

**MODALIDADE ARTIGOS CIENTÍFICOS**

**Dissertação de Mestrado**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ÉRIKA FERNANDES SOARES**

---

---

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
SOBRE A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL EM  
GOIÂNIA-GO**

---

---

**Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Matias Freire**

**Goiânia**

**2010**

---

**ÉRIKA FERNANDES SOARES**

---

---

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA SOBRE A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL  
EM GOIÂNIA-GO**

---

---

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Matias Freire

**Goiânia**

**2010**

---

**Programa de Pós-Graduação em Odontologia  
da Universidade Federal de Goiás**

**BANCA EXAMINADORA DA  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Aluno (a): Érika Fernandes Soares**

---

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Matias Freire**

**Membros:**

**1. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Matias Freire**

**2. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rejane Faria Ribeiro-Rotta**

**3. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Olga Maria Albuquerque**

**4. Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles (suplente)**

**Data: 19/01/2010**

***Dedico este trabalho aos profissionais da Odontologia em Saúde Coletiva  
por sua trajetória de conquistas e atuação em prol de uma saúde bucal  
digna aos cidadãos brasileiros.***

## AGRADECIMENTOS

---

*A Deus*

Que há três anos não permitiu que minha trajetória se findasse antes que eu pudesse concretizar muitos de meus sonhos entre eles o de me tornar mestre.

*À professora Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Matias Freire*

Que sempre me acompanhou, apoiou e orientou tanto na trajetória profissional quanto pessoal. A você todo o meu carinho, respeito e admiração por acreditar em mim.

*À amiga Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis*

Sua colaboração durante esta minha caminhada foi de grande apreço. A co-autoria pelas obras aqui apresentadas faz jus ao envolvimento, carinho e preocupação dedicados a minha pesquisa.

*Aos profissionais da Estratégia Saúde do Município de Goiânia*

Por aceitarem participar da pesquisa como voluntários, dispondo de seu valioso tempo e atenção.

*Aos professores componentes das bancas de qualificação e defesa*

Por disporem de seu precioso tempo para contribuírem sabiamente com o burilamento deste trabalho.

*À Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e sua Diretoria de Atenção à Saúde*

Por permitir a realização desta pesquisa e compreender os momentos de minha ausência.

*Aos servidore(a)s e cirurgiã(o)s-dentistas distritais da Coordenação de Saúde Bucal de Goiânia*

Pelo apoio, compreensão e incentivo dedicados à colega recém-chegada. Aprendo muito com vocês todos os dias!

*À Associação Brasileira de Odontologia – Seção Goiás*

Pelo inestimável apoio manifestado tanto por sua diretoria bem como pela exemplar funcionária e minha amiga Tereza Cristina.

*À psicóloga Dra. Railda Gonçalves Martins*

Pelas diversas e insistentes vezes às quais eu a procurei solicitando esclarecimentos e auxílio para a compreensão de tópicos relacionados à sua área de atuação. Suas contribuições foram iluminadoras!

*Aos acadêmicos e futuros cirurgiões-dentistas Lais Mori e Marcondes Sena*

Que ao se dedicarem à minha pesquisa com tamanho profissionalismo e responsabilidade demonstraram que serão profissionais dignos de uma carreira profissional exemplar.

*Aos amigos Antônio Hélio, Érica Tatiane, Fabiany Cristina e Lila Louise*

Caminhamos juntos e juntos vencemos mais um desafio. Prova de que o companheirismo e a amizade ainda são importantes em uma sociedade onde as pessoas tentam provar o contrário.

*À Vanir Fernandes*

Minha amada mãe de quem herdei muitas das minhas características entre elas a afinidade pela Saúde Coletiva e o sentimento de jamais desistir.

*Aos meus irmãos Fabíola e Ramiris*

Somos três e muitas vezes, a sensação é de que separados, não existimos devido a força do amor que nos une.

*Ao meu esposo Leonardo*

Parafraseando Vinícius de Moraes: “sem você, meu amor, eu não sou ninguém”!

## EPIGRAFE

---

Metrópole

"É sangue mesmo, não é mertiolate"

E todos querem ver

E comentar a novidade.

"É tão emocionante um acidente de verdade"

Estão todos satisfeitos

Com o sucesso do desastre:

" Vai passar na televisão"

"Por gentileza, aguarde um momento.

Sem carteirinha não tem atendimento -

Carteira de trabalho assinada, sim senhor.

Olha o tumulto: façam fila, por favor.

Todos com a documentação.

Quem não tem senha não tem lugar marcado.

Eu sinto muito, mas já passa do horário.

Entendo seu problema, mas não posso resolver:

É contra o regulamento, está bem aqui, pode ver.

Ordens são ordens.

Em todo caso já temos sua ficha.

Só falta o recibo comprovando residência.

Pra limpar todo esse sangue, chamei a faxineira -

E agora eu vou indo senão perco a novela

E eu não quero ficar na mão."

(Renato Russo, 1986)

## RESUMO

---

O objetivo deste estudo foi investigar a percepção social dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a atuação da equipe de saúde bucal (ESB) em Goiânia-GO. Foi realizado um estudo qualitativo utilizando a técnica de grupo focal para a coleta de dados. Realizaram-se quatro grupos focais com profissionais de saúde da ESF do município que haviam trabalhado com equipes de saúde bucal por um período mínimo de um ano. Participaram agentes comunitários de saúde (N=11), auxiliares de enfermagem (N=5), enfermeiras (N=4) e médicos (N=4) de dez unidades da ESF. Na coleta dos dados, as categorias profissionais foram agrupadas de acordo com o nível de escolaridade. Os temas abordados foram as características ideais para um cirurgião-dentista atuar na ESF, atividades desenvolvidas pela ESB e opinião sobre a atuação desta equipe. As entrevistas foram transcritas e os dados foram analisados utilizando-se a análise temática de conteúdo. Na percepção dos profissionais entrevistados, as características que um cirurgião-dentista deveria ter para atuar na ESF são: perfil para atuar no campo da saúde pública, capacidade de comunicação, bom relacionamento interpessoal, ética, criatividade em situações difíceis e equilíbrio emocional. A percepção dos respondentes sobre a atuação da equipe de saúde bucal é afetada pelo grande volume de necessidade de tratamento que resulta em alta demanda e pouca oferta, assim como por constantes problemas com equipamentos e fornecimento de insumos. Embora o relacionamento interpessoal das ESB com os demais profissionais e a comunidade tenha sido considerado positivo, as opiniões são divergentes sobre o impacto das ações na condição de saúde bucal da população assistida pela ESF.

**Palavras-chave:** Saúde da Família, Saúde Bucal, avaliação de serviços de saúde, recursos humanos

## ABSTRACT

---

The aim of this study was to investigate the perception of professionals from the Brazilian Family Health Strategy (BFHS) on the performance of the dental health team in Goiânia-GO, Brazil. We have conducted a qualitative study using focus group technique to collect data. Four focus groups were held with health professionals of the BFHS who had worked with oral health teams for at least one year. Sample included community health workers (N= 11), assistant nurses (N= 5), nurses (N= 4) and doctors (N= 4) from ten BFHS health centers. During data collection professional categories were grouped according to level of formal education. The topics covered were the ideal characteristics for a dentist working in the BFHS, activities undertaken by the oral health team and opinion about the performance of this team. The interviews were transcribed and data were analyzed using a thematic analysis of content. For the professionals interviewed, the characteristics that a dentist should have in order to work in the BFHS are: profile to work in the public health field, communication skills, good interpersonal relationship, ethics, creativity in difficult situations and emotional balance. The respondents' perception on the performance of the oral health team is affected by the great volume of treatment needs which result in high demand and short supply, as well as by frequent problems with equipment and resources supply. Although the interpersonal relationship of the oral health team with the other professionals and the community was considered positive, opinion regarding the impact of the actions on the oral health condition of the population covered by the BFHS is divided.

**Key words:** Family Health Strategy; Oral Health; Health Service Evaluation and Human Resources

## SIGLAS E ABREVIATURAS

---

<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>AE</b>	Auxiliar de Enfermagem
<b>CD</b>	Cirurgião-dentista
<b>DCNO</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Odontologia
<b>DPNSB</b>	Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FO</b>	Faculdade de Odontologia
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>Pró-saúde</b>	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
<b>UFG</b>	Universidade Federal de Goiás

## SUMÁRIO

---

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	14
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	15
4 PUBLICAÇÕES.....	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICES.....	72
ANEXOS.....	81

# 1 INTRODUÇÃO

---

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), tem como finalidade proporcionar a integralidade da assistência, equidade, universalidade e controle social das ações em saúde (BRASIL, 2002) tendo como foco de suas ações o núcleo familiar. Inicialmente, apenas médicos e enfermeiros compunham as equipes de saúde da família como profissionais de nível superior. A inserção dos profissionais da saúde bucal, denominados de Equipe de Saúde Bucal (ESB), foi efetivada em 2000 com o objetivo de melhorar os indicadores epidemiológicos e de aumentar o acesso aos serviços de saúde bucal no país (BRASIL, 2000).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a equipe multiprofissional da ESF deve buscar a articulação das ações e a integração dos profissionais, objetivando assim, uma atuação interdisciplinar. Essa multiprofissionalidade justifica-se por possibilitar assistência integral à saúde. Além disso, o conceito de equipe interdisciplinar como um grupo de indivíduos que cooperam na realização de uma rotina ou de uma tarefa, permite a divisão de responsabilidades, alívio de estresse e permuta de aprendizado (FEUERWEKER, 1999). Contudo, esta integração dos profissionais só ocorre se cada um conhecer, além das suas próprias funções e atribuições, as de seus parceiros de equipe (SAAR; TREVIZAN, 2007).

Na prática, observa-se que na maioria das equipes de saúde da família atuantes em todo o Brasil, há uma justaposição de ações e agrupamento de profissionais sem ocorrer interação entre os mesmos devido ao desconhecimento sobre as funções e papel de cada profissional na equipe (PEDUZZI, 2001). Acredita-se que a formação acadêmica voltada para o modelo biomédico hegemônico seja a principal motivadora para uma atuação individualista e segmentada, desinteressada pela integração profissional (NARVAI, 2002; TEIXEIRA, 2003; MOYSÉS, 2004).

A Odontologia tem sido alvo de constantes críticas acerca de sua prática. Caracterizada como isolada e desvinculada das demais ciências da saúde, a

prática odontológica reflete a formação acadêmica também pautada na individualização e especialização do trabalho em saúde como reflexo da influência dos Relatórios Flexner e Relatório Gies (NARVAI, 2002; TEIXEIRA, 2003; MOYSÉS, 2004). Estes relatórios foram decisivos no início do século XX na orientação do ensino médico-odontológico, que norteado pelo reducionismo da doença à dimensão biológica, propagou uma formação mais técnica, mecanicista e especializada.

Indicações disso são as representações que o imaginário social revela sobre o cirurgião-dentista. A atuação predominantemente curativa instiga na população a imagem de profissional mutilador (AMORIM; SANTOS, 2000; NOVAIS, 2007). Na opinião dos demais profissionais de saúde, além de ter seu trabalho caracterizado como isolado e de cunho ambulatorial, a participação do cirurgião-dentista na equipe de saúde oscila entre insignificante e dispensável a fundamental e imprescindível (SAAR; TREVISAN, 2007). Além disso, o próprio cirurgião-dentista acredita que esta estigmatização da profissão esteja ligada a atuação clínica restrita ao consultório odontológico (CHAVES; MIRANDA, 2008).

Com a inserção da ESB na ESF, espera-se uma mudança no perfil e conseqüentemente, na atuação do cirurgião-dentista e seus auxiliares.

Após sete anos de inserção da saúde bucal na ESF, Figueiredo et al. (2007) constataram através de revisão da literatura que a avaliação da ESB tem ocorrido através da percepção do usuário e dos profissionais de saúde bucal e dos indicadores obtidos através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Nestes aspectos, as avaliações têm mostrado resultados favoráveis à mudança esperada, principalmente quando a ESF é comparada ao modelo tradicional de serviços de saúde.

A avaliação como parte do processo de planejamento em saúde bucal na ESF foi tema do estudo realizado por Padilha et al. (2005) no Estado da Paraíba. Os autores constataram que atividades de planejamento, programação e avaliação adequadas ainda eram raras, entretanto, foram encontradas propostas de trabalho consistentes, em fase de implantação. A escassez de

artigos sobre o tema sugere a vulnerabilidade na prática profissional, igualmente tímida em ações planejadas, programadas e avaliadas.

No município de Goiânia, a ESF foi iniciada em 2004 e conta atualmente com 142 equipes de saúde da família, das quais 57 possuem equipe de saúde bucal. No entanto, o resultado da inserção destes profissionais não foi avaliada até o momento.

Diante deste contexto e a partir das observações da pesquisadora como profissional de ESB em municípios goianos, suscitou o questionamento sobre a percepção da equipe de saúde da família sobre a equipe de saúde bucal.

## 2 OBJETIVOS

---

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção social dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família sobre a equipe de saúde bucal no município de Goiânia-GO.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a imagem do cirurgião-dentista para a equipe;
- Descrever a atuação da equipe de saúde bucal;
- Conhecer a opinião da equipe sobre o impacto das ações de saúde bucal na população assistida.

