



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



Adrienne Calixto Freire de Paula

**Percepção do usuário quanto à saúde bucal e ao serviço
público odontológico em Montes Claros - MG: avaliação
da expectativa e satisfação**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



Adrienne Calixto Freire de Paula

Percepção do usuário quanto à saúde bucal e ao serviço público odontológico em Montes Claros - MG: avaliação da expectativa e satisfação

Orientador:
Prof. Dr. Alfredo Maurício Batista De Paula

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, PPGCS, da Universidade Estadual de Montes Claros/ Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Montes Claros/MG
2008

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

A meus pais, Manoel Aauto e Maria Carmen, pelo carinho e incentivo constante.

A meu esposo, Ricardo, pelo apoio e compreensão.

Às minhas filhas queridas, Nathália e Anelisa, que sabiamente souberam entender as minhas ausências, atenções limitadas.

A minha irmã, Danielle, companheira e amiga fiel, com quem sempre posso contar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, quem ilumina todos os meus passos.

Aos usuários, o meu muito obrigada, pela generosidade em aceitarem participar da realização desse trabalho.

Ao meu orientador, Prof. Alfredo, pela competência e tranquilidade proporcionada durante todo esse processo.

A todos os professores do mestrado, que tanto contribuíram nessa trajetória do conhecimento.

Aos colegas de mestrado, pela convivência amigável.

À Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, por tornar possível à execução desse trabalho.

À minha supervisora Soraya Mameluque, pela compreensão e tolerância, meu apressado e gratidão.

Aos colegas de disciplina Manoel Brito, João Normanha, Alex Quintino, Carla Cristina, Raquel Conceição, Thalita Santa Rosa e Daniela Veloso, pela amizade e profissionalismo, possibilitando a concretização desse trabalho.

Em especial, à Raquel Conceição Ferreira, amiga e parceira incondicional, que não mediu esforços em oferecer todas as condições necessárias para a realização desse sonho.

“Há homens que se agarram a sua opinião, não por ser verdadeira, mas simplesmente por ser sua” .

Santo Agostinho

Memorial

O início – a universidade como um sonho e um compromisso

Fiz graduação em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, curso concluído em 1994. Anos mais tarde, na busca de crescimento profissional, fiz curso de Especialização em Endodontia (1997).

O sentimento de ser professora

Em 2002, fui aprovada no concurso para professor de endodontia da Unimontes. Juntamente com endodontia também ministrava a disciplina de clínica restauradora I. Nesses anos, tive a certeza da carreira acadêmica, além de ter despertado o interesse pela pesquisa. Nessa oportunidade, já percebia que a formação em pesquisa deve permear a vida do docente nas demais áreas – ensino e extensão. Senti então que precisava seguir a capacitação docente, e optei pelo mestrado profissional, pois me tornaria uma professora com maior resolução dos problemas relacionados com a atenção primária.

O Mestrado – uma nova fase

Em 2007, iniciei o mestrado profissional em Cuidado Primário em Saúde. Considero a pós-graduação, em nível de mestrado, um importante espaço a ser utilizado tanto para a instrumentalização, quanto para a experimentação e a pesquisa de novas formas de relação entre profissionais de saúde e usuários e entre os próprios profissionais. Penso que o profissional habilitado em um curso de pós-graduação profissional e com desempenho destacado em seu campo de atividade teria uma contribuição relevante a dar na formação de alunos em áreas vinculadas a esta prática. Buscando assim formar um profissional capaz de

transformar seu processo de trabalho e sua instituição, ao mesmo tempo em que produz conhecimento científico. Podendo também resultar na resolução de inúmeros problemas na construção do Sistema Único de Saúde e na produção do conhecimento necessário para obter avanços, de forma qualificada.

O professor e pesquisador

Antes mesmo de obter o título de Mestre, eu procurava integrar-me nos projetos de pesquisa da Unimontes, sempre procurei e ainda procuro institucionalizar meus projetos. Durante esse período de vivência do mestrado, com os professores e colegas, de uma equipe multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, psicólogo, entre outros profissionais, percebi através de uma reflexão crítica, que muitas questões que gostaria de estudar, precisavam ainda ser aprimoradas, através do conhecimento de novos métodos de pesquisa, que venho estudando a cada nova proposta.

