com o serviço prestado. Entretanto, nem todos os procedimentos realizados são pagos pelo SUS, mesmo sendo fundamentais diante da condição bucal e sistêmica dos pacientes.

A partir dos objetivos proposto, que ao longo do desenvolvimento deste trabalho buscou compreender e caracterizar os fatores que influenciam a odontologia hospitalar pode-se concluir que:

1. Quanto ao aspecto assistencial, o estudo permitiu verificar que no ano de 2016, foram realizados mais de 19 mil atendimentos a pacientes internados ou ambulatoriais, facilitando o acesso ao tratamento dental, uma vez que muitos possuem dificuldades de locomoção devido à sua condição de saúde. Do total de atendimentos, 53,7% são consultas e os 46,3% procedimentos diversos, sendo os de maior frequência tratamentos periodontais, cirurgias e de laserterapia. As consultas permitem antecipar problemas que poderiam agravar as patologias de base, bem como acompanhar pacientes em recuperação.

Tais achados possibilitarão a melhor gestão de recursos humanos e tecnológicos do Serviço de Odontologia e Estomatologia, ao possibilitar a avaliação dos procedimentos mais realizados em função da origem do paciente e das patologias de base.

2. No tocante ao aspecto financeiro, observou-se que independente do segmento, se público ou privado, gerenciar custos é necessidade de qualquer organização, principalmente em situações em que o preço do serviço prestado é pré-determinado, como é o caso do setor de saúde, que tem seus valores estabelecidos pelo Ministério da Saúde através da Tabela SUS, não permitindo negociações. Nesse sentido, o controle gerencial do processo de faturamento e custos torna-se ainda mais relevante.

Importante ressaltar também que tanto a receita quanto os custos do Serviço de Odontologia e Estomatologia do HCFMRP-USP são pouco

representativos dentro do orçamento da instituição, representando menos que 0,01% das receitas, principalmente quando analisados à luz dos benefícios causados aos pacientes, ao evitar problemas como infecções bucais que podem promover infecções sistêmicas, elevando o risco de morte no caso de pacientes graves.

Os dados analisados de receita e custos demonstram que o ambulatório de odontologia do HCFMRP-USP atualmente trabalha com dois déficits importantes no atendimento de seus pacientes. O primeiro deles refere-se à quantidade de atendimentos efetuados. Enquanto o SUS reembolsou 11.647 atendimentos no ano de 2016, foram efetivamente realizados 19.217 atendimentos.

O primeiro déficit está relacionado ao fato de determinados procedimentos serem realizados em pacientes de média e alta complexidade, porém não cobertos pelo SUS, por se tratarem de procedimentos considerados de atenção básica. O segundo e maior impacto negativo refere-se ao déficit financeiro dos procedimentos realizados, que demonstram que os valores recebidos pelo SUS estão muito aquém do custo efetivo.

3. Considerando o aspecto da satisfação dos pacientes e da percepção dos cirurgiões dentistas e chefes das especialidades médicas em relação ao serviço prestado, o presente estudou apresentou, de uma forma geral, resultado positivo.

- a. Os resultados apresentados através da pesquisa efetuada com os cirurgiões dentistas revelaram primeiramente que trata-se de uma equipe composta por profissionais experientes e com elevado grau de formação/especialização, o que denota a necessidade de formação complementar para atuar na área hospitalar, sendo este um diferencial importante para superar os desafios encontrados para o diagnóstico, atendimento clínico e instituição de tratamento adequados à complexidade das alterações locais e/ou da condição de saúde dos pacientes rotineiramente atendidos pelo serviço.

Os cirurgiões demonstram estar satisfeitos com os indicadores relacionados à estrutura e ao processo do serviço prestado, em especial no que se refere à infraestrutura e equipamentos oferecidos,

ao planejamento do trabalho e às atividades realizadas. Também fica evidente na pesquisa o bom relacionamento entre os profissionais e a satisfação em fazer parte da equipe de dentistas no hospital.

O principal ponto de desconforto entre os cirurgiões dentistas refere-se aos aspectos relacionados à remuneração, o que sugere a necessidade de melhor avaliação do plano de carreira e salarial da equipe, evitando eventuais desgastes, porém esta temática não está sob a governabilidade da Instituição, visto que a política salarial é ditada pelo Governo do Estado.

- b. Reforçando a importância da multidisciplinaridade para uma melhor condição de saúde do paciente em atendimento no nível terciário, verificou-se através das opiniões dos chefes das especialidades médicas que a oferta do serviço de Odontologia e Estomatologia tem uma contribuição evidente para uma melhor qualidade de vida dos pacientes, ao auxiliar no diagnóstico precoce de alterações bucais e comorbidades que poderiam passar despercebidas pela equipe médica. Diante das respostas obtidas, ficou evidente que a presença do cirurgião-dentista contribui para a redução do número de dias de internação, fazendo com que o serviço atualmente seja indispensável na formação da equipe multiprofissional do HCFMRP-USP.