## 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

---

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido dentro da perspectiva da abordagem qualitativa de pesquisa. Segundo Minayo et al. (2007, p.21), a pesquisa qualitativa

“[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com os seus semelhantes.”

Assim, para contemplar o objetivo desta pesquisa a abordagem qualitativa se mostra a mais adequada.

### 3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Os sujeitos desta pesquisa foram profissionais de saúde lotados nas equipes de saúde da família no município de Goiânia-GO, cuja população residente estimada em 2008 era de 1.265.394 habitantes (BRASIL, 2009). Obedecendo ao princípio de descentralização do SUS, o município está dividido em sete Distritos Sanitários (Norte, Leste, Oeste, Sul, Sudoeste, Noroeste e Campinas-Centro). Em Goiânia, a ESF foi implantada em 1998 e a inserção da ESB se deu em 2004 (REIS, 2006). Até o mês de julho de 2009, segundo informações da Coordenação de Saúde Bucal da ESF da Secretaria Municipal de Saúde, havia 142 equipes de saúde da família e 57 ESB, sendo 19 equipes da modalidade tipo I e 38 da modalidade tipo II<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> ESB modalidade tipo I: equipe composta por um cirurgião-dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); 15

ESB modalidade tipo II: equipe composta por um cirurgião-dentista, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal.

### **3.2.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídos na pesquisa somente os sujeitos que:

- a) Estavam atuando na equipe de saúde da família há pelo menos um ano;
- b) Concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

### **3.2.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que:

- a) Estavam atuando na equipe de saúde da família por período inferior a um ano;
- b) Não concordaram em participar da pesquisa.

Para alocação dos voluntários, as cirurgiãs-dentistas supervisoras distritais da Secretaria Municipal de Saúde, após identificarem um total de 40 profissionais que se enquadraram nos critérios de inclusão, entregaram a estes uma carta-convite (Apêndice B) contendo o local e a data da coleta de dados.

## **3.3 COLETA DE DADOS**

A técnica utilizada nesta pesquisa para a obtenção dos dados foi a de grupo focal, sendo considerada como um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos (MINAYO, 2008), porém com interação entre seus participantes para a coleta de dados, a partir de tópicos fornecidos pelo pesquisador-moderador (CARLINI-COTRIM, 1996).

Para a realização desta etapa, operacionalizada entre os meses de janeiro a abril de 2009, a pesquisadora norteou-se pelo manual publicado pela Organização Mundial de Saúde sobre grupo focal (DAWSON; MANDERSON;

TALLO, 1993). Os temas abordados foram as características ideais para um cirurgião-dentista atuar na ESF, atividades desenvolvidas pela ESB e opinião sobre a atuação da ESB. O roteiro semi-estruturado encontra-se no Apêndice C.

Foram realizados quatro grupos focais, sendo dois com turmas mistas de agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem (AE) e dois também com turmas mistas de médico(a)s e enfermeiro(a)s. O agrupamento das categorias profissionais em nível médio e fundamental (ACS e AE) e nível superior, ocorreu para evitar intimidação ou constrangimento entre aqueles com menor grau de instrução e nível hierárquico dentro da equipe ao discutir os tópicos propostos.

O primeiro grupo focal foi realizado em uma igreja em construção próxima aos locais de trabalho dos ACS e AE. Devido à fragilidade do equipamento eletrônico utilizado para gravação das falas, os demais grupos foram realizados na sala de reuniões da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG). O TCLE foi lido aos participantes pela pesquisadora principal e suas assinaturas recolhidas antes do início da gravação dos grupos.

Além da pesquisadora principal, outros quatro componentes participaram da coleta de dados como auxiliares de pesquisa, ora operando os equipamentos para gravação do áudio das entrevistas, ora como observadores para registro das mesmas. Estes auxiliares eram dois mestrandos, um acadêmica e uma professora da FO/UFG que participaram previamente de um seminário sobre pesquisa qualitativa ofertado pela instituição. O grupo de trabalho se reuniu antes do início da coleta de dados para os devidos repasses e alinhamento das ações a serem desenvolvidas durante a coleta.

Para o registro das falas durante os encontros, optou-se pela utilização de microfones de lapela conectados a uma mesa de som que gravava as falas em um computador do tipo notebook, através de um *software*<sup>2</sup> apropriado para este registro.

---

<sup>2</sup> ABLETON. **Live Lite 6 M – Audio Enhanced Edition**. Disponível em: [http://www.ableton.com/pages/downloads/live\\_packs/archive](http://www.ableton.com/pages/downloads/live_packs/archive)

### 3.3.1 Análise dos Dados

Os conteúdos transcritos das gravações foram submetidos à Análise de Conteúdo segundo Bardin (2008), pela pesquisadora principal e outras duas componentes da equipe de pesquisa, buscando conferir maior confiabilidade à análise dos dados.

A análise ocorreu em três fases: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Na etapa de pré-análise, foi realizada leitura flutuante para identificação do *corpus das entrevistas* e, posteriormente, leituras exaustivas para apreender as idéias principais e significados gerais do material coletado.

Durante a fase de exploração do material, as pesquisadoras procederam a identificação das unidades de análise que a princípio podem ser palavras, sentenças, frases, parágrafos ou um texto completo de entrevistas, diários ou livros. Neste estudo, optou-se pela análise temática (temas) na qual sentenças, frases ou parágrafos são as unidades de análise (CAMPOS, 2004).

Ainda na fase de exploração do material, as unidades de análise foram submetidas ao processo de codificação, baseado nos objetivos da pesquisa. Segundo Gibbs (2009), “a codificação é uma forma de indexar (...) o texto para estabelecer uma estrutura de idéias temáticas em relação a ele”. Assim, as unidades que referiam a mesma coisa ou exemplificavam a mesma coisa, foram codificadas com o mesmo nome ou código.

Por fim, realizou-se a categorização não apriorística do material para interpretação dos resultados como mostra o Quadro 1. Desta forma, emergiram das falas as seguintes categorias relacionadas aos temas abordados no roteiro semi-estruturado:

Quadro 1 – Categorias não apriorísticas provenientes das falas dos grupos focais.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	
Características ideais do cirurgião-dentista para o trabalho em grupo	Competências profissionais	
	Competências interpessoais	
Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	Atividades de diagnóstico, planejamento e recuperação em saúde bucal	
	Atividades educativas / preventivas	
	Atividades administrativas	
Percepção sobre o atendimento odontológico e seu resultado na saúde bucal da população	Organização do trabalho em odontologia	Demanda e acesso por serviços odontológicos
		Equipamentos, manutenção e insumos odontológicos
		Tratamento odontológico
	Impacto das ações na saúde bucal da população	
	Relações interpessoais	

O processo de codificação e categorização realizado pelas pesquisadoras pode ser observado no apêndice D.

### 3.4 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (UFG) (Protocolo nº. 152/2008 – Anexo 1). O TCLE encontra-se no Apêndice A. Ao Secretário Municipal de Saúde de Goiânia, foi enviada carta esclarecendo a proposta da pesquisa e solicitando autorização para a realização da mesma (Apêndice E). O termo de concordância assinado por este encontra-se no Anexo 2.

#### 3.4.1 Ressarcimentos

Aos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem que participaram como sujeitos da pesquisa do grupo focal nº. 02, foi ressarcido

o valor gasto com o deslocamento destes entre suas unidades de saúde, o local de realização dos grupos focais e seu retorno, pois o local for outro que não o local de trabalho. O valor de ressarcimento foi o equivalente ao de uma passagem do transporte coletivo de Goiânia – GO vigente durante a pesquisa, por período de trecho deslocado (ida e volta).

## 4 PUBLICAÇÕES

---

**Artigo 1** – O cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: perfil idealizado pelos profissionais da equipe

Autoras: Érika Fernandes Soares (SOARES, EF)

Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis (REIS, SCGB)

Maria do Carmo Matias Freire (FREIRE, MCM)

Revista: Ciência e Saúde Coletiva

**Artigo 2** – Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais sobre a atuação equipe de Saúde Bucal

Autoras: Érika Fernandes Soares (SOARES, EF)

Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis (REIS, SCGB)

Maria do Carmo Matias Freire (FREIRE, MCM)

Revista: Cadernos de Saúde Pública

**Artigo 1 - O CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
PERFIL IDEALIZADO POR PROFISSIONAIS DA EQUIPE**

THE DENTIST IN THE BRAZILIAN FAMILY HEALTH STRATEGY: PROFILE  
IDEALIZED BY TEAM MEMBERS

**RESUMO**

O objetivo do presente estudo é conhecer a opinião de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil ideal de cirurgião-dentista para atuar na estratégia. O estudo foi do tipo qualitativo, utilizando a técnica de grupo focal para a coleta de dados. Foram realizados quatro grupos focais com profissionais de saúde da ESF de Goiânia-GO que haviam trabalhado com equipes de saúde bucal por um período mínimo de um ano. Participaram agentes comunitários de saúde (N=11), auxiliares de enfermagem (N=5), enfermeiras (N=4) e médicos (N=4) de dez unidades da ESF. As entrevistas foram transcritas e os dados foram analisados utilizando-se a análise temática de conteúdo segundo Bardin. Na percepção dos profissionais entrevistados, os cirurgiões-dentistas, assim como os demais profissionais da ESF, devem apresentar competências profissionais (perfil para atuar no campo da saúde pública) e interpessoais (capacidade de comunicação, bom relacionamento, ética, criatividade em situações difíceis e equilíbrio emocional). Estas características exigem uma formação profissional diferenciada, focada nos princípios do Sistema Único de Saúde e na Política Nacional de Humanização.

**Palavras-chaves:** Saúde da Família; saúde bucal; recursos humanos.

**ABSTRACT:**

The aim of this study is to investigate the views of professionals of the Brazilian Family Health Strategy on the ideal profile of a dentist to work in the strategy. A qualitative study was carried out using focus group technique to collect data. Four focus groups were held with health professionals of the BFHS in Goiânia-GO who have worked with oral health teams for at least one year. Sample included community health workers (N= 11), assistant nurses (N= 5), nurses (N= 4) and doctors (N= 4) from ten BFHS health centers. The interviews were transcribed and data were analyzed using the thematic content analysis according to Bardin. For the respondents, dentists as well as the other health professionals of the BFHS, must have professionals skills (profile to work in the public health field) and interpersonal skills (communication, good relationship, ethics, creativity in difficult situations and emotional balance). These characteristics require a different professional training, focused on the principles of the Brazilian Health System and on the National Humanization Policy.

**Key words:** Brazilian Family Health Strategy; Oral Health and Human Resources

## 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo de atenção em saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi lançada em 1994 pelo governo brasileiro<sup>1</sup>. Devido à proposta de mudança eminente com possibilidades de financiamento aos municípios que aderissem à estratégia, inúmeras equipes de saúde da família têm sido implantadas em todo país desde então<sup>2,3</sup>.

Neste processo, trabalhadores foram inseridos em unidades de saúde tendo como desafios o trabalho em equipe multiprofissional e as demandas em saúde apresentadas pela população adscrita, ou seja, nova organização do processo de trabalho em saúde até então balizado pelo paradigma tecnicista.

Para dirimir os conflitos possíveis destas relações interpessoais tanto entre os membros da equipe quanto na sua relação com os usuários, os profissionais de saúde devem planejar suas atividades em conjunto a partir do acolhimento humanizado, através da escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações e o estabelecimento do vínculo responsável<sup>4, 5,6</sup>.

Para o cumprimento das atribuições das equipes de saúde da família desenhadas pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>4</sup> é preciso que o profissional de saúde apresente competências e habilidades construídas inicialmente na sua formação e aperfeiçoadas constantemente durante processo de educação permanente<sup>6</sup>.

No entanto, a orientação predominante na formação ainda é alheia às mudanças no cuidado à saúde. Além disso, defronta-se com modelos curriculares fragmentados, não inseridos nos serviços públicos de saúde, divididos em ciclos básicos e profissionais, em geral pouco integrados e dependentes de alta tecnologia<sup>7</sup>.

A odontologia, assim como as demais ciências da saúde, tem sido alvo de constantes críticas acerca de sua prática, caracterizada como isolada e

desvinculada das demais, pautada na individualização e especialização do trabalho em saúde com a quase exclusividade da atuação nos aspectos clínicos e técnicos<sup>8,9,10</sup>.

Evidências disso são as representações que o imaginário social revela sobre o cirurgião-dentista. A atuação predominantemente curativa instiga na população a imagem de profissional mutilador<sup>11, 12</sup>. Na opinião dos demais profissionais de saúde, além de ter seu trabalho caracterizado como isolado e de cunho ambulatorial, a participação do cirurgião-dentista na equipe de saúde oscila entre insignificante e dispensável a fundamental e imprescindível<sup>13</sup>. Segundo Chaves e Miranda<sup>14</sup>, o próprio cirurgião-dentista acredita que esta estigmatização da profissão esteja ligada a atuação clínica restrita ao consultório odontológico.