Mudanças no Processo ensino/serviço

O município de Montes Claros conta com 39 odontólogos egressos da Unimontes no seu quadro de funcionários. A Universidade está tentando buscar formas mais efetivas de integração com a sociedade e com as políticas públicas, notadamente na área da saúde e da educação. Notamos a necessidade de preparo de profissionais com visão de promoção da vida saudável e com qualidade. Na área da saúde vivemos um momento em que é preciso consolidar os avanços conseguidos pelo Movimento de Reforma Sanitária. A mudança do modelo assistencial pela reorganização da atenção primária, é um dos aspectos mais importantes para garantir a efetivação dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). E este é o propósito que vem a configurar uma nova concepção de trabalho em que o profissional de saúde se compromete solidária,

democrático e participativo com as famílias a partir de um trabalho interdisciplinar em que coloca saberes a serviço da comunidade.

RESUMO

O objetivo desse estudo qualitativo foi avaliar a percepção dos usuários quanto à saúde bucal e ao serviço público odontológico considerando suas expectativas e satisfação nos momentos de entrada e saída de um serviço odontológico da atenção básica no Programa Saúde da Família (PSF) no município de Montes Claros/MG. Os participantes foram aleatoriamente selecionados a partir de lista de atendimento. Após esclarecimento sobre a pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os usuários foram entrevistados e suas falas foram gravadas, transcritas e submetidas a uma análise de conteúdo. Os usuários relacionaram saúde bucal com saúde sistêmica, cuidados com a boca e aparência. Muitos desconheciam o que significa PSF, bem como sua lógica de funcionamento. Entretanto, os usuários reconheceram que o PSF, devido à ação dos agentes comunitários de saúde e à ocorrência de reuniões coletivas, favoreceu um maior acesso e uma maior proximidade com o profissional de saúde, contribuindo para um melhor acolhimento. Por outro lado, foram notados, fatores limitantes do acesso, como o grande número de usuários e o tempo de espera para atendimento odontológico. A resolução da necessidade odontológica percebida emergiu como a principal expectativa dos usuários, mas, a busca de uma relação humanizada com o profissional e uma prática odontológica satisfatória quanto aos aspectos técnicos, de qualidade e de rapidez também foram salientados. Os usuários avaliaram o serviço manifestando sua satisfação ou insatisfação quanto aos aspectos organizacionais e relativos à integralidade

do atendimento, destacando insatisfação com a demora para se conseguir o atendimento odontológico e a falta de continuidade do tratamento, evidenciando uma ausência de referenciamento para níveis de maior complexidade. Dessa forma, a escuta do usuário e de suas percepções tornam-se fundamentais, uma vez que identificam problemas e melhorias, que devem ser consideradas nos processos de aprimoramento dos serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Saúde Bucal, Percepção, Satisfação do usuário.

ABSTRACT

This study was aimed at evaluating customers' perception regarding oral health and public oral health service in the town of Montes Claros, in the State of Minas Gerais (Brazil). It evaluated expectations and satisfaction, respectively, at the beginning and at the end of the basic assistance provided by the Family health care program. Participants were selected randomly from a list of all adult costumers who were booked for the oral health service of the PSF in the neighborhoods of Jardim Palmeiras I, Jardim Palmeiras II and Vila Mauricéia. Having signed the consent form, the participants were interviewed both at the beginning and at the end of the oral health services. Their speeches were recorded, transcribed and submitted to content analysis. Customers related oral health to systemic healthcare, mouth care and appearance. Many of them did know neither the meaning of PSF nor the way it works. For many users, PSF favored the proximity with health care professionals, contributing to a satisfactory welcoming. There were reflections on the items universality and integrality. The community agents and the collective meetings were considered to be facilitators

of the access to the oral health service. On the other hand, the great numbers of customers and the waiting time for the oral health service were considered to be limiting factors. Meeting these identified needs was the customers' greatest expectation. However, customers also search for a more humanized relationship with the professionals, a satisfactory oral health service regarding technical aspects, with good quality and agility. They evaluated the service by expressing both their satisfaction and dissatisfaction concerning organizational and professional aspects, and also concerning those aspects related to secondary and tertiary healthcare. Since customers identify challenges and improvements that should be taken into consideration during changing processes, listening to them and to their perceptions is fundamental in the process of healthcare evaluation.