Ainda em relação à percepção dos chefes das especialidades médicas, não foi possível compreender se o atendimento prestado pelo Serviço de Odontologia e Estomatologia efetivamente contribui para o uso racional de medicamentos. Portanto, estudos adicionais se fazem necessários para melhor entendimento desse aspecto.

- c. A avaliação realizada com os pacientes atendidos pelo serviço revelou que a maioria se encontra satisfeito, principalmente em relação à atenção e capacidade técnica dos profissionais, bem como em relação à infraestrutura oferecida, embora tenham sido observadas queixas quanto à demora no atendimento. A percepção do usuário é de extrema importância para se dimensionar as ações a serem desenvolvidas no setor, servindo de direcionamento para planejamento do serviço. Conclui-se que, apesar dos avanços

verificados, há necessidade de promover melhorias na sua organização para que seus princípios sejam efetivos.

Ainda em relação à satisfação dos pacientes, é importante ressaltar que a metodologia de pesquisa utilizada é ainda mais eficaz quando realizada periodicamente, sendo possível assim verificar a evolução do serviço prestado. Nesse sentido, e dado que o questionário é de fácil aplicabilidade, sugere-se implantação de um sistema contínuo de avaliação.

Segundo Olak (2000, p. 110), uma avaliação de desempenho adequada deve conter indicadores que meçam: (i) eficácia: em que grau o produto (ou serviço, no caso dos hospitais) atende aos padrões estabelecidos consideradas as demandas de usuários e clientes; (ii) qualidade: em que grau o produto (ou serviço) é adequado ao uso pelo usuário (paciente ou cidadão); e (iii) eficiência: em que grau o produto (ou serviço) está sendo produzido a um custo mínimo.

Em consonância com a abordagem do autor e considerando os objetivos propostos neste estudo, é possível concluir que o Serviço de Odontologia e Estomatologia busca atender seus usuários com alto grau de eficácia, o que pode ser observado através da percepção positiva dos *stakeholders*. Também observa-se que a qualidade do serviço prestado é percebida pelos pacientes atendidos pela equipe. Em relação ao item eficiência, conclui-se que apenas a avaliação de desempenho financeiro não reflete a realidade do contexto odontológico na estrutura hospitalar, dadas as peculiaridades do financiamento da saúde pública no Brasil.

Muito além do ponto de vista econômico-financeiro, os benefícios não calculados da atuação multidisciplinar se mostraram evidentes na melhoria da condição de saúde, tanto pelos usuários do serviço prestado quanto pelos profissionais que atuam em conjunto com o Serviço de Odontologia e Estomatologia do HCFMRP-USP

Como sugestão para estudos futuros, as opiniões dos pacientes e dos chefes de especialidades indicam que a ampliação do serviço de Odontologia e Estomatologia seria benéfica para melhoria do atendimento. Diante deste quadro, um novo estudo que avaliasse se há “*gap*” entre os pacientes que necessitam de atendimento odontológico e os atendimentos efetivamente realizados, fazendo com que seja necessária tal ampliação.

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

ALBORGHETTI, M. R.; CORREA M. E.; et al., "Late effects of chronic graft-vs.-host disease in minor salivary glands." **J Oral Pathol Med** **34**(8): 486-493, 2005

ANDRIANKALA, O.; TREVISNA, M., et al., "Association between periodontal pathogens and risk of nonfatal myocardial infarction." **Community Dent Oral Epidemiol** **39**(2): 177-185, 2011.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doença Falciformes**. - Brasília : ANVISA, 2001.

_____. - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC Nº7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento da Unidade de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 de fev. 2010.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa n. 387** de 28 de outubro de 2015. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos e Saúde. Rio de Janeiro. 2015

ARANEGA, A. M. et. al; Qual a importância da Odontologia Hospitalar? **Rev. bras. odontol**, v. 69, n. 1, p. 90-3, 2012.

ARAÚJO, R. J. G. et al. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 21, n. 1, p. 38-44, 2009.

ASSAF NETO, A. **Finanças corporativas e valor**. São Paulo: Atlas, 2003.

AYRES, J.R.C.M.; **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 73-92, 2004.

BALDI D.; FERRARI T.C.; INOCENTINI L.A.R., MACEDO L.D.; **Avaliação da motivação de solicitação de avaliação odontológica em pacientes atendidos em hospital terciário**. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Pesquisa em Odontologia, 2014.

BEZINELLI, L. M. **A odontologia hospitalar nos hospitais públicos vinculados a secretaria do estado da saúde de São Paulo**. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2014.