Com a inserção da equipe de saúde bucal (ESB) na ESF em 2001<sup>2</sup>, espera-se uma mudança no perfil e conseqüentemente, na atuação do cirurgião-dentista e sua equipe. Os poucos estudos publicados até o momento que avaliaram a atuação destas equipes mostram alguns indícios de mudanças que convivem com o modelo tradicional de serviços de saúde<sup>15</sup>.

Na opinião de cirurgiões-dentistas da ESF de municípios do Rio Grande do Norte<sup>16</sup>, para se trabalhar na estratégia é necessário ter um conhecimento amplo e interdisciplinar, ter habilidade para atender diferentes tipos de demandas, gostar de trabalhar com comunidades pobres, em zona rural e, principalmente, possuir determinadas características pessoais tais como ser paciente, solidário, corajoso e humano. Estas e outras características foram relatadas por residentes e preceptores de Unidades de Saúde da Família de Juiz de Fora – MG sobre o perfil de profissionais de saúde para atuarem na ESF<sup>17</sup>.

Não existem, todavia, estudos que abordem a percepção social dos demais componentes da ESF sobre o perfil ideal do CD para atuar na estratégia. Não se sabe, por exemplo, se para as equipes existem diferenças em relação às características ideais entre os profissionais das várias categorias

que compõem a equipe de saúde da família. Informações sobre esta questão podem contribuir para subsidiar as discussões atuais acerca da formação dos profissionais de saúde bucal para as necessidades do SUS. Podem ainda ser utilizados pelo serviço público para avaliação da atuação da ESB na ESF e aprimorar a atenção em saúde ofertada, desde o processo de seleção dos profissionais até as atividades de educação continuada destinadas a estes.

O objetivo do presente estudo é conhecer a opinião dos profissionais das equipes de saúde da família do município de Goiânia-GO sobre o perfil ideal de cirurgião-dentista para atuar na estratégia.

## **2. MATERIAL E MÉTODOS**

Este estudo foi desenvolvido dentro da perspectiva da abordagem qualitativa de pesquisa<sup>18</sup>.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (Protocolo nº. 152/2008).

O estudo foi realizado no município de Goiânia-GO, cuja população residente estimada em 2008 era de 1.265.394 habitantes<sup>19</sup>. Obedecendo ao princípio de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), o município está dividido em sete Distritos Sanitários (Norte, Leste, Oeste, Sul, Sudoeste, Noroeste e Campinas-Centro). Em Goiânia, a ESF foi implantada em 1998. As primeiras 14 equipes de saúde bucal foram implantadas somente em 2005<sup>20</sup>. Até o mês de julho de 2009, segundo informações da Coordenação de Saúde Bucal da ESF da Secretaria Municipal de Saúde, havia 142 equipes de saúde da família e 57 ESB, sendo 19 equipes da modalidade tipo I e 38 da modalidade tipo II.

Os sujeitos desta pesquisa foram profissionais de saúde lotados nas equipes de saúde da família e que, no período da pesquisa, tinham atuado por no mínimo um ano em equipe contemplada com ESB. Os critérios de exclusão

foram: ser profissional da ESB (cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal) e ter tempo de atuação inferior a um ano em equipes de saúde da família com ESB.

Atendendo ao que tem sido proposto na literatura<sup>21-25</sup>, foi estipulado um número de até dez participantes por grupo focal, visando a otimização da técnica escolhida para a coleta de dados e prevendo os não comparecimentos.

Um total de 40 profissionais apresentou os critérios citados e foram convidados a participar da pesquisa. Os convites foram encaminhados por meio das cirurgiãs-dentistas supervisoras de cada Distrito.

A técnica utilizada foi a de grupo focal, considerada como um tipo de entrevista de grupo, porém com interação entre seus participantes, a partir de tópicos fornecidos pelo pesquisador-moderador<sup>21, 23</sup>. Assim, baseada no manual publicado pela Organização Mundial de Saúde sobre grupo focal<sup>22</sup>, a coleta de dados foi operacionalizada entre os meses de janeiro a abril de 2009. Por meio de um roteiro semi-estruturado, os seguintes temas foram abordados: características de um profissional para atuar na ESF e características de um CD ideal para atuar na ESF. Para o registro das falas durante os encontros, optou-se pela utilização de microfones de lapela conectados a uma mesa de som que gravava as falas em um notebook, através de um *software* apropriado para este registro\*.

Foram realizados quatro grupos focais, sendo dois com turmas mistas de agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem (AE) e dois também com turmas mistas de médico(a)s e enfermeiro(a)s. O agrupamento das categorias profissionais em nível médio e fundamental (ACS e AE) e nível superior, ocorreu para evitar intimidação ou constrangimento entre aqueles com menor grau de instrução e nível hierárquico dentro da equipe ao discutir os tópicos propostos.

O primeiro grupo focal foi realizado em uma igreja em construção próxima às unidades de origem dos ACS e AE. Devido à fragilidade do equipamento eletrônico utilizado para gravação das falas, os demais grupos

---

\* ABLETON. **Live Lite 6 M – Audio Enhanced Edition**. Disponível em: [http://www.ableton.com/pages/downloads/live\\_packs/archive](http://www.ableton.com/pages/downloads/live_packs/archive)

foram realizados na sala de reuniões da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG). Os ACS que para lá se deslocaram, tiveram seus gastos com deslocamentos ressarcidos, conforme constava no Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Este documento foi lido aos participantes pela pesquisadora principal e suas assinaturas recolhidas antes do início da gravação dos grupos.

Além da pesquisadora principal, outros quatro componentes participaram da coleta de dados como auxiliares de pesquisa, ora operando os equipamentos para gravação do áudio das entrevistas ora como observadores para registro das mesmas. Estes auxiliares eram dois mestrandos, uma acadêmica e uma professora da FO/UFG que participaram previamente de um seminário sobre pesquisa qualitativa ofertado pela instituição. O grupo de trabalho se reuniu antes do início da coleta de dados para os devidos repasses e alinhamento das ações a serem desenvolvidas durante a coleta.

As gravações foram transcritas e seus conteúdos submetidos à Análise de Conteúdo Temática segundo Bardin (2008)<sup>26</sup> pela pesquisadora principal e outras duas componentes da equipe de pesquisa, buscando conferir maior confiabilidade à análise dos dados.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **Caracterização dos participantes**

Dos 40 profissionais convidados, 23 aceitaram participar do estudo, provenientes de nove unidades dos Distritos Sanitários Norte (N= 01), Leste (N= 05) e Oeste (N= 03). A composição dos participantes nos grupos de acordo com a sua categoria profissional encontra-se no Quadro 1.

A adesão foi maior entre os ACS, havendo participação também de AE, enfermeiras e médicos. O tempo médio de atuação destes profissionais na ESF foi de aproximadamente sete anos, variando de um a 11 anos. A atuação em

equipes com ESB apresentou o mínimo de um ano e o máximo de oito. O número de participantes oscilou entre quatro a nove voluntários por grupo, o que não impediu a realização da coleta de dados mesmo nos encontros com menor número de participantes (Quadro 1).

**Quadro 1 – Composição dos grupos focais por categoria profissional e tempo de duração da coleta dos dados**

Grupos focais	Categoria Profissional				Duração da coleta dos dados (hh/mm/ss)
	Agente Comunitário de Saúde	Auxiliar de Enfermagem	Enfermeiro(a)	Médico(a)	
<b>Grupo 1</b>	07	02	-----	-----	01: 20:16
<b>Grupo 2</b>	03	03	-----	-----	01:02:08
<b>Grupo 3</b>	-----	-----	03	01	00:44:55
<b>Grupo 4</b>	-----	-----	01	03	00:37:01
<b>Total</b>	10	05	04	04	03:44:20

Embora os grupos três e quatro tenham apresentado tempo de duração menor do que o geralmente relatado na literatura, que é de uma a duas horas<sup>21-25</sup>, optou-se por não desconsiderá-los uma vez que esta brevidade deu-se naturalmente. As categorias participantes destes grupos eram os de nível superior e os voluntários foram bastante objetivos em seus relatos, ao contrário das demais categorias.

## **Características do profissional de saúde para atuar na ESF: o cirurgião-dentista idealizado**

Ao se questionar os grupos sobre as características necessárias para atuar na ESF e quais profissionais deveriam apresentá-las, houve unanimidade entre os participantes de que todos os profissionais de saúde deveriam apresentar tais características. A confirmação desta percepção ocorreu quando, ao serem questionados sobre as características ideais do CD para atuação em ESB da estratégia, os entrevistados repetiram as mesmas características citadas como resposta à primeira pergunta tais como ter diálogo, humildade, companheirismo, receptividade, interesse, gostar do trabalho comunitário, aceitar a comunidade como ela é, respeitar o trabalho do outro, preparação para atuar na ESF. Estas características estão categorizadas no quadro abaixo e assemelham-se às que foram descritas tanto por CD do Rio Grande do Norte<sup>16</sup> quanto por profissionais de saúde no estudo de Calmon et al.<sup>17</sup>.

### **Quadro 2 – Características do cirurgião-dentista ideal para atuar na ESF segundo a percepção dos profissionais das equipes de saúde da família do município de Goiânia-GO, 2009.**

<b>Competências</b>	<b>Características</b>
Competência profissional	Perfil para atuar na saúde pública
Competências interpessoais	Capacidade de comunicação
	Bom relacionamento
	Ética
	Criatividade em situações difíceis
	Equilíbrio emocional

Entende-se por competência profissional os conhecimentos técnicos específicos de cada área<sup>6,27,28</sup> sendo adquirida durante os cursos de graduação e durante toda a vivência profissional<sup>6</sup>.

A formação acadêmica no Brasil tem sido alvo de reformas visando à mudança do perfil do profissional de saúde para atender as necessidades de um novo cenário de atuação, como as unidades de saúde da família. Neste sentido, o Ministério da Educação publicou no ano de 2002 as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia (DCNO)<sup>29</sup>, as quais prevêm a formação de um cirurgião-dentista com um perfil condizente com o novo cenário de atuação. Reforçando as orientações das DCNO e objetivando a implantação destas diretrizes, os Ministérios da Saúde e da Educação criaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) em 2005<sup>7</sup>.

No presente estudo, os profissionais participantes manifestaram a necessidade de uma formação voltada para a atuação na ESF, como se observa no relato abaixo:

*[...] ser um profissional que na academia ele já viesse com uma bagagem [...] de conhecimento teórico e prático de vivência no Saúde da Família (Enfermeira 4)*

Mesmo após a implantação e implementação das DCNO, não se pode esperar que as mudanças sejam imediatas. Num estudo realizado com acadêmicos que cursavam o último período dos cursos de medicina, enfermagem e odontologia de uma Universidade Federal após a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais, houve convergência dos relatos dos três grupos de acadêmicos quanto aos seguintes aspectos: desconhecimento de como operacionalizar o cuidado em saúde para além dos aspectos biomédicos, desconsideração dos conhecimentos próprios dos pacientes e valorização da autoridade do profissional sobre o paciente. Em particular, os acadêmicos de

odontologia acreditavam que o atendimento privado era melhor que o público e conceituaram o trabalho no serviço público como filantropia<sup>30</sup>.

Entre os entrevistados, a atuação na ESF é, para alguns profissionais, uma possibilidade de emprego temporário o que compromete a viabilização da estratégia.

*(O profissional) não pode encarar o PSF como se estivesse apenas passando por uma “chuva passageira”. Tem que ter comprometimento com a Estratégia de Saúde da Família. (Médico 2)*

*Eu acredito que muitos, lógico (que) toda regra tem exceção, mas muitos vão (trabalhar na ESF por) causa do salário, da gratificação, e não tem o perfil adequado! Acho que muita das coisas que não “anda” é por falta do perfil, por isso que não desenvolve. [...] que é o que a gente vê nos congressos que a gente vai [...] os ACS todos reclamam, é a falta do perfil (que) tá tanto no ACS como na THD como no cirurgião-dentista, no médico e assim sucessivamente. (ACS 7)*

A permanência do profissional na equipe de saúde da família favorece a criação de vínculo com a comunidade e de responsabilização da atenção em saúde. Essa longitudinalidade do cuidado propicia benefícios à saúde da comunidade que passa a ser assistida por uma equipe de saúde que, ao longo do tempo, acompanha os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos e suas famílias, inseridos em seu contexto de vida<sup>31</sup>.

Ao se abordar as relações humanas, Moscovici<sup>27</sup> cita que “competência interpessoal é o resultado da percepção acurada realística das situações interpessoais e de habilidades específicas comportamentais que conduzem a conseqüências significativas no relacionamento durador e autêntico, satisfatório para as pessoas envolvidas”.

Como postulado por Fernandes et al.<sup>32</sup>, “o trabalho em saúde é exercido por profissionais que receberam educação formal e, assim, desenvolvem ações e comportamentos que envolvem conhecimento científico, valores, habilidades e atitudes que devem ser empreendidas em busca da melhoria da condição

humana no processo de vida. Essas ações e comportamentos, por sua vez, estão sujeitos a variações conjunturais de espaço, tempo e contexto, bem como às normas definidas em matéria de tempo, de espaço, dependência hierárquica, informação e de execução de atos em si”.