Key-words: Family health care program, oral health, perception, customer satisfaction

SUMÁRIO

1	Introdução.....	12
2	Objetivo.....	16
2.1	Objetivo geral.....	16
2.2	Objetivos Específicos.....	16
3	Metodologia.....	17
4	Resultados.....	18
4.1	Artigo Científico 1... ..	18
4.2	Artigo Científico 2.....	39
5	Considerações Finais.....	60
6	Referências.....	62
7	Anexos.....	64
7.1	Dados fornecidos pelos residentes em saúde da família.....	64
7.2	Dados fornecidos pelo SIAB.....	65
8	Apêndices.....	66
8.1	Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES.....	66
8.2	Autorização da Coordenação do PSF para realização da pesquisa.....	67

1. Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1994. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. Surgiu como estratégia principal para reorganização dos serviços de saúde, no âmbito da atenção primária. O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. Dessa forma, profissionais e população criam vínculo de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e atendimento aos problemas de saúde da comunidade (1).

Em dezembro de 2000, através da portaria 1444, houve a inclusão das equipes de saúde bucal no PSF (ESB) pela necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de saúde bucal, visando uma melhora dos índices epidemiológicos nesse setor (2).

Dentro desse contexto, a cidade de Montes Claros, em 1998 iniciou a implantação das equipes de Saúde da Família, que apresentava, no momento do presente estudo, 163.000 pessoas cadastradas dentro de 43.000 famílias, o que correspondia a 46,6% de cobertura da população do município com 350.000 habitantes. No segundo semestre de 2005 houve a inclusão da ESB. Desde então a população de Montes Claros começou a contar com mais esta porta de entrada ao atendimento odontológico, restrita até então aos Centros de Saúde e algumas escolas (3).

No início do ano de 2008, o município de Montes Claros contava com 26 equipes de Saúde da Família com a presença do cirurgião-dentista, sendo 20 equipes qualificadas em modalidade 1 (com cirurgião-dentista e atendente de

consultório dentário) e 6 equipes em modalidade 2 (com a inclusão do técnico em higiene dental). Da modalidade 1, duas eram rurais. As unidades de PSF que apresentavam ESB correspondiam a 36,5% de cobertura da população em geral (3).

O Programa Saúde da Família trás benefícios para o município, uma vez que um maior número de pessoas passa a ser atendido nas Unidades de Saúde da Família, recebendo assistência contínua e qualificada. Dessa forma, pode-se melhorar os indicadores de saúde, reorganizar o sistema local de saúde, diminuir o número de exames complementares, de consultas especializadas, de encaminhamentos de urgência e emergência e as internações hospitalares desnecessárias. Além disso, nessa estratégia, os gestores municipais podem conhecer melhor as comunidades do seu município e suas prioridades, potencializando os recursos empregados, respondendo as demandas de forma mais integrada entre vários setores da administração municipal. Para que haja um maior entendimento dessas demandas é importante que se saliente e faça valer a participação popular, um dos princípios estabelecidos pela Constituição e que orientam o SUS.

A Lei nº 8.142/90 estabeleceu duas instâncias nas quais se dá a participação da população: conferências de saúde e conselhos de saúde. As conferências de saúde têm o papel de analisar a situação de saúde da população e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde. O conselho de saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Nas duas situações, existe representação nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal, com participação paritária da população (4). Essa participação permite às pessoas exercerem o controle social.