BOER, C. C.; CORREA, M. E., et al., "Post-allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT) changes in inorganic salivary components." **Support Care Cancer** **23**(9): 2561-2567, 2015.

BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011. Disponível em: <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=63018473038>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988a. Cap. II – Da Seguridade Social – Seção II: Da Saúde (art. 196 a art. 198). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 30 set. 2016.

_____. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a: Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8080.htm>. Acesso em: 26 set. 2016.

_____. Lei Federal nº 8.142, de 29 de dezembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 1990b: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 26 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral da Saúde Bucal. **Portaria GM nº 896/1990**. Brasília 1990.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 set. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 26 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 04 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Manual de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**. – 3ª Edição ver. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/Manual_Gestao_Fin_SUS.pdf. Acesso em: 26 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de tratamento das coagulopatias hereditárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Projeto de lei nº 2.776 de abril de 2008. Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na Unidade de Terapia Intensiva. **Câmara dos Deputados**, Brasília, DF, 18 de abr. de 2008.

_____. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jan. 2012 Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 11 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 116 p. : il.

CAMARGO, E.C. **Odontologia hospitalar é mais do que cirurgia buco-maxilo-facial.** Jornal do Site, 2005 [acesso em 30 de maio 2017]. Disponível em: <http://www.odontologiamt.com.br/procedimentos/index.asp?cod=2>.

CARPINTÉRO, J. N. Cabral.; **Custos na Área de Saúde – Considerações Teóricas.** In: Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC. 1999.

CARVALHO, D. M. T. de. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 879-892, Aug. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400010>

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E.; **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.). Construção da Integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde (PP. 197-210). Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2003

CILLO, J. E. **The development of hospital dentistry in America - the first one hundred years** (1850-1950). J. Dent, v. 44, p. 105-9, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO – Brasil). **Código de Ética Odontológico.** Resolução nº 118/2012. Brasília, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO – Brasil). **Resolução nº 118/2012.** Reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista. Brasília, 2015.

CUNHA, J. A. C. da. **Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde: um estudo em hospitais filantrópicos.** Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

DATASUS: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (SUS). 2005. Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acesso em 20.03.2006.

DALLORA M.E.L.V.; FORSTER A.C. **A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas.** Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (2): 135-42.

DE BARROS, M. **Odontologia Hospitalar: revisão de literatura.** 2014. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

DE OLIVEIRA, L.C.B.S.; CARNEIRO, P.P.M.; FISCHER, R.G.; TINOCO, E.M.B. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. **Rev. bras. ter. intensiva**, v.19, n.4, p. 428-33, 2007.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, Feb. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>

DONABEDIAN, A.; **An Introduction to Quality Assurance in Health Care.** New York: Oxford University Press; 2003.

EGBERT B.; TOLEDO C.; JUNIOR C.R. **Influências das condições sistêmicas sobre as doenças periodontais e das doenças periodontais sobre as condições sistêmicas.** Atualização em periodontia e implantodontia. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 31-55

FIGUERO, E. et al. "Quantification of periodontal pathogens in vascular, blood, and subgingival samples from patients with peripheral arterial disease or abdominal aortic aneurysms." **J Periodontol** **85**(9): 1182-1193, 2014.

FITZSIMMONS, J. A. FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**; tradução Jorge Ritter. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

FRANCESCHINI C.; JUNG J.E.; AMANTE C.J., Mucosite oral pós-quimioterapia em pacientes submetidos à supressão de medula óssea. **Rev Bras Patol Oral**. 2002;2(1):40-3

GIL, A.C.; **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOI, A.P.T. et al. Hospital odontology in Brazil. A general vision. **Rev Odontol UNESP**, v. 38, n. 2, p. 105-9, 2009.

GRÖNROOS, C. **Marketing gerenciamento e serviços**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

HONG, C. H. L. et al., A systematic review of dental disease management in cancer patients. **Supportive Care in Cancer** 2017; 1-20.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. **Relatório de Atividades 2016**. Ribeirão Preto, SP, 2016. Disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/sitehc/informacao-galeria.aspx?id=130&ref=1&refV=1>

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **Alinhamento: utilizando o balanced scorecard para criar sinergias corporativas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

LEÃO, N. C. DE A, et al. **"Implantação de Sistema de Monitoramento da Satisfação dos Clientes com a Qualidade dos Processos e Serviços Assistenciais: Análise de uma Instituição Hospitalar em Maceió/AL."** SINGEP; São Paulo, SP; 2015.

LIKERT, R. A. Technique for the Measurement of Attitudes. **Archives of Psychology**, v. 22, n. 140, p. 1-55, 1932.

LIMA, D. C. et al. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1173-80, 2011.