O trabalho em saúde requer integração e interação dos profissionais para atuação em equipe, através de troca de experiências e saberes com o objetivo de ofertar um cuidado integral em saúde. Exige que o profissional de saúde tenha competência interpessoal e apresente habilidades de comunicação, empatia e gerenciamento de emoções<sup>32</sup>. Estas habilidades são interdependentes entre si como se pode perceber nos relatos abaixo.

*[...]ele (CD) não consegue lidar às vezes com uma população mais carente, não consegue chegar ao nível deles, de palavras. [...] às vezes a população [...] não entende o que o dentista tá tentando falar e aí aquela confusão. Então, eu acho que é isso, é a comunicação, é a facilidade de lidar com pessoas, com o público mesmo, com uma população que às vezes nem sempre ele (CD) tá acostumado a lidar pela própria formação acadêmica (Enfermeira 2)*

*[...] ele (CD) tem que interagir, aceitar a comunidade, tem que estar disponível para atender aquele paciente [...] da forma que ele (paciente) chegar ao consultório, ele tem que tá em aberto, tem que ter diálogo, aceitação, aceitar o paciente da forma, do jeito que ele é, ter interação com a comunidade (ACS 3)*

Para se comunicar de maneira eficiente com os usuários e com os demais profissionais da equipe, o profissional de saúde precisa ter flexibilidade perceptiva e comportamental, ou seja, interpretar uma mesma situação sob vários ângulos como em um movimento de se colocar no lugar do outro e a partir destas percepções, atuar de forma diferenciada experimentando novas condutas<sup>27</sup>. Este tipo de comportamento estimula o desenvolvimento da capacidade criativa para a solução de situações muitas vezes conflituosas como a interação profissional-usuário e entre profissionais no *lócus* da ESF.

A interação entre os membros que compõem a equipe permite conhecimento mútuo e identificação de pontos em comum que subsidiarão a

elaboração de normas coletivas, implícitas e explícitas, na dinâmica da equipe favorecendo sua atuação<sup>27</sup>. O ato de se isolar no consultório inviabiliza a interação da ESB com os demais membros da equipe de saúde da família, na opinião dos entrevistados.

*Que seja uma equipe que não fique só isolada no consultório. Pelo menos tem que ter um perfil assim de participar das reuniões da equipe, aí sempre tá se interagindo e interessando né, no que a equipe faz [...] (Enfermeira 2)*

As emoções alimentam funções comunicativas e sociais, além de conterem informações sobre os pensamentos e intenções das pessoas<sup>33</sup>, por isso, um dos participantes alerta:

*[...] nós temos que estar muito equilibrada todos os dias [...] porque [...] é muito cobrado nosso trabalho, cobrado demais do povo. (ACS 8)*

A existência de iniciativa e criatividade foram características bastante apontadas pelos entrevistados e relacionadas a particularidades do cotidiano da ESF.

*[...] tem que ser dinâmico porque é tudo muito dinâmico mesmo! São muitas atividades (educativas e assistenciais), então tem muitas situações que tem que ser com a criatividade mesmo, se desembaraçar e sair delas não ficar ali né, não ficar preso em alguma coisa porque tá faltando tal coisa [...] (Enfermeira 2)*

Os participantes entrevistados esperam um comportamento ético dos profissionais das equipes de saúde da família. A pertinência desta reflexão justifica-se ao conceber que as práticas de saúde estão vinculadas a valores difusos em nosso meio social, valores produzidos dentro e fora do ambiente de trabalho e que podem ser compartilhados pelos trabalhadores<sup>34</sup>. Assistir a uma comunidade cujo contexto é adverso ao dos profissionais da equipe de saúde

propicia um confronto de valores e requer uma atuação balizada por princípios éticos.

Barros e Pinheiro<sup>34</sup> acreditam que ter competência para o trabalho em saúde dentro da perspectiva do novo cenário do cuidado integral em saúde requer “um movimento contínuo de inovação e aprendizagem coletivas, possíveis graças ao compartilhamento dos objetivos, responsabilidades e resultados das ações”. Todavia, este movimento só será possível se houver transformação do comportamento social dos profissionais de saúde repercutindo também na organização do trabalho, ou seja, uma ressignificação das práticas em saúde em todos os aspectos subjetivos, operacionais e organizacionais.

Essa ressignificação vem ao encontro da Política Nacional de Humanização<sup>35</sup>, que tem como princípios norteadores: 1) a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; 2) o estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 3) o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; 4) a atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS e 5) a utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

A pesquisadora principal reconhece que suas experiências vividas e o seu contexto modelaram de certa forma, seu olhar sob o objeto de estudo<sup>21,22</sup>. Os resultados obtidos podem ter sido influenciados pelo fato de a pesquisa ter sido conduzida por CD, inclusive a etapa de coleta de dados. Estas limitações são, entretanto, inerentes à metodologia utilizada.

Não foi pretensão das pesquisadoras deste artigo esgotar o tema abordado neste estudo. Na verdade, outras abordagens são esperadas para que o tema possa ser compreendido em todos os seus aspectos. Contudo, espera-se que os resultados deste possam auxiliar no planejamento e na

construção de processos de trabalho envolvendo a equipe de saúde bucal principalmente no que se refere ao processo seletivo e cursos de educação continuada para trabalhadores da estratégia.

#### **4. CONCLUSÃO**

Na percepção dos entrevistados, tanto o cirurgião-dentista quanto os demais profissionais da equipe de saúde da família precisam apresentar características condizentes com um modelo de cuidado em saúde integral e humanizado.

Assim, para atuação na ESF, são requeridas tanto competências técnicas quanto interpessoais como características do cirurgião-dentista idealizado pelos entrevistados.

A capacidade de comunicação foi a característica interpessoal mais citada nos depoimentos, relacionada com frequência a dificuldade do cirurgião-dentista em trabalhar com pessoas de baixo poder socioeconômico. Tal fato sugere deficiências na formação do cirurgião-dentista para atuar junto a comunidades diferenciadas que necessitam ter suas demandas devidamente acolhidas e não preteridas pela supremacia do saber técnico.

A rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família, incluindo o CD, impossibilita a construção de vínculos permanentes por aquele profissional desfavorecendo a longitudinalidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. [Acessado 2008 Ago 18] 125 p. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/publicacoes.php>.
2. BRASIL. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 28 dez.
3. OLIVEIRA SF, ALBUQUERQUE FJB. Programa de Saúde da Família; uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicologia & Sociedade*. 2008; 20(2): 237-246.
4. BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 28 mar.
5. MANFREDINI MA. Planejamento em saúde bucal. In: PEREIRA AC et al. *Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 50-63.
6. PESSANHA RV, CUNHA FTS. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Enferm*, 2009; 18(2): 233-40.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: Ministério da Saúde: Ministério da Educação, 2007. 86p.
8. NARVAI PC. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2002. 120 p.

9. TEIXEIRA MCB. *O lugar do cirurgião-dentista no trabalho de equipe em saúde: uma perspectiva interdisciplinar* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2003.
10. MOYSÉS SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Rev. ABENO* 2004; 4(1): 30-7.
11. AMORIM VCS, SANTOS MFS. Visão que a criança tem do dentista através da interpretação de desenhos. *Rev. ABO nac*; 1999/2000; 7(6): 359-63.
12. NOVAIS TO. *Integralidade e saúde bucal na percepção de participantes de movimentos sociais e do SUS* [dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2007.
13. SAAR SRC, TREVIZAN MA. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Rev. latinoam. enferm.* 2007; 15(1): 106-12.
14. CHAVES MC, MIRANDA AS. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudanças de *habitus* na saúde Pública. *Interface – Cominc., Saúde, Educ.*, 2008; 12(24): 153-67.
15. FIGUEIREDO CRV, SOARES FF, BORGES NCN, JORDÃO RA. *Levantamento da publicação sobre a saúde bucal na estratégia saúde da família* [monografia]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2007.
16. ARAÚJO YP, DIMENSTEIN M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc. saúde coletiva.* 2006; 11(1): 219-27.
17. CALMON AMZ, MAUAD NMA. Desatando os nós do trabalho em equipe. *Revista APS.* 2003; 6(1): 41-5.
18. MINAYO CMC, DESLANDES SF, GOMES R. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.* 25ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007. 108p.
19. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2008, segundo os municípios.* Brasília: IBGE, 2008 [Acessado 2009 Jul 05]. 136p. Disponível em:

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP\\_2008\\_TCU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP_2008_TCU.pdf)

20. REIS LBM. *Processo de inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Goiânia na percepção dos atores envolvidos* [dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2006.

21. MINAYO CMC. Técnicas de pesquisa. In MINAYO CMC. *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; São Paulo: Editora HUCITEC, 2008. p. 261-297

22. DAWSON S, MANDERSON L, TALLO VL. *A manual for the use of focus groups*. Boston-MA: INFDC/WHO, 1993. 96 p.

23. CARLINI-COTRIM B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. saúde pública*. 1996; 30(3): 285-93.

24. LERVOLINO SA, PELICIONE MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2001; 34(2): 115-21.

25. BUNCHRAFT AF, GONDIM SMG. Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação. *Estud. psicol.* , 2004; 21(2): 63-77.

26. BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008. 281 p.

27. MOSCOVICI F. *Desenvolvimento interpessoal*. 15ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 2005. 276 p.

28. DEL PRETTE A, DEL PRETTE ZAP. *Psicologia das relações interpessoais – vivências para o trabalho em grupo*. 6ª ed. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2007. 231 p.

29. BRASIL. Resolução CNE/CES 3/2002, de 4 de março de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União 2002; 04 mar.

30. MORETTI-PIRES RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface – Cominc., Saúde, Educ.*, 2009; 13(30): 153-66.
31. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. 232 p.
32. FERNANDES JD, ARAÚJO FA, FERNANDES J, REIS LS, GUSMÃO MCCM, CORREIA VS. Competência interpessoal como instrumento do trabalho em saúde. *Rev baiana enferm.*, 2003; 18(1/2): 57-66.
33. LOPES PN, BRACKETT MA, NEZLEK JB, SCHÜTZ A, SALOVEY P. Emotional intelligence and social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2004; 30: 1018-34.
34. BARROS FS, PINHEIRO R. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO R, BARROS MEB, MATTOS RA. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 111-28 p.
35. GOMES RS, SILVA FH, PINHEIRO R, BARROS MEB. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio para os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe. In: PINHEIRO R, BARROS MEB, MATTOS RA. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 19-36 p.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.
37. LÜDKE M, ANDRÉ MEDA. *Pesquisa em educação - Abordagens qualitativas*. São Paulo-SP: Editora Pedagógica e Universitária Ltda; 2004. 99 p.
38. BODSTEIN R, ZANCAN L. Avaliação das ações de promoção de saúde em um contexto de pobreza e vulnerabilidade social. In: BODSTEIN R, MARCONDES WB. *Promoção de saúde como caminho para o desenvolvimento*

*local: a experiência em Manginhos-RJ.* Rio de Janeiro-RJ:  
ABRASCO/FIOCRUZ; 2002. p.39-59.

## **Artigo 2 - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: VISÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL**

### **BRAZILIAN FAMILY HEALTH STRATEGY: PROFESSIONALS' VIEWS ON THE WORK OF THE ORAL HEALTH TEAM**

#### **RESUMO**

O objetivo do presente estudo é investigar a percepção social dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a atuação da equipe de saúde bucal em Goiânia-GO. Foi realizado um estudo qualitativo utilizando a técnica de grupo focal para a coleta de dados. Realizaram-se quatro grupos focais com profissionais de saúde da ESF do município que haviam trabalhado com equipes de saúde bucal por um período mínimo de um ano. Participaram agentes comunitários de saúde (N=11), auxiliares de enfermagem (N=5), enfermeiras (N=4) e médicos (N=4) de dez unidades da ESF. Na coleta dos dados, as categorias profissionais foram agrupadas de acordo com o nível de escolaridade. Os temas abordados foram referentes às atividades desenvolvidas pela ESB e a opinião dos profissionais sobre estas ações. As entrevistas foram transcritas e os dados foram analisados utilizando-se a análise temática de conteúdo. Para os entrevistados, a atuação da equipe de saúde bucal caracteriza-se pela ênfase em ações curativas. Na sua opinião, esta atuação é afetada pelo grande volume de necessidade de tratamento que resulta em alta demanda e pouca oferta e por constantes problemas com equipamentos e fornecimento de insumos. Embora o relacionamento interpessoal das ESB com os demais profissionais e a comunidade tenha sido considerado positivo, as opiniões são divergentes sobre o impacto das ações na condição de saúde bucal da população assistida pela ESF.

**Palavras-chaves:** Saúde da Família; saúde bucal; avaliação de serviço de saúde; recursos humanos.

**ABSTRACT:**

The purpose of this study was to investigate the views of the Brazilian Family Health Strategy (BFHS) professionals on the performance of the oral health team in Goiânia-GO, Brazil. We have conducted a qualitative study using focus group technique to collect data. Four focus groups were held with health professionals of the BFHS who had worked with oral health teams for at least one year. Sample included community health workers (N= 11), assistant nurses (N= 5), nurses (N= 4) and doctors (N= 4) from ten BFHS health centers. During data collection professional categories were grouped according to level of formal education. The topics covered were the activities undertaken by the oral health team and the professionals' opinion about this work. The interviews were transcribed and data were analyzed using thematic analysis of content. For the respondents, the work of the oral health team is characterized by and emphasis on treatment. In their opinion, this work is affected by the great volume of treatment needs resulting in high demand and short supply, as well as by the frequent problems with equipment and resources supply. Although the interpersonal relationship of the oral health team with other health professionals and the community was considered positive, opinion regarding the impact of the actions on the oral health of the population covered by the BFHS is divided.

