

LABORO – CENTRO DE CONSULTORIA E EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALCIDES VALE JÚNIOR
ELLEN CRYSTHIE CASTRO VELOSO
JOSÉ MARQUES TEXEIRA FILHO

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL
NO MUNICÍPIO DE PAÇO DO LUMIAR – MA:
com a palavra o usuário

São Luís
2008

**ALCIDES VALE JÚNIOR
ELLEN CRYSTHIE CASTRO VELOSO
JOSÉ MARQUES TEXEIRA FILHO**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL
NO MUNICÍPIO DE PAÇO DO LUMIAR – MA:
com a palavra o usuário**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro – Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sueli Rosina Tonial.

São Luís
2008

**ALCIDES VALE JÚNIOR
ELLEN CRYSTHIE CASTRO VELOSO
JOSÉ MARQUES TEXEIRA FILHO**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL
NO MUNICÍPIO DE PAÇO DO LUMIAR – MA:
com a palavra o usuário**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Saúde da Família da Laboro –
Excelência em Pós-Graduação /
Universidade Estácio de Sá para obtenção
do título de Especialista em Saúde da
Família.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

**Prof^a. Sueli Rosina Tonial (Orientadora)
Doutora em Saúde da Mulher e da Criança
Fio Cruz**

**Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo**

Dedicamos a Deus e a nossa família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e por todas as oportunidades de aprendizagem que Ele nos dá.

Aos nossos pais, por nos mostrarem o valor do estudo.

As nossas famílias, por terem compreendido as nossas ausências durante o transcorrer dessa trajetória.

A Prof^a. Sueli Rosina Tonial, nossa orientadora, por corresponder as nossas expectativas, pela confiança que sempre depositou em nós durante a execução desta pesquisa, mais do que informar e ensinar teve por tarefa nos remeter a experiências relevantes, através dos quais jamais esqueceremos o que nos ensinou no decorrer de todo o curso.

A coordenadora do Programa de Saúde Bucal do Município de Paço do Lumiar – MA por ter nos permitido executar esta pesquisa.

Aos funcionários de todos os postos de Saúde da Família que visitamos, pelo carinho e atenção com os quais nos receberam.

A agente de saúde Ângela, pela disponibilidade constante em nos ajudar.

*“Nenhum de nós é mais importante
do que todos nós juntos”.*

(Autor desconhecido)

RESUMO

O presente estudo consiste em uma avaliação qualitativa da percepção de usuários em áreas cobertas pelo Programa de Saúde Bucal/PSB, situadas no município de Paço do Lumiar – MA. Foram consideradas nesta avaliação as seguintes dimensões: cognitiva, organizacional e relacional. A partir das técnicas de grupos focais, os usuários expressaram seu olhar sobre o programa e os serviços oferecidos pelas equipes.

Palavras – chave: Avaliação, Percepção de usuários, Programa de saúde.

ABSTRACT

The present study consists of a qualitative evaluation of the users' perception in areas covered by Health Buccal/PSB's Program, located in the municipal district of Paço of Lumiar (Maranhão, Brazil). They were considered in this evaluation the following dimensions: cognitive, organizacional and relacional. Starting from the techniques of focal groups, the users expressed it's look on the program and the services offered by the teams.

Key words: Evaluation, users' Perception, Program of health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	JUSTIFICATIVA	11
3	OBJETIVOS	12
3.1	Objetivo geral	12
3.2	Objetivos específicos	12
4	SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA	13
4.1	Os avanços da saúde coletiva	13
4.2	O Programa Saúde da Família	14
4.3	Saúde bucal	17
5	METODOLOGIA	18
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
	REFERÊNCIAS	31
	ANEXOS	35

1 INTRODUÇÃO

Em 1978 na conferência de Alma Ata previa-se que em 2000 a população teria um nível de saúde aceitável para todos os povos. Já se passaram cinco anos e os especialistas ainda não conseguiram concretizar a sua meta. Apesar disso, a política de saúde coletiva no Brasil vem mudando e trazendo indicadores favoráveis, dando uma maior qualidade de vida a nossa população (POLÍTICAS, 2005).

Com um pouco mais de uma década surgiu no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF) que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua (POLÍTICAS, 2005).

Segundo Santana; Carmagnani (2001) o PSF desponta como uma das mais recentes estratégias assumidas pelo Ministério da Saúde (MS): “reorganizar o modelo assistencial brasileiro”. Sobre este, Negri *apud* Santana; Carmagnani (2001) comenta que:

Durante décadas, no Brasil, não se deu à necessária prioridade à assistência básica de saúde da população. Pontua que o resultado dessa política equivocada é a realidade que ainda vivemos: pessoas portadoras de doenças que poderiam ter sido evitadas formando filas desumanas diante de hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. A outra consequência perversa desse modelo é que ele pressiona o governo a gastar mais e mais dinheiro com o tratamento das doenças que se multiplicam devido à falta de prevenção, em detrimento da promoção da saúde, gerando um círculo vicioso.

O Ministério da Saúde *apud* Santana; Carmagnani (2001) revela que a implantação do PSF tem como objetivo geral:

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade. Trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

Entre as ações de saúde, o governo brasileiro tem priorizado a saúde bucal. Ao se analisar o ritmo de implantação das equipes de saúde bucal no PSF,

observa-se um notório incremento a partir de 2003. Em apenas um ano, o total de equipes aumentou de 4.261 para 6.170, o que elevou a cobertura populacional de 26,1 milhões para 35,7 milhões de habitantes no país (BRASIL, 2004).