LINDEN, G. J.; LYONS, A.; SCANNAPIECO, F. A. Periodontal systemic associations: review of the evidence. **J Periodontol**, v. 84, n. 4 Suppl, p. S8-s19, Apr 2013.

MAJORANA, A. et al. "Oral complications of pediatric hematopoietic cell transplantation: diagnosis and management." **Support Care Cancer** **8**(5): 353-365, 2000.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos**. São Paulo: Atlas, 2003.

MCNEILL, H. E. Biting back at poor oral hygiene. **Intensive Crit Care Nurs**, v. 16, n. 6, p.367-72, 2000.

MÉDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev Assoc Med Bras** 2001;47 (2):149-56.

MEIRA, S. C. R.; OLIVEIRA, C. A. S.; RAMOS, I. J. M. **A importância da participação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional hospitalar.** Trabalho vencedor na 9ª edição do prêmio SINOG de Odontologia 2010. Curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte/MG.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **PORTARIA Nº 1.032**, DE 5 DE MAIO DE 2010; 2010a; Disponível em <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/06/Portaria-pacientes-especiais-hospital-1032-3444-110510-SES-MT.pdf> Acesso em 11 set. 2017

MIRANDA, A. F. **The Dental Surgeons in the Hospital and their Professional Areas in Brazil: Hospitalization Units**, Surgical Centers and Intensive Care Units. *J Community Med Health Educ*, v. 7, n.1, p. 1-7, 2016.

MISIARA, A.C.O. Considerações Médicas sobre Pacientes com Problemas Respiratórios, em: Brunetti MC - **Periodontia Médica**. São Paulo: SENAC, 2004;375-390.

MISHIMA, S.M.; CAMPOS, A.C.; MATUMOTO S.; FORTUNA C.M. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24:e2674. Acesso em 21/08/2017. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-02674.pdf

MUNIZ K.L.; PESSI M.S.; BARILLARI M.E.; BORTOLOTTI F.; VIEIRA A.C.J.; SHCAIRA V.R.L.; PIERONI K.A.M.G.; STRACIERI A.B.; SIMOES B.P.; MACEDO L.D., **Avaliação da condição de saúde bucal e do preparo odontológico realizado em pacientes no pré transplante alogênico de células tronco hematopoéticas: avaliação retrospectiva.** In **Braslian Bone Marrow Transplantation: 2016**.

NGANGA, C. S. N. et al. Sistemas tradicionais de custeio e sistema de custeio baseado em atividades: uma comparação dos sistemas adotados na gestão hospitalar. **Revista Científica Linkania Master**, v. 1, n. 6, 2013.

OKUI A., et al., Detection of Identical Isolates of *Enterococcus faecalis* from the Blood and Oral Mucosa in a Patient with Infective Endocarditis. **Intern Med**, 54(14):1809-14, 2015.

OLAK, P. A. **Bases para a eficácia na aplicação do contrato de gestão nas organizações sociais brasileiras.** Tese de Doutorado em Ciências Contábeis, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102001000100016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 nov. 2016.

PINHEIRO, T. S.; DE ALMEIDA, T. F. A Saúde Bucal em Pacientes de UTI. **Rev. Bahiana Odonto**, v.5, n. 2, p. 94-103, Ago 2014.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro.** *Análise Econômica*, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9-33, set. 2012.

REICHHELD, F. F.; **The Ultimate Question: For Unlocking the Door to Good Profits and True Growth.** Harvard Business School Press. February 2006

REICHHELD, F.F.; **A pergunta definitiva 2.0: Como as empresas que implementam o net promoter score prosperam em um mundo voltado aos clientes.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

RIDKER, P. M.; "An epidemiologic reassessment of lipoprotein(a) and atherothrombotic risk." **Trends Cardiovasc Med** 5(6): 225-229, 1995.

RIDKER, P. M.; SILVERTOWN, J. D.; "Inflammation, C-reactive protein, and atherothrombosis." **J Periodontol** 79 (8 Suppl): 1544-1551, 2008

ROCHA, A. L.; FERREIRA, E. F. **Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária.** Arquivos em Odontologia, v. 50, n. 4, p. 154-160, 2014.

SALLES, R. K.; **Análise da atividade laboral dos técnicos de enfermagem de um hospital que adota programa de gestão humanizado: sua influência no comportamento alimentar.** Florianópolis. UFSC. 2004.

SANNAPIECO, F.A. **Relação entre Doença Periodontal e Doenças Respiratórias**, em: Rose IE, Genco RJ, Mealy BI et al - Medicina Periodontal. São Paulo: Santos, 2002;83-97.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. **Manual de odontologia hospitalar.** 1. Ed. São Paulo: Grupo Técnico de Odontologia Hospitalar, 2012. 88p.