**Key words:** Brazilian Family Health Strategy; Oral Health; Health Service Evaluation and Human Resources

## 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), tem como foco de suas ações o núcleo familiar e visa o cumprimento dos princípios da integralidade, equidade, universalidade e controle social das ações em saúde, previstos no Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, apenas médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde compunham as equipes de saúde da família. A inserção da saúde bucal foi efetivada em 2000 devido à necessidade de melhorar os indicadores epidemiológicos e de aumentar o acesso aos serviços de saúde bucal<sup>1</sup>.

Para o Ministério da Saúde<sup>2</sup>, a equipe multiprofissional da ESF deve buscar a articulação das ações e a integração de seus componentes, objetivando assim, uma atuação interdisciplinar. Essa multiprofissionalidade justifica-se por possibilitar principalmente uma assistência integral à saúde. Além disso, o conceito de equipe interdisciplinar como um grupo de indivíduos que cooperam na realização de uma rotina ou de uma tarefa, permite a divisão de responsabilidades, alívio de estresse e permuta de aprendizado<sup>3</sup>. Contudo, esta integração dos profissionais só ocorre se cada um conhecer além das suas próprias funções e atribuições, as de seus parceiros de equipe<sup>4</sup>.

Na prática, observa-se que na maioria das equipes de saúde da família atuantes em todo o Brasil, há uma justaposição de ações e agrupamento de profissionais sem ocorrer interação entre os mesmos devido ao desconhecimento sobre as funções e o papel de cada profissional na equipe<sup>5</sup>. A formação acadêmica voltada para o modelo biomédico hegemônico constitui uma forte motivadora para a atuação individualista e segmentada, desinteressada pela integração profissional<sup>6, 7, 8</sup>.

A Odontologia tem sido alvo de constantes críticas acerca de sua prática. Caracterizada como isolada e desvinculada das demais ciências da saúde, a prática odontológica reflete a formação acadêmica também pautada na

individualização e especialização do trabalho em saúde como reflexo da influência dos Relatórios Flexner e Relatório Gies<sup>6, 7, 8</sup>. Estes relatórios foram decisivos no início do século XX na orientação do ensino médico-odontológico, que norteado pelo reducionismo da doença à dimensão biológica, propagou uma formação mais técnica, mecanicista e especializada.

Para que as propostas da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção em saúde sejam atendidas, é necessário um novo modelo de atuação da equipe de saúde bucal. Os poucos estudos publicados que avaliaram a atuação destas equipes mostraram alguns indícios de mudanças que convivem com o modelo tradicional de serviços de saúde<sup>9</sup>.

Contudo, estes estudos foram realizados na perspectiva dos usuários e dos próprios trabalhadores em saúde bucal, sendo desconhecido o olhar dos demais componentes da equipe de saúde da família sobre a ESB.

Conhecer a percepção social dos profissionais de saúde atuantes na ESF sobre a ESB, possibilita compreender não somente a realidade do serviço em termos organizacionais e administrativos, mas também como ocorre a relação de trabalho entre os componentes da equipe de saúde da família. Em Goiânia, onde a ESF conta atualmente com 142 equipes de saúde da família, das quais 57 possuem equipe de saúde bucal, a inserção destes profissionais não foi avaliada até o momento.

Assim, o objetivo do presente estudo é conhecer a atuação da ESB e o impacto das suas ações na condição de saúde bucal da população na percepção dos demais integrantes da equipe, no município de Goiânia.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi desenvolvido dentro da perspectiva da abordagem qualitativa de pesquisa<sup>10</sup>.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (Protocolo nº. 152/2008).

O estudo foi realizado no município de Goiânia-GO, cuja população residente estimada em 2008 era de 1.265.394 habitantes<sup>11</sup>. Obedecendo ao princípio de descentralização do SUS, o município está dividido em sete Distritos Sanitários (Norte, Leste, Oeste, Sul, Sudoeste, Noroeste e Campinas-Centro). Em Goiânia, a ESF foi implantada em 1998. As primeiras 14 equipes de saúde bucal foram implantadas somente em 2005<sup>12</sup>. Até o mês de julho de 2009, segundo informações da Coordenação de Saúde Bucal da ESF da Secretaria Municipal de Saúde, havia 142 equipes de saúde da família e 57 ESB, sendo 19 equipes da modalidade tipo I e 38 da modalidade tipo II.

Os sujeitos desta pesquisa foram profissionais de saúde lotados nas equipes de saúde da família e que, no período da pesquisa, tinham atuado por no mínimo um ano em equipe contemplada com ESB. Os critérios de exclusão foram: ser profissional da ESB (cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal) e ter tempo de atuação inferior a um ano em equipes de saúde da família com ESB.

Atendendo ao que tem sido proposto na literatura<sup>10,13</sup>, foi estipulado um número de dez participantes por grupo focal, visando a otimização da técnica escolhida para a coleta de dados e prevendo os não comparecimentos.

Um total de 40 profissionais apresentou os critérios citados e foram convidados a participar da pesquisa. Os convites foram encaminhados por meio das cirurgiãs-dentistas supervisoras de cada distrito.

A técnica utilizada foi a de grupo focal, considerada como um tipo de entrevista de grupo, porém com interação entre seus participantes, a partir de

tópicos fornecidos pelo pesquisador-moderador <sup>14,15</sup>. Assim, baseada no manual publicado pela Organização Mundial de Saúde sobre grupo focal<sup>13</sup>, a coleta de dados foi operacionalizada entre os meses de janeiro a abril de 2009. Por meio de um roteiro semi-estruturado, os seguintes temas foram abordados: atividades desenvolvidas pela ESB e a opinião sobre as ações de saúde bucal na comunidade. Para o registro das falas durante os encontros, optou-se pela utilização de microfones de lapela conectados a uma mesa de som que gravava as falas em um notebook, através de um *software* apropriado para este registro (Live Lite 6 M – Audio Enhanced Edition)<sup>1</sup>.

Foram realizados quatro grupos focais, sendo dois com turmas mistas de agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem (AE) e dois também com turmas mistas de médico(a)s e enfermeiro(a)s. O agrupamento das categorias profissionais em nível médio e fundamental (ACS e AE) e nível superior, ocorreu para evitar intimidação ou constrangimento entre aqueles com menor grau de instrução e nível hierárquico dentro da equipe ao discutir os tópicos propostos.

O primeiro grupo focal foi realizado em uma igreja em construção próxima às unidades de origem dos ACS e AE. Devido à fragilidade do equipamento eletrônico utilizado para gravação das falas, os demais grupos foram realizados na sala de reuniões da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG). Os ACS que para lá se deslocaram, tiveram seus gastos com deslocamentos ressarcidos, conforme constava no Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Este documento foi lido aos participantes pela pesquisadora principal e suas assinaturas recolhidas antes do início da gravação dos grupos.

Além da pesquisadora principal, outros quatro componentes participaram da coleta de dados como auxiliares de pesquisa, ora operando os equipamentos para gravação do áudio das entrevistas ora como observadores para registro das mesmas. Estes auxiliares eram dois mestrandos, uma acadêmica e uma professora da FO/UFG que participaram previamente de um

---

<sup>1</sup> ABLETON. **Live Lite 6 M – Audio Enhanced Edition**. Disponível em: [http://www.ableton.com/pages/downloads/live\\_packs/archive](http://www.ableton.com/pages/downloads/live_packs/archive)

seminário sobre pesquisa qualitativa ofertado pela instituição. O grupo de trabalho se reuniu antes do início da coleta de dados para os devidos repasses e alinhamento das ações a serem desenvolvidas durante a coleta.

As gravações foram transcritas e seus conteúdos submetidos à Análise de Conteúdo Temática segundo Bardin (2008)<sup>16</sup> pela pesquisadora principal e outras duas componentes da equipe de pesquisa, buscando conferir maior confiabilidade à análise dos dados.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **Caracterização dos participantes**

Dos 40 profissionais convidados, 23 aceitaram participar do estudo, provenientes de nove unidades dos Distritos Sanitários Norte (N=01), Leste (N= 05) e Oeste (N= 03). A composição dos participantes nos grupos de acordo com a sua categoria profissional encontra-se na Quadro 1.

A adesão foi maior entre os ACS, havendo participação também de AE, enfermeiras e médicos. O tempo médio de atuação destes profissionais na ESF foi de aproximadamente sete anos, visando de um a 11 anos. A atuação em equipes com ESB apresentou média de quatro anos, o mínimo também de um ano sendo o máximo de oito. O número de participantes oscilou entre quatro a nove voluntários por grupo, o que não impediu a realização da coleta de dados mesmo nos encontros com menor número de participantes (Quadro 1).

**Quadro 1 – Composição dos grupos focais por categoria profissional e tempo de duração da coleta dos dados**

Grupos focais	Categoria Profissional				Duração da coleta dos dados (hh/mm/ss)
	Agente Comunitário de Saúde	Auxiliar de Enfermagem	Enfermeiro(a)	Médico(a)	
1	07	02	-----	-----	01:20:16
2	03	03	-----	-----	01:02:08
3	-----	-----	03	01	00:44:55
4	-----	-----	01	03	00:37:01
<b>Total</b>	10	05	04	04	03:44:20

Embora os grupos três e quatro tenham apresentado tempo de duração menor do que o geralmente relatado na literatura, que é de uma a duas horas<sup>13,15,17,18</sup>, optou-se por não desconsiderá-los uma vez que esta brevidade deu-se naturalmente. As categorias de profissionais participantes destes grupos eram os de nível superior e os voluntários foram bastante objetivos em seus relatos, ao contrário das demais categorias.

**Atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde Bucal**

Quando solicitados a identificarem quais as atividades desenvolvidas pela ESB, as atividades de recuperação em saúde bucal emergiram com bastante frequência e ênfase.

De um modo geral, as ações relatadas são condizentes com as preconizadas pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – DPNSB, do Ministério da Saúde<sup>17</sup>(Quadro 2). Como ações de recuperação, foram citados procedimentos clínicos (restauração e profilaxia) e o encaminhamento para a atenção especializada. A ação de planejamento e diagnóstico citada foi o levantamento de necessidade de tratamento. As atividades educativas e preventivas citadas foram palestras, apresentações teatrais, escovação supervisionada e visitas domiciliares. Uma categoria diferente das elencadas pelas DPNSB emergiu: a das ações administrativas, que no presente estudo refere-se às participações nas reuniões gerais da equipe e as atividades referentes ao agendamento do tratamento odontológico.

**Quadro 2 – Atividades realizadas pela Equipe de Saúde Bucal segundo os participantes dos grupos focais. Profissionais da Estratégia Saúde da Família, Goiânia-GO, 2009.**

Categorias de atividades	GRUPO 1 (Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem)	GRUPO 2 (Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem)	GRUPO 3 (Enfermeiras e médicos)	GRUPO 4 (Enfermeiras e médicos)
Atividades de diagnóstico, planejamento e recuperação	X	X	X	
Atividades educativas / preventivas	X		X	
Atividades administrativas	X			X

Ao abordar o processo de trabalho em saúde bucal, as DPNSB<sup>17</sup> recomendam que 75 a 85% da carga horária contratada por ESB, seja destinada à assistência e de 15 a 25% às atividades como planejamento,

capacitação e atividades educativas coletivas. Este documento estabelece ainda que as atividades educativas sejam desempenhadas preferencialmente pelo pessoal auxiliar.

Pelos relatos, as ESB desenvolvem as ações de acordo com as propostas pelo Ministério da Saúde, porém, as atividades educativas ainda são executadas na maioria das vezes pelos CD, limitando assim a participação tanto do pessoal auxiliar em odontologia quanto dos ACS. Além disso, as visitas domiciliares e atividades comunitárias com finalidade educativa foram citadas como opções de atuação da ESB para os momentos quando não há condições de trabalho para a assistência clínica, pois:

*[...]o tempo que ele (CD) gasta lá na área fazendo as atividades ele está no consultório atendendo o paciente que a demanda é muito grande [...] (ACS 3)*

Esta dedicação do CD às atividades clínicas foi constatada em estudos anteriores que avaliaram a atuação das ESB na ESF. Os autores sugerem que tanto o perfil dos profissionais atuantes na ESF quanto sua formação acadêmica tem influência sobre sua ênfase neste tipo de atividade<sup>18-23</sup>.

Estudos que abordaram a representação social do cirurgião-dentista mostraram que no imaginário social, a primeira idéia de concepção desta categoria profissional está fortemente arraigada a sua atuação clínica<sup>24,25</sup>. Portanto, a atuação do CD restrita ao *lôcus* do consultório odontológico é esperada pela população.