Quando buscamos dados para avaliar a cobertura e satisfação dos usuários quanto aos serviços odontológicos, observamos que no Brasil, em 2003, quase 58% utilizou-se de algum tipo de serviço odontológico. Destes praticamente a metade, 48%, fez tratamentos particulares pagos, 33% foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e menos de 10% por algum tipo de convênio ou plano de saúde. Na região Nordeste há uma predominância de 48% do atendimento pelo SUS. Entre os usuários dos serviços odontológicos oferecidos pelo SUS 60% demonstraram um grau de satisfação alto ou muito alto com o atendimento recebido (BRASIL, 2003).

De acordo com o relatório de repasse dos incentivos financeiros, enviados mensalmente pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais de Saúde, no mês de agosto de 2003, havia no Maranhão 687 equipes de PSF implantados e 175 de Saúde Bucal (GAMA; CARLOS; GOMES, 2003).

No Maranhão, as 14 primeiras equipes de Saúde Bucal foram inseridas ao PSF em outubro de 2001 (BRASIL, 2003).

2 JUSTIFICATIVA

O PSF “é uma estratégia para reorganização da Atenção Básica¹, que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde” (FERREIRA, 2004).

Segundo Mendes *apud* Ferreira (2004):

A estratégia de saúde da família deve ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade e deve utilizar largamente tecnologias custo efetivas [...] uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu habitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo, mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolutividade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam à saúde.

Do ponto de vista da Saúde da Família, as ações de saúde bucal devem ser organizadas, para que passe a existir, também nesse campo, uma relação nova com a comunidade, baseada na atenção, na confiança, no respeito. Os dentistas e seus assistentes são vistos como profissionais que podem de fato desempenhar um papel decisivo nos bons resultados do PSF (BRASIL, 2001).

Com base nesse contexto, surgiu-nos a seguinte indagação: será que as famílias atendidas pelo PSF do município de Paço de Lumiar encontram-se satisfeitas com as ações de saúde bucal? A partir deste questionamento decidimos realizar uma avaliação do programa de saúde bucal no Município de Paço do Lumiar – MA: com a palavra o usuário.

¹ É um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (POLÍTICAS, 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o Programa de Saúde Bucal no Município de Paço do Lumiar – MA a partir do olhar dos usuários.

3.2 Objetivos específicos

- Estudar aspectos cognitivos do Programa de Saúde Bucal: idéia central dos usuários sobre o programa;
- Identificar aspectos organizacionais do Programa de Saúde Bucal: acesso, horários de funcionamento/atendimento, filas;
- Verificar aspectos relacionais: acolhimento, respeito e atendimento geral dos profissionais.

4 SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA

4.1 Os avanços da saúde coletiva

Desde o final dos anos 40 já era evidente uma inversão dos gastos públicos, favorecendo a assistência médica em relação à saúde pública. Nos anos 60, a dicotomia assistência médica-saúde pública reforçava um modelo assistencial que mostrava ações pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira. Em 1964, ocorreu a Reforma Sanitária que, adequada aos limites financeiros impostos pela crise econômica, efetivamente pudesse oferecer melhores condições de saúde à maioria da população (MERHY; QUEIROZ *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

A partir dos anos 70, duas posições político-ideológicas organizaram-se em torno da disputa por um novo modelo de política social de saúde: a conservadora e a reformadora. A posição conservadora propunha que a intervenção estatal só se justificaria para cuidar ou dos que ficavam fora do sistema, por não terem “capacidade social” de se integrarem ao mercado, ou das questões que não interessavam nem ao produtor privado nem ao seu modelo tecno-assistencial. Já a posição reformadora preconizava a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada, ou seja, que atendesse a população coberta ou não pela previdência social. A Reforma Sanitária significou uma derrota definitiva da proposta conservadora (MERHY; QUEIROZ *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Com a estruturação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), na década de 80, e com a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreu um deslocamento das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde para o nível estadual, por parte do primeiro, permitindo uma efetiva descentralização administrativa (MERHY; QUEIROZ *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001). Com a implementação do segundo, através da Constituição Federal de 1988, foram definidos o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização. Além disso, as ações

preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos (VIANA; DAL POZ *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

4.2 O Programa Saúde da Família

A história do PSF tem início quando o Ministério da Saúde (MS) formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo (VIANA; DAL POZ *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Por volta de 1993, o MS iniciou a implementação do PSF no Brasil, através da Portaria n.º 692. A referida portaria veio como resposta e normalização ao documento elaborado pelo MS, no qual se observa: “o PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do SUS e na municipalização da integralidade e participação da comunidade” (VASCONCELLOS *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001). Tal processo se consolidou em março de 1994, quando o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimentos operado pelo SUS. Cabe assinalar que o êxito do PACS impulsionou a formação do PSF, levando ao primeiro documento do programa, com a data de setembro de 1994 (BRASIL; VIANA; DAL POZ *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

O Ministério da Saúde (BRASIL *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001) ressalta que o PSF estrutura a Unidade de Saúde da Família (USF) da seguinte forma:

- Caráter substitutivo: significa substituir as práticas tradicionais de assistência por um novo processo de trabalho;
- Integralidade e hierarquização: estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, de modo

que sejam asseguradas a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade;

- Territorialização e cadastramento da clientela: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adstrita) a esta área.
- Equipe multiprofissional: cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS. Outros profissionais poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A USF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

Segundo o MS (BRASIL *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001), a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia.

Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados, são ações para as quais as equipes devem estar preparadas (BRASIL *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

As estratégias para a operacionalização do PSF são segundo Santana; Carmagnani (2001):

➤ Atenção centrada na família

Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhora das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompam os muros das unidades de saúde e se enraízem para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (BRASIL *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

➤ Vigilância à saúde

De acordo com o documento publicado pelo MS em 1997 (SANTANA; CARMAGNANI, 2001), o PSF se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde.

O autor acrescenta ainda que a partir da análise da situação de local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas.

➤ Equipe multiprofissional

Campos *apud* Santana; Carmagnani (2001), reforçando a proposta do MS, propõe a estruturação de equipes multiprofissionais, às quais se adscvem um dado número de usuários. Segundo o autor, esta organização justifica-se em dois sentidos:

O de quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais, responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos.

As principais responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica a serem executadas pelo PSF são segundo Brasil (2001): as ações de saúde da criança, ações de saúde da mulher, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, e ações de saúde bucal. Dentre essas responsabilidades e ações destacamos as ações de saúde bucal, o qual será o enfoque central deste estudo.

4.3 Saúde bucal

Em 28 de dezembro de 2000, o Ministro de Estado da Saúde, com objetivo de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção, regulamentou a Portaria nº 1.444/GM, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família, onde ficou determinada a proporção de 01 equipe de Saúde Bucal para cada 02 equipes de Saúde da Família, e onde também foi criado um incentivo destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais da área odontológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE *apud* PERIM et al, 2003).

Neste contexto foi elaborado o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, contido na Portaria N° 267, de 06/03/01, e que apresenta os seguintes objetivos (A REORGANIZAÇÃO, 2001):

- Melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- Orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo PSF;
- Assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
- Capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;

- Avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas.

O mesmo plano estabelece as seguintes estratégias ou condições para alcançar estes objetivos (A REORGANIZAÇÃO, 2001):

- Modalidades de equipes: a inclusão dos profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família (ESF) segue duas modalidades – Modalidade I, com um Cirurgião Dentista (CD) e um Atendente de Consultório Dentário (ACD); e Modalidade II, que além do CD e do ACD, possui um Técnico em Higiene Dental (THD), todos com carga horária de trabalho de 40 horas semanais.
- As ESF executarão integralmente, no âmbito da atenção básica, ações de promoção e de prevenção de saúde bucal em sua área adscrita, planejadas e desenvolvidas de forma interdisciplinar.
- As ações especializadas de saúde bucal devem ser referenciadas no próprio território municipal ou no município sede;
- Os profissionais devem ter responsabilidade sanitária em relação à população adscrita, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção e recuperação da saúde;
- O registro das atividades de saúde bucal será feito no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), utilizando instrumento próprio (Ficha D específica), para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes.

Após quase 02 anos de inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF, o Ministério da Saúde Pública com a portaria nº 673 de 3 de junho de 2003, garantiu a implantação de 01 ESB para cada equipe de PSF (BRASIL, 2003).

5 METODOLOGIA

Donabedian; Pascoe *apud* Trad et al (2002) “consideram que a satisfação dos usuários pode ser vista pela reação que têm diante do contexto, do processo, e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço”.

Abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços (PRÉVOST; FAFARD; NADEAU *apud* TRAD et al, 2002).

Emmi; Barroso (2006) dizem que é importante avaliar as ações que estão sendo executadas e como estão sendo desenvolvidas pela equipe, através da visão e grau de satisfação dos usuários.

Segundo Vaitsman; Andrade *apud* Emmi; Barroso (2006) a ampla utilização de pesquisas de satisfação do usuário dão destaque aos pacientes nos serviços e sistemas de saúde, focalizando as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação profissional-paciente até a qualidade das instalações dos serviços, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde.

Os estudos de avaliação de satisfação de usuários utilizam, em geral, escalas e questionários compostos de subitens que tratam de uma ampla gama de questões, incluindo estrutura, funcionamento e avaliação do serviço de saúde pelo usuário. Têm-se limitado, porém, à mensuração do nível de satisfação com o serviço prestado, sem um esforço de contextualização cultural (ATKINSON; WILLIANS, *apud* TRAD et al, 2002).

Quando a experiência do usuário no sistema de saúde se reduz à satisfação ou insatisfação, deixam de ser contempladas considerações sobre as crenças, os modos de vida, as concepções do processo saúde-doença, aspectos que influenciam os modos de utilização dos serviços pelo usuário (TRAD et al, 2002).

Tendo em vista as críticas apontadas pela literatura quanto às limitações metodológicas em estudos que avaliam a satisfação de usuários que “reduzem o processo subjetivo de avaliação a respostas do tipo sim/não em questionários fechados” (TRAD et al, 2002), privilegamos neste caso uma metodologia qualitativa.

Segundo Dias (2000) “a pesquisa qualitativa caracteriza-se, principalmente, pela ausência de medidas numéricas e análises estatísticas, examinando aspectos mais profundos e subjetivos do tema em estudo”.