SILVA, E. P.; COSTA, P. S.; TIBÉRIO, C. S. B.; **Gestão estratégica de custos: estudo de caso aplicado a hospitais universitários.** In: Anais do VIII Congresso Internacional de Custos. 2003.

SILVA, F. J. C. P. da. **Avaliação da qualidade do serviço de saúde: a visão do cliente.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/T.83.2014.tde-22052014-185454. Acesso em: 2017-08-21

SILVA, O. M. P., LEBRÃO, M. L. A organização do atendimento da Odontologia Hospitalar e da Traumatologia Buco-Maxilo-Facial no município de São Paulo. **Rev. Odontol. UNESP** (São Paulo), v.30, n.1, p.43-54, jan./jun. 2001.

SONA, C. S. et al. The Impact of a Simple, Low-cost Oral Care Protocol on Ventilator-associated Pneumonia Rates in a Surgical Intensive Care Unit. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 24, n. 1, p. 54-2, 2009.

SONIS, S.T., FAZIO, R.C.; FANGL. **Princípios e prática de medicina oral.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 491, 1996.

SONIS, S.T., "Mucositis: The impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis." **Oral Oncol** 45(12): 1015-1020, 2009.

SOUSA, L.V.S.; PEREIRA, A.F.V.; SILVA, N.B.S. A Atuação do Cirurgião-Dentista no Atendimento Hospitalar. **Rev. Ciênc. Saúde**, São Luís, v.16, n.1, p. 39-45, jan-jun, 2014.

TRAVAGLINI, F. Complicações bucais no tratamento quimioterápico. **APCD Jornal**. [periódico na Internet]. 2003; 37 (549):22-3. Disponível em: www.apcd.org.br/biblioteca/jornal/2003/01/complicacoes.asp.

VAITSMAN J., ANDRADE G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2005;10(3):599-613.

VAN DYKE, T. E.; VAN WINKELHOFF, A. J. Infection and inflammatory mechanisms. **J Periodontol**, v. 84, n. 4 Suppl, p. S1-7, Apr 2013.

VIEIRA A.S.B. **Saúde oral para paciente especial e/ou portador de necessidades especiais**. Rio de Janeiro. 2004 Disponível em: <http://www.odontoped.odo.br/pag4a.htm>

YIN, R.K.; **Estudo de caso - Planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YONEYAMA T.; YOSHIDA M.; Ohnishi T. et al - Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. **Journal of the American Geriatrics Soc**. 2002;50:430:433.

9. ANEXOS

Anexo A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Ribeirão Preto, 08 de junho de 2017.

Ofício nº 1729/2017
CEP/MGV

PROCESSO HCRP nº 3468/2017

Prezados Pesquisadores,

O trabalho intitulado **"CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR EM UM HOSPITAL DE ENSINO"** - Projeto de Pesquisa Versão (3) de 19/05/2017, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 451ª Reunião Ordinária realizada em 05/06/2017, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão (3) TCLE - Dentistas e Médicos; 19/05/2017 e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão (3) TCLE - Usuário do serviço; 19/05/2017.**

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 466/2012 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente,

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores:
LEANDRO FABIANO ALVES DA COSTA
MARIA EULÁLIA LESSA DO VALLE DALLORA (Orientadora)
Serviço de Odontologia do HCFMRP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Campus Universitário - Monte Alegre
14048-900 - Ribeirão Preto - SP
Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
PWA-00002733; IRS-00002155 e
Registro Plataforma Brasil/CONEP nº 5440
(016) 3602-2225
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

10. APÊNDICES

Apêndice A: Principais critérios de alocação de custos por serviço prestado

Serviços Prestados	Crítérios de Alocação de Custos
Escolinhas	Nº Crianças
Gases Medicinais	Nº de Pontos de Gases
PRODESP - Folha de pagamento	Valor da Folha de Pagamento
Vigilância	M2
Telefonia	Nº de Ramais
Portaria	M2
Água e esgoto	Pontos de Vazão
Energia elétrica	M2
Telefone	Nº de Ramais
Almoxarifado	Material consumido
Higiene e Limpeza	m2
Segurança	m2
Nutrição e Dietética	nº de Funcionários
Rouparia Hospitalar	Kg de Roupa Suja
Farmácia	Valor de Medicamento Dispensado
Intern. Controle de Leitos	Nº de Atendimentos
Costura	Kg de Roupa Suja

Fonte: Seção de Custos HCFMRP-USP – elaborado pelo autor

Apêndice B: Questionário ao dentista contratado

QUESTIONÁRIO AO DENTISTA CONTRATADO:

1. QUANTO TEMPO TEM DE FORMADO? _____
2. POSSUI ALGUMA ESPECIALIZAÇÃO?
☐ () SIM. QUAL? _____
☐ () NÃO
3. HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NO HOSPITAL ? _____
4. EM QUAL ÁREA DO HOSPITAL VOCÊ TRABALHA? _____
5. QUAL SUA CARGA HORÁRIA? _____
6. ASSINALE ABAIXO AS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESEMPENHA NO AMBIENTE HOSPITALAR:
☐ () TRATAMENTO DE CANAL
☐ () CURATIVO ENDODÔNTICO
☐ () EXTRAÇÃO DENTÁRIA SIMPLES
☐ () EXTRAÇÃO DE DENTE INCLUSO
☐ () CIRURGIA PERIODONTAL
☐ () RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL COM ULTRASSOM
☐ () RASPAGEM SUB-GENGIVAL
☐ () PROFILAXIA
☐ () RESTAURAÇÕES
☐ () PRÓTESES
☐ () IMPLANTES
☐ () ORTODONTIA
☐ () LASERTERAPIA
☐ () BIÓPSIAS
☐ () ESTOMATOLOGIA/DIAGNÓSTICO
7. TENHO UMA INFRA-ESTRUTURA ADEQUADA PARA PRESTAR OS ATENDIMENTOS.

- () Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
8. TENHO TODOS OS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA REALIZAR OS ATENDIMENTOS.
- () Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
9. OS EQUIPAMENTOS QUE TENHO A MINHA DISPOSIÇÃO ESTÃO EM PERFEITO ESTADO DE FUNCIONAMENTO E CONSERVAÇÃO.
- () Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
10. SINTO NECESSIDADE DE UM TREINAMENTO MAIS ESPECÍFICO PARA DESENVOLVER AS ATIVIDADES PARA QUAL ESTOU SENDO SOLICITADO.
- () Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
11. AS ATIVIDADES QUE REALIZO DENTRO DO HOSPITAL SÃO COERENTES COM A MINHA FORMAÇÃO.
- () Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
12. TENHO TODO O MATERIAL NECESSÁRIO A MINHA DISPOSIÇÃO SEMPRE QUE PRECISO PARA REALIZAR OS PROCEDIMENTOS QUE FAÇO DE ROTINA.
- () Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
13. TODOS OS PROCEDIMENTOS QUE REALIZO, SÃO PLANEJADOS ANTECIPADAMENTE.
- () Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
14. SINTO-ME REALIZADO (A) COM O TRABALHO REALIZADO NO HOSPITAL.
- () Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
15. SINTO ORGULHO EM FAZER PARTE DA EQUIPE DE DENTISTAS DO HCFMRP.
- () Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
16. RECONHEÇO O SETOR COMO UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO BRASIL.
- () Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
17. SINTO-ME RESPEITADO (A) COMO PROFISSIONAL DENTRO DA EQUIPE.
- () Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
18. SINTO-ME RESPEITADO (A) COMO PROFISSIONAL PELA MINHA CHEFIA DIRETA.
- () Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
19. SINTO-ME BEM REMUNERADO PELO TIPO DE SERVIÇO QUE FAÇO.
- () Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente

20. A REMUNERAÇÃO QUE RECEBO É UM DOS PONTOS MAIS IMPORTANTE DA MINHA DECISÃO EM TRABALHAR NO HOSPITAL.
()Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
21. A ESTABILIDADE DO FUNCIONALISMO PÚBLICO É UM DOS PONTOS MAIS IMPORTANTES DA MINHA DECISÃO DE TRABALHAR NO HOSPITAL.
()Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
22. ACHO QUE MINHAS HABILIDADES PROFISSIONAIS SÃO BEM EXPLORADAS PELA MINHA CHEFIA IMEDIATA.
()Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
23. MINHA CHEFIA IMEDIATA ME AUXILIA QUANDO NECESSITO DE APOIO PROFISSIONAL.
()Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
24. CONSIDERO QUE MINHA CHEFIA IMEDIATA TEM CONDIÇÃO TÉCNICA PARA COORDENAR O SERVIÇO.
()Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente

Apêndice C: Questionário aos chefes de departamento

QUESTIONÁRIO AOS CHEFES DE DEPARTAMENTO:

01. Cargo: _____
02. Qual o departamento: _____
03. Há quanto tempo está nesse cargo: _____
04. A presença do dentista contribui para o diagnóstico precoce de alterações bucais e dos seus anexos.
() Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
05. A presença da equipe auxilia no diagnóstico de comorbidades que poderia passar despercebidas pela equipe médica.
() Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
06. A presença do serviço de odontologia contribui para o tratamento adequado das complicações bucais apresentadas pelos pacientes.
() Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
07. A presença do serviço de odontologia contribui para o bom andamento do tratamento médico do paciente.
() Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
08. A atenção prestada pela equipe de odontologia contribui para reduzir as complicações apresentadas pela doença de base e tratamento do paciente.
() Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
09. A presença do dentista nos atendimentos contribui para o uso racional de antibióticos, antifúngicos e antivirais.
() Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
10. A presença do Dentista nos atendimentos aos pacientes internados contribui para diminuir o número de dias de internação.
() Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente
11. A partir do momento em que os atendimentos odontológicos começaram a fazer parte da rotina de procedimentos realizados, o nível de saúde geral do paciente internados melhorou.
() Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente

12. Com a participação do Dentista, temos condições de aumentar o número de atendimentos.

() Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente

13. A atenção odontológica prestada aos pacientes atendidos pelo meu serviço é insuficiente.

() Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente

14. A atenção odontológica prestada aos pacientes atendidos pelo meu serviço poderia ser ampliada.

() Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente

15. Acredito que o Dentista deveria realizar mais atendimentos aqui dentro do meu departamento.

() Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente

16. A presença do Dentista hoje em dia, é indispensável na formação da equipe multiprofissional do meu setor.

() Totalmente de acordo () de acordo () não concordo nem discordo () discordo () discordo totalmente

Apêndice D: Questionário aos usuários

Questionário para ser aplicado aos pacientes (técnica NPS):

1. Em uma escala de 0 a 10, você recomendaria nosso serviço a um amigo ou membro da família?

Nem um pouco provável					Extremamente provável					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Perguntas específicas em função da resposta 1.

D- Para os que atribuíram notas 9 e 10: os indivíduos promotores

Especificamente o que você recomenda?

E- Para os que atribuíram notas 7 ou 8 : os indivíduos passivos

O que é necessário para termos nota 10?

F- Para os que atribuíram notas 0,1,2,3,4,5, ou 6: indivíduos detratores

Quais as principais razões para esta nota?

Apêndice E: Termo de consentimento livre e esclarecido para dentistas e médicos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Dentistas e Médicos

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de um estudo chamado “**Caracterização do Serviço de Odontologia Hospitalar em um Hospital de Ensino**”, conduzido por mim, Leandro Fabiano Alves da Costa, aluno matriculado no Programa de Pós-Graduação, do Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Eulália Lessa do Valle Dallora.

Essa pesquisa será realizada com os três principais grupos que formam o serviço de Odontologia Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP): **Cirurgiões-dentistas** atuantes no serviço, **Médicos** chefes de departamentos e os **Usuários** do serviço. O principal objetivo deste estudo é caracterizar o serviço de odontologia dentro do HCFMRP, com destaque para a identificação das atividades e procedimentos realizados pelo profissional cirurgião-dentista.

Serão convidados voluntários, com idades acima de 18 anos, de todos os gêneros, etnias e de todas as classes socioeconômicas, que usam o serviço de Odontologia Hospitalar do HCFMRP. Para participar da pesquisa o(a) Sr.(a) receberá um questionário específico, de acordo com o grupo em que você se encaixa (dentista, médico ou usuário), sobre seus dados pessoais, e será entrevistado(a) afim de fornecer sua opinião sobre os serviços de odontologia prestados dentro do Hospital das Clínicas. A entrevista terá duração média de 15 minutos, sendo realizada no próprio hospital, durante períodos que não prejudiquem a dinâmica dos atendimentos dos profissionais e nem as consultas dos usuários. A entrevista acontecerá em uma sala reservada e respeitará a privacidade dos entrevistados. Fica garantido o direito de responder apenas as questões desejadas.

Em relação aos riscos envolvidos, salientamos que estes são mínimos, podendo ser eles relacionados à indisposição e/ou constrangimento a alguma afirmativa do questionário. No entanto, caso o Sr.(a) tenha qualquer desconforto durante a entrevista, estará livre para retirar seu consentimento ou interromper a participação na pesquisa a qualquer momento. Também poderá deixar de responder às perguntas que possam lhe causar algum incômodo ou constrangimento.

Quanto aos benefícios, o Sr.(a) contribuirá para nos ajudar a conhecer melhor as opiniões relativas ao serviços prestados, e para o aperfeiçoamento das atividades. Todas as informações geradas nesse estudo poderão fornecer subsídios para a elaboração de projetos de políticas públicas que contribuam para melhoria dos serviços de Odontologia Hospitalar, a exemplo de qualificação profissional e ampliação assistencial. Além disso, as informações podem contribuir na implantação de novos serviços em outros hospitais. Diante disso, os profissionais da área odontológica, profissionais da área médica e os usuários do serviço (população em geral) podem ser beneficiados com a ampliação e melhoria da Odontologia Hospitalar.

Garantimos que sua identidade não será divulgada e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para publicações científicas ou para apresentação em reuniões e congressos. Além disso, garantimos que o Sr.(a) não terá nenhuma despesa relacionada ao estudo.