Em relação às atividades educativas realizadas pelo CD, dois relatos merecem destaque por que resultam de experiências dos profissionais participantes dos grupos focais quando submetidos à assistência odontológica. O primeiro é o relato de uma auxiliar de enfermagem que concorda com a adoção de abordagem educativa mais enérgica e o segundo, o forte relato de uma das participantes sobre sua experiência enquanto mãe de um(a) paciente.

*Mas você sabe que eu sou a favor da bronca? Tem que saber dar a bronca porque passar a mão na cabeça, porque por exemplo, o meu dentista é particular mas ele, a última vez que eu tive lá, ele me deu uma bronca e foi bom*

*pra mim [...] Claro que o paciente reclamava e o paciente vai reclamar mesmo, né, ele quer que chega lá e passa a mão na cabeça! (AE1)*

*Dá uma bronca, dá, mas assim, tem um jeitinho também. Eu, uma experiência que eu tive, eu perdi um programa do bebê do meu filho, por causa justamente disso [...] levei ele (o filho) a primeira vez. “Ele mama de madrugada?” (perguntou a CD do programa) “Mama, no peito”. Ele [...] tava com sete, oito meses [...] Chegava no outro mês, realmente eu tentava tirar as mamadas da madrugada, eu não conseguia! Aí, ela perguntava: “Continua mamando nas madrugadas?” Na terceira vez ela: “Então, o que você está fazendo aqui, se você não conseguiu tirar nem o peito do seu menino de madrugada?” Ai, eu num voltei nunca mais ... Só consegui tirar a mamada do meu filho quando eu desmamei total! (ACS 3)*

As abordagens acima descritas podem ser analisadas sobre dois aspectos. O primeiro é o fato de considerar o indivíduo como o único responsável por sua condição de saúde e por isso enfatizar a mudança de hábitos ou comportamentos como regra para prevenir o adoecimento<sup>26-28</sup>. Este tipo de abordagem culpabilizadora, individualista e profissional dependente, tem sido criticada por não apresentar mudanças sustentáveis em saúde bucal e principalmente por desconsiderar a relevante interferência dos determinantes sociais sobre o processo saúde-doença<sup>27,28</sup>.

Apesar de criticada, a referida abordagem é comum nas atividades educativas e, conforme o primeiro relato, é aceita por profissionais e pacientes como uma abordagem conveniente. Costa, Rocha e Menezes<sup>29</sup> em seu estudo sobre as ações de promoção de saúde realizadas pelos CD das ESB dos municípios de Goiânia e Anápolis-GO, constataram que os profissionais pesquisados focalizam as mudanças de comportamento dos indivíduos em suas ações educativas. A educação em saúde deve ser concebida entre os profissionais atuantes na ESF como uma forma de capacitar a comunidade para terem o controle sobre a sua saúde e condições de vida<sup>30,31</sup>.

O segundo aspecto que merece destaque é o fato de a profissional do segundo relato preconizar a interrupção do aleitamento materno no período noturno como uma normatização inquestionável por parte da mãe do paciente,

desprezando seus sentimentos enquanto mãe, sua representação social da maternidade e sua auto-estima<sup>32</sup>.

Além de promover a educação em saúde na comunidade, o CD da ESB tem como atribuições capacitar os demais profissionais da equipe, abordando temas relacionados à saúde bucal, planejar e supervisionar a atuação destes profissionais em atividades educativas<sup>33</sup>. Contudo, alguns profissionais de nível médio entrevistados parecem desconhecer essas atribuições e manifestaram sua indignação com o fato de ACS participarem das escovações supervisionadas, como nos relatos que se seguem:

*[...] eu nem concordo com isso, que essa parte da escovação ACS tem que fazer?! [...] Eu acho que é cada um no seu quadrado (Auxiliar de enfermagem 4)*

*Na minha área o dentista é que faz. É um serviço a menos pra eles (porque põe os ACS pra fazer! (Auxiliar de enfermagem 3)*

A orientação de higiene bucal é uma das atividades pertinentes à ESB. Porém, assim como os cuidados com a higiene do corpo, devem ser abordados por quaisquer profissionais da área da saúde em atividades educativas. O cuidado com a boca e dentes não deve ser orientação exclusiva da equipe de saúde bucal, pois reforça a concepção fragmentada do indivíduo.

Entre os profissionais de nível superior, houve relato de participação do pessoal auxiliar da ESB em atividades educativas e tal atuação foi interpretada como questão de perfil profissional.

*[...] assim fazia o trabalho educativo também, mas acabava que ficava mais no consultório. [...] uma vez a gente chamou a odontologia e a odontologia foi e fez um trabalho maravilhoso ,mas assim [...] depende, como você falou, tem hora que o THD (Técnico em Saúde Bucal- TSB) avança mais um pouquinho, tem hora que o cirurgião-dentista, tem hora que é o auxiliar de consultório dentário (Auxiliar em Saúde Bucal - ASB). É essa a diferença que eu tô falando, do profissional mesmo! Tem uns que já estão mais querendo trabalhar em atividade educativa, em grupo, e outros não [...] Acho que depende do profissional. (Enfermeira 2)*

O perfil do profissional que atua na ESF está vinculado não só as características pessoais deste, como também à sua formação enquanto profissional de saúde. Na maioria das ESB, os CD que nelas atuam foram formados dentro da lógica hegemônica voltada para uma atuação mais técnica, mecanicista e especializada<sup>22</sup>. Dentre os profissionais auxiliares somente os técnicos em saúde bucal participaram de curso de formação. Os auxiliares em saúde bucal, até bem pouco tempo, podiam se inscrever junto ao Conselho Federal de Odontologia sem a necessidade de comprovarem tal participação. Assim, o envolvimento profissional com as atividades educativas ocorre em consequência de uma formação voltada para a educação em saúde<sup>34,35</sup>.

Interessante ressaltar que, dentre as estratégias educativas utilizadas, a palestra foi a modalidade mais citada nas falas dos entrevistados, tendo como público alvo também mais lembrado, as crianças tanto em idade pré-escolar quanto escolar<sup>36,37</sup>. Historicamente, os modelos de atenção odontológica priorizam a faixa etária infantil independente da avaliação dos indicadores epidemiológicos para esse público<sup>37</sup>. Um dos fatores que podem favorecer esta preferência seria a facilidade em assistir esta clientela em instituições como escolas e creches. Talvez a palestra seja muito comum entre as abordagens educativas em saúde bucal devido a sua simplicidade operacional caracterizando-se às vezes por mera explanação de seu executor.

A participação da ESB em reuniões de equipe, citada nas falas, foi associada à troca de saberes e ao planejamento de ações. Para Cardoso (2004), as reuniões de equipe podem ser momentos oportunos para a integração daqueles que compõem a equipe da ESF nos quais os profissionais possam trocar experiências, expectativas e somar esforços no sentido de melhorar a convivência e a oferta dos serviços prestados à comunidade<sup>38</sup>.

## Opinião sobre as ações de saúde bucal na ESF e na comunidade

Sobre a atuação da ESB na ESF e junto à comunidade, emergiram das falas dos participantes aspectos relacionados à organização do trabalho em odontologia e às relações interpessoais (Quadro 3).

**Quadro 3 – Aspectos relacionados à atuação da equipe de saúde bucal. Profissionais da Estratégia Saúde da Família, Goiânia-GO, 2009.**

Categorias		GRUPO 1 (Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem)	GRUPO 2 (Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem)	GRUPO 3 (Enfermeiras e médicos)	GRUPO 4 (Enfermeiras e médicos)
Organização do trabalho em odontologia	Demanda e acesso por serviços odontológicos	X	X	X	X
	Equipamentos, manutenção e insumos odontológicos	X	X	X	X
	Tratamento odontológico	X		X	
Relações interpessoais		X	X		X
Impacto das ações na saúde bucal da população		X		X	

Na percepção dos entrevistados, o trabalho odontológico é diferenciado, pois além da complexidade da assistência clínica, requer um aparato de equipamentos e estrutura física que as ESB estudadas não possuem de forma

adequada. Conseqüentemente, tal situação compromete o serviço das ESB e resvala também no trabalho de outros profissionais, principalmente no trabalho do ACS por estar em contato freqüente com a comunidade e por intermediar o agendamento para tratamento odontológico.

*A consulta odontológica é uma consulta diferenciada. A consulta odontológica ela demora, demanda mais tempo que uma consulta médica, que uma consulta de enfermagem. (Médico 1)*

*[...]o dentista da nossa área, [...], ele fica no CAIS (Centro de Assistência Integral a Saúde), então uma das reclamações, enorme que tá tendo, é paciente que já está em tratamento tá, [...] e o aparelho lá estraga quase todo dia. Então, um tratamento que duraria um mês, tem paciente ali que tá há quatro meses e não termina porque sempre a caneta estraga. [...]falta sempre material, então hoje eu não vou arrancar dente porque falta não sei o que, [...] então na nossa área isso aí é difícil. (Auxiliar de enfermagem 2)*

*[...]aí tudo demora muito e aí tem que desmarcar a população e aí os pacientes ficam nervosos e aí as coitadas das meninas (auxiliares) tem que ficar explicando o que aconteceu [...] é agente de saúde, [...] fala: “oh a gente não agüenta mais porque toda vez quebra uma coisa, ou falta alguma coisa” [...]. acho que desgasta a imagem da odontologia. (Enfermeira 2)*

A demanda reprimida por tratamento odontológico foi um fator frequentemente citado pelos participantes como complicador da atuação das ESB. Além disso, comentou-se sobre o número insuficiente de profissionais de saúde bucal para a devida cobertura da população assistida pela estratégia.

*Era desse mesmo jeito, né, um sufoco porque uma pessoa para atender esse mundo de gente [...] população insatisfeita, cobrando também da mesma forma que cobra agora (Auxiliar de enfermagem 2)*

*Resumindo o centro do problema é demanda demais e funcionário de menos. (Agente comunitário de saúde 7)*

Estudos sobre a saúde bucal na ESF de outros municípios brasileiros<sup>23,</sup>  
<sup>39, 40</sup> também identificaram a forte relação entre demanda e processo de trabalho odontológico, comprometendo o sucesso deste último.

Apesar do Ministério da Saúde<sup>33</sup> preconizar a proporção de uma ESB para até duas equipes de saúde da família, o município de Goiânia ainda não alcançou a proporção recomendada, pois, durante o período de realização desta pesquisa, Goiânia possuía 57 ESB para 142 equipes de saúde da família, resultando na proporção aproximada de uma ESB para três equipes de saúde da família.

Com a baixa cobertura populacional e a grande necessidade de assistência odontológica principalmente entre os adultos, registrada nos dados do último levantamento em saúde bucal realizado nacionalmente<sup>41</sup>, as ESB enfrentam dificuldades em restringir a atenção em saúde à população adscrita e de planejar em conjunto com os demais profissionais da equipe de saúde da família as ações segundo as necessidades desta população<sup>42, 43</sup>.

O agendamento para o tratamento odontológico também surge como fator complicador na organização do trabalho odontológico ligado a demanda.

*Na minha equipe assim a gente vê [...] dificuldade de agendamento mesmo [...] eles liberam uma vez por mês as senhas. Parece que são trinta senhas né? [...] mas o dentista lá atende muito mais [...] Fora a demanda (espontânea). [...] mas o pessoal assim reclama [...] da forma que está sendo o agendamento. (Médico 2)*

*Uma coisa também que eu acho bem difícil [...] lá pra nos é o agendamento porque o agendamento [...] ninguém conseguiu acertar [...]. Desde que começou, [...] eles (dentistas) nunca conseguiram. Acho que tinha que ter assim, eles (dentistas) se reunirem e achar um método para agendamento.*

*(Auxiliar de enfermagem1)*

Segundo Pinto<sup>42</sup>, a demanda reprimida e conseqüentemente a dificuldade de realização do agendamento para tratamento odontológico, poderiam ser solucionados através do planejamento da atuação das ESB conforme as necessidades em saúde bucal da comunidade assistida, priorizando o atendimento àquelas pessoas com necessidades urgentes.

Todavia, Roncalli<sup>44</sup> alerta que “um dos grandes conflitos com os quais hoje se defronta a organização da assistência odontológica é manter a

racionalidade e a praticidade do atendimento a grupos priorizados sem, no entanto, comprometer a universalidade e, além disso, manter as características de um sistema eficaz e resolutivo”.