A pesquisa qualitativa segundo Blinkhorn, Leatrar, Kay *apud* Albuquerque; Abegg; Rodrigues (2004) “favorece a identificação em detalhes das atitudes, necessidades e valores de grupos-alvo específicos, além da avaliação de programas de educação em saúde e de políticas sociais voltadas para a saúde bucal”. Tais avaliações demandam a compreensão mais profunda de opiniões, significados, emoções, ações e o modo como tudo isso afeta o comportamento em saúde no ambiente onde a pessoa vive (NETTLETON; GIFT *apud* ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004).

Segundo Dias (2000) dentre as técnicas mais utilizadas em pesquisa qualitativa, destacam-se as entrevistas não direcionadas e semi-estruturadas, as técnicas projetivas e os grupos focais.

O estudo se estruturou a partir do desenvolvimento de grupos focais.

➤ **Grupo focal**

De acordo com Kitzinger *apud* Levy; Matos; Tomita (2004) um grupo focal é definido “como uma forma de entrevistas com indivíduos com características que os tornem coesos como um coletivo, baseando-se na interação entre os participantes da pesquisa para gerar dados”.

Para Caplan (1990), os grupos focais são “pequenos grupos de pessoas reunidos para avaliar conceitos ou identificar problemas”.

Grupo focal é definido na literatura como um tipo especial de entrevista em grupo que tem por objetivo identificar percepções, sentimentos, atitudes e idéias dos participantes a respeito de um determinado assunto a partir de um grupo de participantes selecionados (BARBOUR; KITZINGER; TEMPLETON *apud* PIZZOL, 2004).

A primeira etapa do grupo focal é o seu planejamento. Nessa etapa deve ser definido o objetivo da pesquisa. A partir dos objetivos, é selecionado o moderador e a elaboração de uma lista de questões para discussão. Convém ressaltar que essa lista não será utilizada como se fosse uma lista de perguntas,

típicas de entrevistas individuais, ela realmente deve servir apenas como guia para o moderador (DIAS, 2000).

Para a formação do grupo é necessária a presença de um moderador, que irá orientar e coordenar a realização do debate, promovendo a participação de todos e tentando evitar a dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização da fala por parte de alguns participantes sobre os outros (BEATO, 2004).

Ainda na fase de planejamento, é escolhido o local mais apropriado para a realização da reunião. A fim de facilitar a interação entre os participantes, é recomendável um ambiente agradável, tranquilo, sem quaisquer objetos que possam desviar a atenção do grupo ou interromper a discussão. A localização das pessoas na sala deve facilitar o contato visual entre todos. Para isso, é comum a disposição de cadeiras em círculo ou em torno de uma grande mesa redonda (DIAS, 2000).

De acordo com Johnson *apud* Dias (2000) a discussão ocorre durante aproximadamente duas horas, com a condução do moderador. Pizzol (2004) diz que “o moderador nunca deve expor suas opiniões, ou criticar os comentários dos participantes”.

O moderador deve promover a discussão entre os participantes sem perguntar diretamente a cada um deles, isto é, sem que a reunião pareça uma série de entrevistas individuais. O papel do moderador é muito mais passivo do que o de um entrevistador (DIAS, 2000).

A segunda etapa é a de escolha dos participantes. De acordo com Dias (2000) “o grupo focal se inicia com a reunião de seis a dez pessoas. Alguns autores citam grupos de sete, oito ou até 12 pessoas”.

Barbour; Kitzinger *apud* Pizzol (2004) recomendam que “os participantes sejam selecionados dentro de um grupo de indivíduos que convivam com o assunto a ser discutido e que tenham profundo conhecimento dos fatores que afetam os dados mais pertinentes”.

Os participantes, ao serem escolhidos, devem ser informados a respeito do objetivo geral da pesquisa e de seus direitos. Dentre os direitos mais comuns, destacam-se o direito de confidencialidade; de se tratado com dignidade; de não ser obrigado a responder a todas as perguntas; de saber que a sessão está sendo gravada (DIAS, 2000).

A autora relata que “a discussão do grupo focal deve acontecer numa atmosfera agradável e informal, capaz de colocar seus participantes à vontade para

expor idéias, sentimentos, necessidades e opiniões”. Caplan *apud* Dias (2000) “sugere uma progressão natural dos assuntos, partindo de tópicos mais gerais até chegar ao foco específico da pesquisa”.

Frente à quantidade de informações trocadas nesse tipo de reunião, o moderador pode ser auxiliado por um anotador ou pela gravação da sessão em áudio e/ou vídeo, desde que os participantes assim o permitam (DIAS, 2000).

A etapa mais difícil da técnica do grupo focal é, sem dúvida, a análise dos resultados, pois não é suficiente repetir ou transcrever o que foi dito. O objetivo da pesquisa e o guia de entrevista podem ser utilizados para estruturar o relatório, o qual deverá conter, além da transcrição das fitas gravadas ou do que foi registrado pelo anotador, um resumo dos comentários mais importantes, conclusões e recomendações do moderador. Se a pesquisa tiver mais de um objetivo a atingir, é conveniente dividir as respostas em categorias (DIAS, 2000).

A vantagem da utilização do grupo focal é que os dados revelam mais informações do que os obtidos a partir de outros tipos de levantamentos, tais como as pesquisas individuais. Isto porque os participantes sentem-se livres para revelar a natureza e as origens de suas opiniões sobre um determinado assunto, permitindo que pesquisadores entendam as questões de uma forma mais ampla (BARBOUR; KITZINGER; TEMPLETON *apud* PIZZOL, 2004).