Narvai, em 2001, já destacava que para o PSF ser efetivamente uma estratégia de construção do SUS e não um programa, na pior acepção do termo, é crucial que, em cada município, sua implantação e desenvolvimento ocorra sob acompanhamento e controle do respectivo conselho de saúde e a partir de práticas democráticas de gestão, devendo realmente haver uma contribuição para a reorganização do modelo de atenção (5). Na área odontológica, segundo Moysés (2002), o controle social e a participação comunitária nos vários aspectos que compõem a atenção à saúde bucal implicam em uma democratização e desmonopolização, por se tratar de uma das áreas mais fechadas e corporativamente protegidas no âmbito das profissões de saúde (6). É importante que a odontologia se torne efetivamente “de família”, “comunitária” e orgânica aos interesses da população. Entretanto, identifica-se constantemente que as Equipes de Saúde Bucal no seu trabalho cotidiano não participam dos espaços institucionalizados de controle social (7).

A participação popular contribui para aproximar o planejamento de ações às reais necessidades da população, podendo contribuir para reorganização dos serviços de saúde. Segundo Trad *et al.*, (2001), a avaliação feita pelos próprios usuários, considerando suas necessidades e expectativas, constitui um indicador sensível da qualidade do serviço prestado (8). 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 (9). Ao se expressarem, podem monitorar e controlar as atividades dos serviços públicos de saúde, fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercendo controle social (10)

Uma grande limitação nos estudos empíricos de satisfação é a utilização da teoria da realização da expectativa ou confirmação da expectativa. De acordo com esse modelo, o usuário demonstra satisfação quando recebe aquilo que esperava ou mais do que esperava (11). Corre-se o risco de basear o grau de satisfação com o serviço apenas no desejo do usuário, refletindo dessa forma a satisfação apenas como expectativa atendida, sendo que é possível que haja satisfação para um dado item do serviço, em relação ao qual o usuário não tinha nenhuma expectativa (12). Com efeito, Newsome e Wright (1999) consideram que a expectativa antecede a satisfação, podendo ocorrer independente da experiência obtida com o serviço. No entanto, a satisfação só se dá em decorrência da experiência do mesmo (13). Vale destacar que essa variabilidade de correlações presentes na literatura entre satisfação e expectativa pode ser explicada pela diversidade de metodologias utilizadas (14). Ao se investigar expectativa e satisfação de usuários de serviços públicos odontológicos, pretende-se auxiliar a gestão, fornecendo subsídios para ajustes e intervenções sobre a forma de organização dos serviços, visando um melhor atendimento dos usuários.

2 .OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Avaliar a percepção dos usuários quanto à saúde bucal e ao serviço público odontológico no município de Montes Claros/MG.

2.2 Objetivos específicos

1. Avaliar a percepção dos usuários de serviços públicos odontológicos quanto ao PSF e à equipe de saúde bucal.
2. Avaliar as expectativas e satisfação dos usuários, respectivamente, na entrada e saída do serviço de atenção básica odontológica em PSF do município de Montes Claros - Minas Gerais.

3. Metodologia

Optou-se por apresentar o trabalho em forma de artigos científicos, cuja metodologia foi incluída no texto de cada artigo.

O primeiro artigo intitulado “Percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde de Montes Claros/MG quanto à saúde bucal e ao serviço público odontológico”, e o segundo intitulado “Expectativas e satisfação do usuário do serviço público odontológico de Montes Claros - MG”, foram escritos segundo as normas de publicação do periódico: *Interface: comunicação, saúde e educação*.

4. Resultados

4.1 Artigo Científico 1

Percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde de Montes Claros/MG quanto à saúde bucal e ao serviço público odontológico

The perception of customers of the “Sistema Único de Saúde”- the Brazilian Public Health Care System- in the town of Montes Claros / MG concerning oral health and the public oral healthcare.