Manfredini (2003)<sup>45</sup> enfatiza a importância do acolhimento, da responsabilização e da humanização. O autor sugere a mudança de todo o serviço de saúde, a começar por uma recepção técnica que avalie clinicamente todos os casos que busquem o serviço, priorizando os pacientes mais graves com maior grau de sofrimento. Ou seja, que acolha bem, que ouça a demanda buscando compreender e solidarizar-se com ela, de forma responsável e humanizada. Porém, esta escuta sensível, bem como a condição de saúde bucal, foram pouco relatadas pelos pesquisados e limitados a alguns ciclos de vida:

*[...] o próprio cirurgião dentista vai também, onde a gente chama as mães com as crianças, faz a atividade educativa, vê as necessidades né, da saúde bucal de cada criança, já faz o agendamento quando precisa realmente, no consultório [...]* (Médico 1)

Pela análise dos relatos, ter acesso à assistência odontológica ofertada pela ESB não é garantia de que a população terá todas as suas necessidades em saúde bucal atendidas. Os participantes percebem que, em geral, ocorre uma incompletude do tratamento odontológico relacionado à atenção especializada, como expresso na seguinte fala:

*[...] ainda tá faltando mais alguma coisa, que muitas família [...] que começa o tratamento lá e [...] param. É o que, é uma prótese, [...] é uma cirurgia na gengiva as vezes, é um canal. Que não tem esse complemento, ai ele vem e faz ali só uma restauraçõzinha, uma limpeza, e falta esse resto desse outro tratamento, que às vezes o PSF encaminha [...] e ele não consegue ir em outro lugar. Então o tratamento ele ainda não tá legal. Ainda falta mais alguma coisa.* (ACS 4)

O referenciamento dos pacientes para tratamento de média e alta complexidade também foi considerado como ponto crítico dos serviços de saúde bucal da ESF em outros estudos<sup>18,19,23,36</sup>. Em virtude da baixa oferta de serviços odontológicos especializados na rede pública de saúde, o Ministério da Saúde tem destinado incentivos para implantar e/ou melhorar Centros de Especialidades Odontológicas. O objetivo desta ação é de ampliar e qualificar a oferta de serviços da atenção secundária e terciária em saúde bucal<sup>17</sup>.

Por outro lado, as relações interpessoais entre a ESB e os demais membros da equipe foram citados como aspecto positivo tanto por profissionais de nível médio quanto de nível superior, como se observa nos relatos abaixo.

*O entrosamento das equipe é muito bom! (ACS 3, 7)*

*[...] tem havido uma boa integração com o pessoal da odontologia (Médico 3)*

Além disso, relata-se uma intencionalidade da ESB em ofertar um atendimento humanizado que se esbarra, porém, na grande demanda e nas condições precárias de trabalho.

*[...] nossas duas dentistas são ótimas [...] São dentistas muito humanas [...] abrem a porta e recebem o paciente, com toda educação [...] as dentistas, elas ficam nervosas porque fala assim “a gente fica aqui o período todo, a gente dá palestra tudo, mas não tem nem como [...] trabalhar, porque falta material (ACS 9)*

*(...) embora as condições de trabalho são difícil porque a procura é muito maior do que o SUS oferece, mas é um trabalho muito bom (ACS 10)*

A integralidade das ações de saúde foi abordada na fala que se segue. A equipe de saúde bucal é percebida como um complemento necessário à equipe de saúde da família.

*Eu acho que chegou pra complementar muita coisa, que às vezes a gente ficava faltando e não sabia nem pra quem, como que ia resolver isso, né?! A cobrança pra nós era muito grande, porque tratava da saúde mais ficava sem a parte odontológica [...] acho que facilitou muito o acesso da comunidade e veio pra complementar uma parte grande e importante que tava faltando na saúde*

*da família. Ela só veio a somar e eu acho que facilitou e muito o nosso trabalho. (Médico 1)*

Embora a inserção da saúde bucal na ESF tenha ocorrido posterior a criação desta, o princípio constitucional de atenção integral à saúde não poderia ser pretendido caso a saúde bucal ficasse à margem da ESF. Como ressaltaram Santos e Assis<sup>40</sup> “quem adoece, adoece como um todo, ou seja, uma cárie, uma dor de dente, repercute na boca, no corpo, na alma, na vida.”

A dificuldade de acesso, a incompletude do tratamento odontológico e os problemas com o equipamento odontológico, provavelmente influenciaram a percepção das equipes em relação ao impacto das ações de saúde bucal na comunidade, resultando em conclusões como a seguinte:

*Na minha experiência ainda não houve nada assim que fosse impactante!  
(Médico 3)*

Esta percepção corrobora com os resultados do estudo de Rocha e Goés<sup>46</sup> que, ao compararem o acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela ESF em Campina Grande-PB, concluíram que não houve diferença entre os grupos. Para estes autores, tal fato ocorre em consequência da “não adequação da formação profissional, pela influência dos fatores sócio-demográficos, como idade e renda e o direcionamento das políticas para grupos prioritários, principalmente crianças em idade escolar”<sup>46</sup>.

As famílias assistidas pela ESF geralmente apresentam desigualdades sociais que muito influenciam sua condição de saúde bucal. Pesquisas que monitorem esta relação fazem-se necessárias para uma avaliação mais contundente do impacto das ações da ESB da ESF<sup>9, 47</sup>.

O fato de a pesquisa ter sido conduzida por CD, inclusive a etapa de coleta de dados, pode ter implicações nos resultados e isto precisa ser considerado. Sabe-se que os ambientes histórico, filosófico e cultural exercem influência sobre o pesquisador social<sup>48</sup>, assim como sua história pessoal e bagagem cultural<sup>49</sup>. Na pesquisa qualitativa, esta influência é reforçada pelo

contato direto entre pesquisador e sujeitos do estudo, afetando a sensibilidade daquele que conduz a pesquisa<sup>50</sup>. A pesquisadora principal reconhece que suas experiências vividas e o seu contexto modelaram, de certa forma, seu olhar sob o objeto de estudo.

Por fim, deve ser considerada a contribuição da metodologia qualitativa na pesquisa em saúde. Os serviços de saúde geralmente têm suas avaliações pautadas no monitoramento de indicadores e dados. Contudo, como o trabalho em saúde é permeado por elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que deles participam, a metodologia qualitativa complementa a avaliação dos serviços de saúde ao permitir o conhecimento destes elementos e a sua relação com o serviço e o trabalho em equipe<sup>51</sup>.

Devido à particularidade dos relatos aqui apresentados, outros estudos sobre a atuação das equipes de saúde bucal de outras localidades brasileiras fazem-se necessários.

#### **4. CONCLUSÃO**

Na percepção dos profissionais da ESF participantes do presente estudo, a atuação da equipe de saúde bucal caracteriza-se pela ênfase em ações curativas. Esta atuação é afetada pelo grande volume de necessidade de tratamento, alta demanda, baixa cobertura e baixa resolutividade, resultantes da alta complexidade da atenção clínica odontológica e de constantes problemas nos equipamentos e falta de material. Contudo, o relacionamento interpessoal das ESB foi considerado positivo das opiniões divergentes sobre o impacto das ações na condição de saúde bucal na população assistida pela ESF, podendo ser considerado como um fator facilitador do cuidado integral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 28 dez.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. [Acessado 2008 Ago 18] 125 p. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/publicacoes.php>.
3. FEUERWEKER LCM, SENA RR. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que tem a ver com nossa vida? *Olho Mágico* 1999; 5: 18.
4. SAAR SRC, TREVIZAN MA. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Rev. latinoam. enferm.* 2007; 15(1): 106-12.
5. PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. saúde pública.* 2001; 35(1): 103-9.
6. NARVAI PC. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2002. 120 p.
7. TEIXEIRA MCB. *O lugar do cirurgião-dentista no trabalho de equipe em saúde: uma perspectiva interdisciplinar* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2003.
8. MOYSÉS SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Rev. ABENO* 2004; 4(1): 30-7.
9. FIGUEIREDO CRV, SOARES FF, BORGES NCN, JORDÃO RA. *Levantamento da publicação sobre a saúde bucal na estratégia saúde da família* [monografia]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2007.
10. MINAYO CMC, DESLANDES SF, GOMES R. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 25ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007. 108p.

11. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2008, segundo os municípios*. Brasília: IBGE, 2008 [Acessado 2009 Jul 05]. 136p. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP\\_2008\\_TCU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP_2008_TCU.pdf)
12. REIS LBM. *Processo de inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Goiânia na percepção dos atores envolvidos* [dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2006.
13. DAWSON S, MANDERSON L, TALLO VL. *A manual for the use of focus groups*. Boston-MA: INFDC/WHO, 1993. p. 96.
14. CARLINI-COTRIM B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. saúde pública*. 1996; 30(3): 285-93.
15. MINAYO CMC. Técnicas de pesquisa. In: MINAYO CMC. *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; São Paulo: Editora HUCITEC, 2008. p. 261-297
16. BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008. p. 281.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004. [Acessado 2009 Jul 29]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf)
18. FARIAS MV, MOURA ERF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família do município de Iracema, Ceará. *Rev odontol UNESP* 2003; 32: 131-37.
19. BALDANI HB, FADEL CB, POSSAMAI T, QUEIROZ MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. *Cad. saúde pública*; 2005; 21: 1026-35.
20. OLIVEIRA JLC, SALIBA NA. Atenção odontológica no programa saúde da família de Goytacazes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10: 297-302.

21. ARAÚJO YP, DIMENSTEIN M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11(1): 219-27.
22. CERICATO GO, GARBIN D, FERNANDES APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *RFO UPF* 2007; 12(3): 18-23.
23. VILARINHO SMM, MENDES RF, PRADO JÚNIOR RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em Teresina (PI). *Rev. odonto ciênc.* 2007; 22: 48-54.
24. CRUZ JS, COTA LOM, PAIXÃO HH, PORDEUS IA. A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1997; 11(4): 307-13.
25. NOVAIS TO. *Integralidade e saúde bucal na percepção de participantes de movimentos sociais e do SUS* [dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2007.
26. BESEN CB, NETTO MS, DA ROS MA, SILVA FW, SILVA CG, PIRES MF. A Estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. *Saúde Soc.* 2007; 16(1): 57-68.
27. MOYSÉS ST, WATT R. Promoção de saúde bucal – definições. In: BUISCHI YP. *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 3-22.
28. CROUCHER R. General dental practice, health education, and health promotion: a critical reappraisal. In: SCHOU L, BLINKHORN AS. *Oral Health Promotion*. United Kindom: Oxford University Press, 1993. p. 153- 168.
29. COSTA CM, ROCHA DG, MENEZES LD. Ações de promoção da saúde realizadas pelos cirurgiões-dentistas na estratégia saúde da família. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.* 2008; 8(Supl): 31.

30. ALVES VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface comun. Saúde educ.* 2005; 9(16): 39-52.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.
32. MORAES ABA, ONGARO S. Contribuição da Psicologia da saúde à Odontologia. In: BOTAZZO C, FREITAS SFT, organizadores. *Ciências Sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: EDUSC, 1998. p. 87-103.
33. BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 28 mar.
34. QUELUZ DP. Recursos humanos na área odontológica. In: Pereira AC et al. *Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 140-159.
35. RODRIGUES M P. *O perfil dos profissionais de saúde bucal dos serviços de saúde pública do Rio Grande do Norte*. [Acessado 2009 Nov 10]. Disponível em: [www.observatório.nesc.ufrn.br/texto\\_perfil03.pdf](http://www.observatório.nesc.ufrn.br/texto_perfil03.pdf)
36. SOUZA TMS, RONCALLI AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. saúde pública*. 2007; 23(11): 2727-39.
37. ALMEIDA GCM, FERREIRA MAF. Saúde Bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad. saúde pública*. 2008; 24(9): 2131-40.
38. CARDOSO CL. Relações interpessoais na equipe do Programa Saúde da Família. *Rev. APS* 2004; 7(1): 1-6.

39. RODRIGUES AAAO, ASSIS MMA. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo e trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas - Bahia. *Rev. baiana saúde pública* 2005; 29(2): 273-285.
40. SANTOS AM, ASSIS MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11(1): 53-61.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.
42. PINTO VG. Planejamento. In: PINTO VG. *Saúde bucal coletiva*. 5 ed. Rio de Janeiro: Santos Livraria, 2008. p. 19-41.
43. FERNANDES JD, ARAÚJO FA, FERNANDES J, REIS LS, GUSMÃO MCCM, CORREIA VS. Competência interpessoal como instrumento do trabalho em saúde. *Rev baiana enferm.*, 2003; 18(1/2): 57-66.
44. RONCALLI AG. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva* [tese]. Araçatuba (SP): Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.
45. MANFREDINI MA. Planejamento em saúde bucal. In: PEREIRA AC et al. *Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 50-63.
46. ROCHA RACP, GÓES PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. saúde pública*. 2008; 24(12): 2871-80.
47. RONCALLI AG. Epidemiologia das desigualdades em saúde bucal com foco em famílias. In: MOYSÉS ST, KRIEGER L, MOYSÉS SJ. *Saúde Bucal das Famílias*. 1ª ed. São Paulo:Artes Médicas, 2008. p.170-193.

48. TURATO ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 3 ed. Petrópolis-RJ: Editora Vozes; 2008. 688p.
49. LÜDKE M, ANDRÉ MEDA. *Pesquisa em educação - Abordagens qualitativas*. São Paulo-SP: Editora Pedagógica e Universitária Ltda; 2004. 99 p.
50. BODSTEIN R, ZANCAN L. Avaliação das ações de promoção de saúde em um contexto de pobreza e vulnerabilidade social. In: BODSTEIN R, MARCONDES WB. *Promoção de saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manginhos-RJ*. Rio de Janeiro-RJ: ABRASCO/FIOCRUZ; 2002. p.39-59.
51. DESLANDES SF. Concepções em pesquisa social: articulações como campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad. saúde pública*. 1997; 13(1): 103-7.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Ainda que no imaginário social prevaleça a figura de mutilador e de atuação restrita ao consultório odontológico, a imagem do cirurgião-dentista constatada neste estudo foi a de um profissional de saúde que, assim como os demais profissionais, busca adequar-se às novas mudanças do cuidado em saúde, instigados pelos princípios do SUS e conseqüentemente, pela criação da Estratégia Saúde da Família.