➤ **A pesquisa**

Com base no que foi exposto anteriormente, o presente estudo foi realizado no Município de Paço do Lumiar – MA. A região é constituída por oito equipes de PSF, sendo que cada equipe atende várias comunidades:

- Mocajutuba: Pindoba, Parque Thiago Aroso, Cajual e a própria Mocajutuba;
- Iguaíba: Fazendinha, Nossa Senhora da Vitória e a própria Iguaíba;
- Paraná (2 equipes): Paranã I, II e III, Parque Jaguarema;
- Itapera: Pedrinhas, Porto, Pernambucanas e a própria Itapera;
- Pau Deitado: Timbuba e a própria Pau Deitado;
- A sede: Mojó, Tendal e Mercês;
- Vila São José.

Optamos inicialmente pelo sorteio de quatro áreas de PSF no município. A escolha da realização do estudo no Município de Paço do Lumiar – MA deu-se em decorrência do PSF estar implantado há mais de uma década, além disso há o conhecimento prévio das áreas pois, um dos pesquisadores exerceu suas atividades profissionais no município durante oito anos, facilitando desta forma a entrada no campo da pesquisa.

Os dados foram coletados em reuniões para realização dos grupos focais em quatro áreas previamente sorteadas. Os grupos tiveram cerca de 10 participantes, privilegiando-se as mulheres na composição dos mesmos pelo fato de que elas serem as principais agentes de saúde no contexto doméstico. O período da coleta foi realizada no mês de abril de 2006.

Foi realizado um roteiro não-estruturado. As discussões nos grupos focais foram gravadas, mediante autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecidas (ANEXO A), e posteriormente transcritas. As técnicas utilizadas para a análise das falas para interpretação dos dados, serão realizadas adotando as categorias baseadas nas dimensões propostas por Prévost; Fasfard; Nadeau *apud* Trad et al (2002), reconhecendo que apesar de terem sido analisadas separadamente, são categorias que abordam temas inter-relacionados:

- Cognitiva: idéia central do programa;
- Organizacional: tempo de espera (por horário disponível e já no local de atendimento), horário de abertura e funcionamento, filas;
- Relacional: respeito, consideração, escuta, compreensão, acolhida, gentileza por parte dos profissionais da equipe.

Este trabalho fundamentou-se também na referência de estudo anterior elaborado na Universidade Federal da Bahia (TRAD et al, 2002). Este trabalho seguiu toda a legislação de pesquisa em saúde.

Procuramos à secretária de saúde do Município de Paço do Lumiar – MA, expusemos nosso projeto, e recebemos o aval para desenvolvê-lo nestas USF's (ANEXO B). A pesquisa obedeceu a Resolução 196/96², sendo apreciada pelo

² CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – UFMA (ANEXO C).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os grupos focais foram constituídos por pessoas referentes a cada unidade de saúde, privilegiando-se as mulheres na composição dos mesmos pelo fato delas serem as principais agentes de saúde no contexto doméstico.

Foram realizados 04 grupos focais de discussão sobre o tema da pesquisa, Programa de Saúde Bucal.

O 1º grupo reuniu-se em 29 de março de 2006, quarta-feira, em uma sala escolar da comunidade, participaram 08 pessoas, sendo 03 homens e 05 mulheres. O 2º grupo foi realizado em 04 de abril de 2006, terça-feira, na Associação de Moradores da comunidade, participaram 10 pessoas, sendo 09 mulheres e 01 homem. O 3º grupo realizou-se em 23 de maio de 2006, terça-feira, também na Associação de Moradores da comunidade, participaram 10 pessoas, sendo 08 mulheres e 02 homens. E finalmente o 4º grupo, no dia 01 de julho de 2006, quinta-feira, em uma sala escolar da comunidade, participaram 08 pessoas, sendo 07 mulheres e 01 homem.

Segundo Ferreira Filho et al *apud* Andrade; Ferreira (2005) em seu estudo sobre a avaliação de qualidade de serviço, dizem que quando a pesquisa realizada com os usuários é feita fora do espaço assistencial, além das críticas aos serviços serem feitas mais facilmente, observa-se que a insatisfação maior é gerada quando a atenção curativa ou de caráter emergencial não é bem resolvida.

Durante a realização dos grupos, os participantes foram informados a respeito do objetivo geral da pesquisa e de seus direitos, onde se destacou o direito da confidencialidade, de ser tratado com dignidade, de não ser obrigado a responder e de saber que a sessão estava sendo gravada.

➤ Dimensão cognitiva

Como foi descrita anteriormente a dimensão cognitiva remete a idéia do que as pessoas pensam sobre o Programa de Saúde Bucal (PSB). Stewart; Shamdasani *apud* Flores; Drehmer (2003) dizem que as discussões devem começar com um tema abrangente. Por essa razão iniciavam-se os encontros com a pergunta: O que é o programa de saúde bucal para vocês? Entre as respostas registradas encontramos:

É um programa onde devemos ter o cuidado com os nossos dentes, com a boca em geral.

É um programa de saúde que trata da saúde da boca.

É um programa muito importante porque trata dos nossos dentes.

É um programa que trata dos dentes, onde tem palestras de escovação, aplicação de flúor.

É um programa que visa melhorar gradativamente a saúde da boca.

É um programa que nos ensina a escovar os dentes, a prevenir as cáries, e a ensinar a nossos filhos a importância de termos dentes saudáveis.