Todos os seus direitos serão assegurados de forma que sua autorização e participação **não são obrigatórias**. O Sr.(a) poderá tirar dúvidas ou deixar de participar da pesquisa em qualquer momento. O Sr. (a) receberá uma via deste documento, assinada pelo pesquisador, para que fique resguardado das condições aqui descritas.

Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para esclarecimentos.

Ribeirão Preto,.....de.....de 2017.

Leandro Fabiano Alves da Costa

Telefone: (16) 3514-8182 / Celular: (16) 99223-0877

E-mail: lefac@ymail.com

Comitê de Ética em Pesquisa: (016)3602-2228

<mailto:kmpadula@hcrp.usp.br>

O Sr(a) _____
declara após ter recebido as devidas informações e estar ciente dos seus direitos, e concordar em participar do estudo **“Caracterização do Serviço de Odontologia Hospitalar em um Hospital de Ensino”**, como participante voluntário.

Informa que foi devidamente esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação.

Assinatura do entrevistado: _____ Data ____/____/____

Pesquisador responsável: _____ Data ____/____/____

Apêndice F: Termo de consentimento livre e esclarecido para usuários

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Usuário do Serviço

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de um estudo chamado “**Caracterização do Serviço de Odontologia Hospitalar em um Hospital de Ensino**”, conduzido por mim, Leandro Fabiano Alves da Costa, aluno matriculado no Programa de Pós-Graduação, do Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Eulália Lessa do Valle Dallora.

Essa pesquisa será realizada com os três principais grupos que formam o serviço de Odontologia Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP): pessoas que são atendidas no serviço (**Usuários**), os **Dentistas** que trabalham no serviço e os **Médicos** chefes de departamentos do hospital. O principal objetivo deste estudo é caracterizar o serviço de odontologia dentro do HCFMRP, com destaque para a identificação das atividades e procedimentos realizados pelo profissional cirurgião-dentista.

Serão convidados voluntários, com idades acima de 18 anos, de todos os gêneros, etnias e de todas as classes socioeconômicas, que usam o serviço de Odontologia Hospitalar do HCFMRP. Para participar da pesquisa o(a) Sr.(a) receberá um questionário específico sobre seus dados pessoais, e será entrevistado(a) para dar a sua opinião sobre o serviço de odontologia prestado dentro do Hospital das Clínicas. A entrevista terá duração aproximada de 15 minutos, sendo realizada dentro do próprio hospital, durante os períodos que não prejudiquem suas consultas e atendimentos. A entrevista acontecerá em uma sala reservada e respeitará sua privacidade. O (a) Sr.(a) terá o direito de responder apenas as questões que desejar.

Gostaríamos de informar que ao participar dessa pesquisa o(a) Sr.(a) não corre grandes riscos/problemas. Porém, pode acontecer indisposição e/ou constrangimento para responder alguma questão. Caso o Sr.(a) tenha qualquer desconforto durante a entrevista, estará livre para retirar seu consentimento ou parar

a sua participação na pesquisa em qualquer momento. Também poderá deixar de responder às perguntas que possam lhe causar algum incômodo ou constrangimento.

Ao participar dessa pesquisa o Sr.(a) nos ajudará a conhecer melhor o serviços de odontologia hospitalar dentro do HCFMRP. Essas informações serão utilizadas para colaborar na ampliação e melhoria da Odontologia Hospitalar tanto no HCFMRP quanto em outros hospitais. Com isso, muitas pessoas que precisam de atendimento com dentista dentro de hospitais podem se beneficiar.

Garantimos que sua identidade não será divulgada e que as informações serão utilizadas apenas para trabalhos e apresentação em reuniões e congressos. Além disso, garantimos também que o Sr.(a) não terá nenhuma despesa relacionada ao estudo.

Todos os seus direitos serão assegurados de forma que sua autorização e participação **não são obrigatórias**. O Sr.(a) poderá tirar dúvidas ou deixar de participar da pesquisa em qualquer momento.

O Sr. (a) receberá uma via deste documento, assinada pelo pesquisador, para que fique resguardado das condições aqui descritas.

Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para esclarecimentos.

Ribeirão Preto,.....de.....de 2017.

Leandro Fabiano Alves da Costa

Telefone: (16) 3514-8182 / Celular: (16) 99223-0877

E-mail: lefac@ymail.com

Comitê de Ética em Pesquisa: (016)3602-2228

<mailto:kmpadula@hcrp.usp.br>

O Sr(a) _____
declara após ter recebido as devidas informações e estar ciente dos seus direitos, e concordar em participar do estudo **“Caracterização do Serviço de Odontologia Hospitalar em um Hospital de Ensino”**, como participante voluntário.

Informa que foi devidamente esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação.

Assinatura do entrevistado: _____ Data ____/____/____

Pesquisador responsável: _____ Data ____/____/____