Percebe-se também a forte relação que a organização do processo de trabalho e a formação profissional exercem sobre esta adequação do CD e da equipe de saúde bucal revelando-se como questões que devem ser consideradas na sua totalidade ao se planejar o serviço público de saúde.

Assim como relatado nos estudos sobre o tema (FIGUEIREDO et al., 2007), planejamento e avaliação dos serviços de saúde são práticas incipientes. Tal fato sugere o questionamento sobre a formação dos gestores dos serviços públicos de saúde.

Apesar das iniciativas no campo da educação superior no intuito de formar um CD com características condizentes com o trabalho em equipe, ainda não se obteve uma mudança concreta, pois se trata de um processo contínuo de formação. O Pró-saúde, se implantado e implementado a contento, contribuirá imensamente com este processo ao estimular, entre outras iniciativas, a formação acadêmica nos espaços físicos do serviço dentro do contexto da atuação em saúde, ou seja, no chão das unidades.

Em relação aos profissionais de saúde que foram formados ainda no modelo hegemônico e que compõem as equipes de saúde da família, cabe ao serviço em parceria com as instituições formadoras, ofertar programa de educação continuada na tentativa de dirimir as lacunas deixadas por uma formação tecnicista e especializada.

## REFERÊNCIAS<sup>3</sup>

---

AMORIM, V.C.S; SANTOS, M.F.S. Visão que a criança tem do dentista através da interpretação de desenhos. **Rev. ABO nac**; v. 7, n. 6, p. 359-63, 1999-2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2002. 125 p. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/publicacoes.php>. Acesso em: 18 ago. 2008.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2008, segundo os municípios**. Brasília: IBGE, 2008. 136p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP2008TCU.pdf> Acesso em: 05 jul. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008. 281 p.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. bras. enferm.**, v. 57, n.5, p. 611-4, 2004.

CHAVES, M. C.; MIRANDA, A. S. Discursos de cirurgiões dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de *habitus* na Saúde Pública. **Interface comun. saúde educ.**, v. 12, n. 24, p.153-67, 2008.

---

<sup>3</sup> As referências apresentadas neste capítulo referem-se àquelas citadas na Introdução e nos Procedimentos metodológicos

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. saúde pública**, v. 30, n. 3, p.285-93, 1996.

DAWSON, S; MANDERSON, L; TALLO, V. L. **A manual for the use of focus groups**. Boston-MA: INFDC/WHO, 1993. 96 p.

FEUERWEKER, L.C.M; SENA, R.R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que tem a ver com nossa vida? **Olho Mágico**, v. 5, n. 18, 1999.

FIGUEIREDO, C. R.V; SOARES, F. F; BORGES, N. C.N; JORDÃO, R. A. **Levantamento da publicação sobre a saúde bucal na estratégia saúde da família**. 2007. 105 f. Monografia (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva)- III Curso de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 198 p.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Rev. ABENO**, v.4, n.1, p. 30-7, 2004.

MINAYO, C. M. C. Técnicas de pesquisa. In: MINAYO, C. M. C. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; São Paulo: Editora HUCITEC, 2008. p. 261-297

MINAYO, C.M.C; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 25ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007. 108 p.

---

<sup>3</sup> As referências apresentadas neste capítulo referem-se àquelas citadas na Introdução e nos Procedimentos metodológicos

NARVAI, P.C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2002. 120 p.

NOVAIS, T.O. **Integralidade e saúde bucal na percepção de participantes de movimentos sociais e do SUS**. 2007. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007.

PADILHA, W. W. N; VALENÇA, A.M.G; CAVALCANTI, A. L; GOMES, L. B; ALMEIDA, R. V. D; TAVEIRA, G, S. Planejamento e programação odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: estudo qualitativo. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.**, v. 5, p. 65-75, 2005.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. saúde pública**, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

REIS LBM. **Processo de inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Goiânia na percepção dos atores envolvidos**. 2006. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

SAAR, S. R.C; TREVIZAN, M.A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Rev. latinoam. enferm.**, v.15, n.1, p. 106-12, 2007.

TEIXEIRA, M.C.B. **O lugar do cirurgião-dentista no trabalho de equipe em saúde: uma perspectiva interdisciplinar**. 2003. 123f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2003.

---

<sup>3</sup> As referências apresentadas neste capítulo referem-se àquelas citadas na Introdução e nos Procedimentos metodológicos

## **APÊNDICES**

---

**Apêndice A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

**Apêndice B – Carta convite enviada aos profissionais participantes**

**Apêndice C – Roteiro semi-estruturado utilizado durante os grupos focais**

**Apêndice D – Matriz de codificação e categorização**

**Apêndice E - Carta enviada ao Secretário Municipal de Saúde de Goiânia-GO**

---



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa científica realizada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone 3521-1075 ou 3521-1076.

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Título do Projeto: **Percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação da equipe de saúde bucal em Goiás.**

Pesquisadora Responsável: **Érika Fernandes Soares**

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): **(62) 9976-4558**

Pesquisadores participantes: **Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria do Carmo Matias Freire**

Telefones para contato: **(62) 3209-6059**

---

## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Descrição da pesquisa:

- Esta pesquisa é parte de um projeto de mestrado cujo objetivo é conhecer a percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação da equipe de saúde bucal no Estado de Goiás. Sua participação ocorrerá por meio de entrevistas em grupo, gravadas, com duração aproximada de uma hora, durante as quais será perguntado sobre como é trabalhar na Estratégia de Saúde da Família; a participação dos profissionais nas atividades da equipe e sobre o trabalho da equipe de saúde bucal.
- Durante a sua participação você poderá se sentir constrangido em expressar sua opinião, mas as informações obtidas serão sigilosas e a sua identidade será preservada. Você também tem o direito de retirar esse consentimento a qualquer tempo sem qualquer prejuízo a sua pessoa.
- As publicações decorrentes desta pesquisa serão divulgadas em eventos e periódicos científicos, porém mantendo-se sempre a integridade e o anonimato dos participantes da pesquisa.
- Sua participação é voluntária e não estará sujeita às repreensões pelo seu chefe, superior imediato e/ou pelos colegas de equipe. Somente a pesquisadora terá acesso ao conteúdo gravado das entrevistas. Se não quiser participar da pesquisa, não será prejudicado de nenhuma forma.
- Ao contribuir com a pesquisa, você também estará colaborando para o repensar da atuação das equipes de saúde da família e, principalmente, com a equipe de saúde bucal.

Nome e Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Érika Fernandes Soares

.....corte aqui.....

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação da equipe de saúde bucal em Goiás**, como sujeito. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Érika Fernandes Soares sobre a pesquisa, os procedimentos nela

\_\_\_\_\_

**Apêndice A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data

---

Nome e Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

---

Apêndice B – Carta convite enviada aos profissionais participantes



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



Prezado (a) Profissional,

Você está convidado a participar da pesquisa intitulada: “Percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação da equipe de saúde bucal em Goiás”, devidamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás e pelo Secretário Municipal de Saúde de Goiânia, Dr. Paulo Rassi.

A referida pesquisa é realizada por mim e orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria do Carmo Matias Freire, junto aos municípios goianos que possuem equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, como parte da minha dissertação de Mestrado.

Sua participação ocorrerá durante entrevista a serem realizadas em grupo, com outros colegas de profissão e também servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Caso você concorde em participar, solicito a gentileza em comparecer ao endereço: \_\_\_\_\_, a partir das \_\_\_ horas do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. Se por alguma eventualidade não puder comparecer ou não se interessar em participar, favor avisar com antecedência através dos contatos: (62) 9976-4558 / e-mail: [doutoraerika@hotmail.com](mailto:doutoraerika@hotmail.com), para que sua substituição possa ser providenciada.

Não será divulgada a identificação das equipes participantes. Os dados obtidos poderão subsidiar o planejamento e avaliação das ações goianas em saúde bucal, principalmente no que tange a formação dos profissionais atuantes nas equipes em estudo.

Desde já agradecemos pela sua colaboração e nos colocamos à disposição para os eventuais esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

---

Érika Fernandes Soares  
Pesquisadora Responsável

---

## Apêndice C – Roteiro semi-estruturado utilizado durante os grupos focais

Roteiro:

- 1) Características dos profissionais para o trabalho em equipe;
  - 2) Profissionais da equipe que apresentam estas características;
  - 3) Opinião da população e dos profissionais sobre o atendimento odontológico e seu resultado na saúde bucal;
  - 4) Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal.
-

Apêndice D – Matriz de codificação e categorização

**Matriz de codificação e categorização das unidades de registro do texto transcrito referente às respostas das questões 1 e 2 dos grupos focais**

Unidades de análise	Codificação	Categorização
Capacitação/preparação para atuar na ESF antes Tem que gostar (do trabalho comunitário / trabalho em equipe) Comprometimento com a Estratégia Saúde da Família Ter a visão do PSF como promoção de saúde e prevenção da doença Querer trabalhar com pessoas carentes Relação com a comunidade Integração com a comunidade interação com o paciente Aceitar a comunidade como ela é Ter vínculo com a comunidade Disponibilidade / ser acessível	Ser um CD com perfil para Saúde Pública	Competência profissional
Ter diálogo Comunicação	Capacidade de comunicação	Competência interpessoal
Companheirismo Receptividade, estar aberto Interesse Bom acolhimento (sorriso, brincadeira, conversa) Facilidade de lidar com as pessoas Parceria Ter muita paciência	Bom relacionamento	
Ser ético	Ética	
Ser dinâmico, criativo em situações difíceis	Criatividade em situações difíceis	
Estar equilibrada todos os dias	Equilíbrio emocional	



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



Para: Dr. Paulo Rassi

Secretário (a) Municipal de Saúde de Goiânia

Goiânia, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

Prezado (a) Senhor (a),

Venho por meio deste, solicitar a vossa senhoria autorização e colaboração de sua Secretaria para a realização da pesquisa intitulada: “Percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação da equipe de saúde bucal em Goiânia”, devidamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás.

A referida pesquisa será desenvolvida pela mestranda cirurgiã-dentista Érika Fernandes Soares e orientada por mim, no período de 12/2008 a 12/2009, junto aos profissionais das equipes de saúde da família que possuam equipes de saúde bucal. Somente participarão os sujeitos que concordarem em participar da pesquisa e assinarem um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Não será divulgada a identificação das equipes participantes. Os dados obtidos serão apresentados no formato de dissertação de mestrado, podendo subsidiar o planejamento e avaliação das ações goianienses em saúde bucal, principalmente no que tange a formação dos profissionais atuantes nas equipes em estudo. Informamos que a pesquisa será desenvolvida com recursos da pesquisadora e da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, sem qualquer ônus para os municípios participantes.

---

Anexo a esta carta, segue Termo de Concordância a ser preenchido por vossa senhoria, caso concorde com a pesquisa.

Desde já agradecemos pela sua colaboração e nos colocamos à disposição para os eventuais esclarecimentos que forem necessários através dos contatos: fone: (62) 9976-4558 / e-mail: doutoraerika@hotmail.com

Atenciosamente,

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria do Carmo Matias Freire  
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás

## **ANEXOS**

---

**Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás**

**Anexo 2 – Termo do Secretário Municipal de Saúde de Goiânia-GO concordando com a realização da pesquisa**



PROTOCOLO N.  
152/2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**I – Identificação:**

– **Título do projeto:** Percepção da Equipe da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação da Equipe de Saúde Bucal em Goiás.

– **Pesquisador Responsável:** Érika Fernandes Soares

**VI – Parecer do CEP:**

- Após análise dos documentos anexados, pelos pesquisadores, em atenção aos itens pendentes, constata-se o atendimento aos requisitos solicitados e por sua vez à resolução CNS 196/96, portanto o parecer, S.M.J deste comitê, é pela **APROVAÇÃO**.

P.S. Observação: Favor verificar as datas para entrega dos relatórios parcial e final

**VII – Data da reunião: 16 /02/2009**

Assinatura do(a) relator(a):

Assinatura do(a) Coordenador(a)/ CEP:

RITA APARELHA ANTERAL  
Coordenadora do CEP/PPPG/UFMG

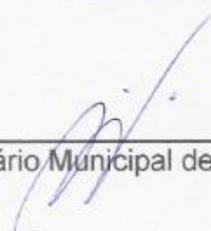
**Anexo 2 – Termo do Secretário Municipal de Saúde de Goiânia-GO concordando com a realização da pesquisa**

**TERMO DE CONCORDÂNCIA**

Eu, Paulo Rassi, Secretário Municipal de Saúde de Goiânia, declaro que fui devidamente esclarecido a respeito da pesquisa: "Percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação da equipe de saúde bucal em Goiás", e concordo com a realização da mesma no referido município.

Local: Goiânia

Data: 02/12/2008.

  
\_\_\_\_\_  
Secretário Municipal de Saúde