Observa-se através das respostas dos participantes que todos sabem o que é o programa. Pode-se perceber também que os grupos apontam o autocuidado, a prevenção, e a promoção da saúde como fatores determinantes na diminuição da incidência de doenças bucais, mas salientam a necessidade de uma associação de fatores como: escovação, flúor, uso do fio dental e participação dos profissionais neste processo. Isto é, o que se verifica é a importância da associação entre saúde bucal e autocuidado na manutenção dos níveis de saúde.

Na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal *apud* Reis; Marcelo (2005) saúde bucal aparece como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acessos aos serviços de saúde e a informação.

O Departamento de Saúde do Reino Unido *apud* Matos et al (2002) define saúde bucal como “um padrão de saúde que permite ao indivíduo comer, falar,

socializar-se, sem doença ativa, desconforto ou embaraço e que contribui para o seu bem-estar”.

➤ **Dimensão organizacional**

A dimensão organizacional está relacionada à questão de como o programa está organizado. As queixas em relação ao aspecto organizacional fazem referência àquilo que ainda está insuficiente, precário, inexistente. As queixas situam-se em torno da dificuldade de acesso, o tempo de espera por consultas que continua ainda muito elevada na maioria dos grupos, o que acarreta na prática de acordar de madrugada para conseguir uma vaga, que há algum tempo diminuiu, mas não foi eliminada.

Logo que foi realizada a pergunta: Como é o funcionamento do PSB? Entre as respostas obtivemos:

O problema é o acesso que nem todos têm.

Ainda não chegou a 100% da demanda da população.

As doutoras passam nas famílias uma vez por mês para ver os que mais necessitam, mas é muita gente.

Tem muita gente, muita comunidade e aí não dá para fazer milagre, aqui ainda tem muita gente de boca feia, por isso muitas pessoas vão para outro posto.

Como a demanda é muito grande as pessoas não vão ao posto.

Tem pessoas que chegam às 3 horas da madrugada para pegar uma vaga.

Uma pessoa com cinco filhos às vezes consegue a vez para um, até terminar aquele um para tratar outro já se vai tantos meses... aí acabam desistindo.

A fila é sempre cheia.

Quando a pessoa falta as agentes de saúde vão atrás para cobrar, para saber por que não foi e aí faz novamente o encaminhamento.

É bom, excelente.

As agentes de saúde fazem visitas nas nossas casas e se agente estiver precisando, elas encaminham para o posto.

O atendimento é bom, o meio de trabalhar, para não piorar, eles não fazem assim: chega um e coloca, chega outro e coloca, então é tudo agendado.

O grande problema daqui é que as pessoas não dão continuidade no tratamento, e isso atrapalha quem está precisando.

Percebe-se que a dificuldade de acesso na maioria dos grupos é evidente. Na avaliação dos usuários, o acesso é influenciado por dois fatores: à distância e a quantidade de vagas; fatores que dificultam a acessibilidade aos serviços e, conseqüentemente, a resolução dos problemas de saúde bucal. Diversas vezes são citados postos vizinhos, entretanto somente um grupo não teve reclamações, ao contrário só elogio.

Lima et al *apud* Araújo; Leitão (2005) confirmam o que dizem os relatos das pessoas, onde dizem que o acesso aos serviços de saúde não acontece de forma homogênea nas diversas regiões do país e nos diversos segmentos populacionais. A indisponibilidade de fichas para consultas e do número de profissionais para o atendimento são os principais motivos relacionados com a dificuldade de acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil.

Observa-se também que a maioria dos grupos mostra-se insatisfeitos quanto ao tempo de espera por um tratamento, reclamam das longas filas de espera, o que leva, conseqüentemente a não conseguirem resolver a maioria dos seus problemas de caráter emergencial.

O Ministério da Saúde *apud* Araújo; Leitão (2005) reconhece as falas das pessoas dizendo que “os serviços de saúde, de modo geral, enfrentam dificuldades no atendimento à demanda”. Afirma que a falta de preparo dos profissionais traz como conseqüência a baixa produtividade e leva os pacientes a buscarem locais onde não tenham que esperar em longas filas, e em última hipótese a desistência.

Constata-se então que em algumas comunidades não estão ocorrendo um planejamento adequado à saúde, tomando-se como ponto de partida a realidade local, com relação aos problemas de saúde bucal, os recursos humanos, físicos e o apoio da comunidade. Groisman *apud* Andrade; Ferreira (2005) falam em seu estudo da importância de tal visão num processo de construção de um modelo de atenção em saúde segundo os princípios do Sistema Único de Saúde.

➤ Dimensão relacional

A dimensão relacional reporta-se as considerações realizadas sobre respeito, consideração, escuta, compreensão, acolhida, gentileza, e o atendimento geral dos profissionais do programa. A pergunta realizada foi: Como é a relação dos profissionais do PSB com os pacientes? As respostas foram:

Excelente, muito boa, eles vão instruindo a maneira correta, não extrair, como escovar, não comer bombons.

Eu acho a relação com gesto familiar para que agente perca o trauma da infância. E acaba fazendo amizade, constrói laço afetivo.

Não conheço nenhum comentário que desabone o tratamento.

Agente vê também que o dentista quando vê o dente estragado, ele tenta conscientizar, eu mesmo cheguei lá para extrair os dentes e ele disse que não iria arrancar. No outro dia eu estava sorrindo por aqui com todos os dentes na boca.

É muito paciente o dentista, ainda mais quando é com criança, porque tem criança que não quer nem abrir a boca, aí ele canta, conversa, faz carinho para ver se consegue a confiança da criança.

De nenhum deles eu tenho reclamação, do jeito que ele chega ele trata do primeiro ao último do mesmo jeito.

Tratam as pessoas muito bem, eles estão o tempo todo alegres, não se recusam a atender ninguém, nem de última hora.

Todos os profissionais que até hoje passaram por aqui, os atendentes, a equipe toda, de modo geral está de parabéns, eles sempre foram ótimos, só tenho que agradecer.

Todos são bem atenciosos, educados, não tenho nada contra, então até hoje não tenho o que questionar.

Verifica-se que os profissionais foram muito elogiados em ambos os grupos. Não restam dúvidas de que os usuários expressam um alto grau de satisfação em relação aos profissionais.

Urbinati (2005) confirma os registros dos grupos afirmando que a qualidade do trabalho e a forma mais humanizada dos profissionais atraem a atenção dos pacientes.

A autora diz ainda que a forma de atendimento é um grande diferencial. A relação paciente e profissional é muito mais próxima e humana. O paciente se sente mais seguro com o tratamento e tem mais facilidade de entender e dizer o que quer.

Araújo; Leitão (2005) dizem que “faz-se necessário fortalecer os serviços de nível de atenção primária, ou seja, organizar e implementar políticas e implantar serviços que respondam às demandas advindas da sociedade”.

Na opinião de Bodstein *apud* Araújo; Leitão (2005) “devem existir programas e políticas especificamente preocupadas com o primeiro nível de acesso e de contato da população com o sistema de saúde”.

O Ministério da Saúde (2004), nas diretrizes da política nacional de saúde bucal, dentro do princípio norteador da saúde bucal, o acolhimento, apóia os relatos anteriores dizendo que a saúde bucal deve:

Desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se na dimensão cognitiva que todos os usuários são bem informados em relação a o que é o PSB.

Na dimensão organizacional, verificamos os aspectos totalmente positivos em uma das áreas pesquisadas. Foram elencados os benefícios das visitas domiciliares e os agendamentos dos atendimentos. Houve aspectos negativos apontados por uma das comunidades na organização dos serviços quanto à persistência das filas, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde devido a grande demanda da população, e a presença de uma equipe mínima na USF.

Constata-se um elevado grau de satisfação dos usuários do PSB nas áreas estudadas quando se trata da dimensão relacional, ou seja, os profissionais do programa possuem: respeito, consideração, escuta, compreensão, acolhida e gentileza com os usuários.

Por fim, é importante salientar a importância de estudos que levem em consideração a visão dos usuários acerca da prestação dos serviços. Esses estudos poderão contribuir para a programação de serviços que realmente dêem uma resposta efetiva à demanda na comunidade. Para tanto, é necessário que os profissionais das unidades e os gestores se apropriem e levem em consideração os resultados.

REFERÊNCIAS

A REORGANIZAÇÃO das ações de saúde bucal na atenção básica. **Revista de APS: Atenção primária à saúde**, Brasília, v.3, n.8, jun. – nov. 2001.

ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, maio - jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300016>. Acesso em 22 nov. 2005.

ANDRADE, K. L. C.; E. F. FERREIRA. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, Jan./Mar. 2006. disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 mar. 2007.

ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar. - abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2006.

BEATO, C. C. F. (Coord.). **Relatório da pesquisa “avaliação do programa liberdade assistida”**: análise dos grupos focais com técnicos e orientadores do programa. 2004. Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2004. Disponível em: <http://www.crisp.ufmg.br/relat_liber_assistida_quali.pdf>. Acesso em 25 jan. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do PSF**. Brasília, 2001.

_____. _____. Promovendo saúde bucal. **Revista brasileira de saúde da família**, Brasília, v.5, n.7, edição especial, jan. 2003 – abr. 2004.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 673, de junho de 2003. **Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal>>. Acesso em 15 fev. 2006.

DIAS, C. A. **Grupo focal**: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Disponível em: <<http://www.informacaoesociedade.ufpb.br/html/IS10200006/>>. Acesso em 25 jan. 2006.

ELIAS, M. S et al. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, Jan. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000200010&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 21 nov. 2005.

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro (Pará). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=144>. Acesso em: 26 mar. 2007.

FERREIRA, A. (Org.), A. Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. In: Medeiros Júnior, A. **Modelos assistenciais em saúde bucal**. Natal: EDEFERN Editora, 2004. cap. 18. p. 277-286.

FLORES, E. M. T. L.; T. M. DREHMER. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300008>. Acesso em: 10 abr. 2006.

GAMA; E. A. G.; CARLOS, I. M. F.; GOMES, G. P. C. Implantação das equipes de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família – Maranhão. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, São Luís, quadrimestral v. 1(3), set. – dez. 2003.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan. - fev. 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000100036&script=sci_arttext&tlng=pt)

[311X2004000100036&script=sci_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000100036&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em 22 nov. 2005.

MATOS, D. L. et al. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.2, Abr. 2002.

Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000200017>. Acesso em: 22 nov. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004.

PERCEPÇÃO. Disponível em:

<http://geocities.yahoo.com.br/modosemaneiras/rh_percepcao.htm>. Acesso em 25 jan 2006.

PERIM, C. N. B. et al. Uma proposta de sistematização para controle da hipertensão arterial sistêmica em idoso no contexto do pacs/psf com ênfase na saúde bucal.

Revista de Saúde Pública, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, jun. - jul. 2001. Disponível em:

<<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=402&idesp=19&ler=s>>. Acesso em 01 dez. 2005.

PIZZOL, S. J. S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Revista RER**, v.42, n.3, p.451-468, jul./set. 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/resr/v42n3/24505.pdf>>. Acesso em 25 jan. 2006.

POLÍTICAS de saúde e introdução à estratégia de saúde da família. São Luís: Laboro – Centro de Excelência em Consultoria e Pós-Graduação, 2005.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan. - fev. 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004>. Acesso em 21 nov. 2005.

REIS, S. C. G. B.; MARCELO, V. C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, jan./mar. 2006. disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29464.pdf>>.

Acesso em: 22 nov. 2007.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Revista de Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, jan. - jul. 2001. Disponível em:

<http://www.apsp.org.br/saudesociedade/X/saude_familia_brasil.htm>. Acesso em 21 nov. 2005.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, jun. - ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-31232002000300015&script=sci_arttext&tIng=pt>. Acesso em 29 out. 2005.

URBINAT, E. A. **Dentistas brasileiros ampliam atendimento a estrangeiros**. 4 maio 2005. Disponível em: <<http://www.odontobrasil.net/noticias/not0045.html>>.

Acesso em: 10 abr. 2006.

ANEXOS

Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido 1

LABORO: Excelência em Pós-graduação
Universidade Estácio de Sá
Curso de Especialização em Saúde da Família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Sueli Rosina Tonial

End.: Município de Paço do Lumiar – MA CEP.: 65.000-000

E-mail: tonial@elo.com.br

Pesquisadores: Alcides Vale Júnior

Ellen Crysthie Castro Veloso

José Marques Texeira Filho

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE PAÇO DO
LUMIAR – MA: com a palavra o usuário**

Eu, _____, abaixo assinado, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelos pesquisadores responsáveis, que concordo em participar da pesquisa que irá avaliar o Programa de Saúde Bucal no Município de Paço do Lumiar – MA, a partir de dados coletados em reuniões através de um roteiro não-estruturado, não havendo riscos ou desconfortos a ninguém. Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa.

Fui esclarecido(a) ainda, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado, tendo garantia de sigilo, o que assegura a privacidade das informações que forneci. Não haverá nenhum custo decorrente da minha participação na pesquisa.

Paço do Lumiar, _____ de _____ de 2006

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Assinatura do participante
ou Responsável

End. da Instituição onde será procedida a coleta de dados

Anexo B - Termo de consentimento livre e esclarecido 2

LABORO: Excelência em Pós-graduação
Universidade Estácio de Sá
Curso de Especialização em Saúde da Família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

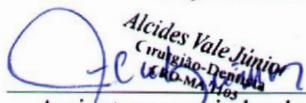
Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Sueli Rosina Tonial
 End.: Município de Paço do Lumiar – MA CEP.: 65.000-000
 E-mail: tonial@elo.com.br
 Pesquisadores: Alcides Vale Júnior
 Ellen Crysthie Castro Veloso
 José Marques Texeira Filho

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE PAÇO DO LUMIAR – MA: uma visão da comunidade

Eu, Rosemilde Rebsim, (Coordenadora do Programa de Saúde Bucal de Paço do Lumiar) abaixo assinado, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelos pesquisadores responsáveis, que autorizo a realização da pesquisa que irá avaliar o programa de saúde bucal no município de Paço do Lumiar/MA, a partir de dados coletados em reuniões através de um roteiro não-estruturado com pessoas das áreas do Programa de Saúde da Família (PSF), não havendo riscos ou desconfortos a ninguém. Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa.

Será garantida a privacidade das informações que forneci. Não haverá nenhum custo ao Município para realização da pesquisa.

Paço do Lumiar, 19 de Janeiro de 2006


 Alcides Vale Júnior
 Cirurgião-Dentista
 U.S.M.A. 1103
 Assinatura e carimbo do
 Pesquisador responsável


 Assinatura do participante
 ou Responsável

End. da Instituição onde será procedida a coleta de dados

Anexo C – Comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 419/06

Pesquisador (a) Responsável: **Sueli Rosina Tonial**

Equipe executora: **Alcides Vale Junior, Ellen Crysthie Castro Veloso e José Marques Texeira Filho**

Tipo de Pesquisa: **Especialização**

Registro do CEP: **055/06** Processo Nº. 33104-189/2006

Instituição onde será desenvolvido: **Programa Saúde Bucal- Município Paço do Lumiar-MA**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia 17.03.2006 o processo Nº. 33104-189/2006, referente ao projeto de pesquisa: “**Avaliação do programa de saúde bucal no município de Paço de Lumiar-MA**”, tendo como pesquisadora responsável **Sueli Rosina Tonial**, cujo objetivo geral é “**Avaliar o programa de saúde bucal do município de Paço do Lumiar-MA a partir da percepção de usuários**”. Na metodologia: Trata-se de um estudo de analítico com base em grupos focais. Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à ANVISA, quando for o caso, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 15/12/2007 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.


São Luis, 15 de dezembro de 2006.
Wildoberto Batista Gurgel
Coordenador do CEP
Ethica homini habitat est

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luis – Maranhão Tel: (98) 3219-1223
E-mail huufma@huufma.br