Resumo

Esse estudo avaliou a percepção dos usuários quanto à saúde bucal e ao serviço público odontológico no município de Montes Claros/MG. Os participantes foram selecionados de uma lista dos usuários adultos (n=25) agendados para tratamento odontológico no Programa de Saúde da Família (PSF). Após conhecimento da pesquisa e assinatura do termo consentimento livre e esclarecido, os usuários foram entrevistados, sendo suas falas gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo. Os usuários relacionaram saúde bucal com saúde sistêmica, cuidados com a boca e aparência. Muitos desconheciam o significado de PSF, bem como sua lógica de funcionamento. Para os usuários, o PSF favoreceu a proximidade com o profissional de saúde, contribuindo para o acolhimento satisfatório. Houve reflexões sobre universalidade. Os agentes comunitários e as reuniões do acolhimento foram considerados facilitadores do acesso ao serviço odontológico. Por outro lado, no discurso sobre os fatores limitantes do acesso houve referência do grande número de usuários e do tempo de espera para atendimento odontológico.

Palavras-chave: Percepção, Saúde bucal, Programa Saúde da Família

Abstract

This study evaluated customers' perception concerning oral health and the public oral healthcare in the town of Montes Claros, in the State of Minas Gerais (Brazil). Participants were selected from a list of costumers who were booked for the local oral health services of the family health care program. Having signed the consent form, the participants were interviewed both at the beginning and at the end of the oral health services. Their speeches were recorded, transcribed and submitted to content analysis. Customers related oral health to systemic healthcare, mouth care and appearance. Many of them did know neither the meaning of PSF nor the way it works. For many users, PSF favored the proximity with health care professionals, contributing to a satisfactory welcoming. There were reflections on the item universality. The community agents and the collective meetings were considered to be facilitators of the access to the oral health service. On the other hand, the great numbers of customers and the waiting time for the oral health service were referred to as limiting factors.

Key words: perception, oral health, Family health care program

Introdução

Etimologicamente, percepção é um termo derivado do latim *percebere* e significa observar ou conhecer por meio dos sentidos (Cunha, 1982). A autopercepção sobre saúde e doença bucal possui um caráter subjetivo e demonstra com clareza que o conceito de saúde e doença é relativo e pode ser definido como a experiência subjetiva de um indivíduo acerca do seu bem-estar funcional, social e psicológico, com forte influência cultural (Silva *et al.*, 2006).

Alguns estudos, com diferentes populações, foram realizados para avaliação da percepção de saúde/doença bucal dos usuários de serviços públicos de saúde. O processo saúde /doença bucal foi relacionado à capacidade de trabalho, à sobrevivência, a aspectos religiosos, a dor, incômodo e incapacidade, estética e às normas odontológicas de higiene bucal e de dieta (Paixão, 1986; Ferreira *et al.*, 1987; Martins, 1999; Abreu *et al.*, 2002).

O discurso popular é relevante para a adequação e implementação dos serviços de odontologia dentro da realidade social das localidades estudadas. Dessa forma, o planejamento de ações coletivas em saúde deve levar em consideração não somente a eficácia da intervenção (Amaral *et al.*, 2003), mas sobretudo as percepções que os grupos populacionais têm da sua realidade (Abreu *et al.*, 2002).

Assim, a questão da participação popular não pode ser negligenciada, especialmente por se constituir um direito garantido no texto constitucional, compondo uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde (Bosi e Affonso, 1998).

Portanto, a construção de uma estratégia como a saúde da família deveria acontecer juntamente com a comunidade que será assistida pelo programa, contemplando um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a participação da comunidade, principalmente no espaço micro da participação, representado pelas relações cotidianas (Yépez e Moraes, 2004). Isso evitaria, o que foi observado em estudos sobre

percepção dos usuários: a dificuldade de reconhecimento do PSF como tal, bem como sua lógica de funcionamento (Solla *et al*, 1996; Andrade e Ferreira, 2006).

A expansão das ações de saúde bucal no âmbito da estratégia de saúde da família no Brasil, tem motivado reflexões sobre a organização da prática odontológica para resgatar a dívida histórica com os “excluídos” dessa atenção (Manfredini, 2006). O grande desafio é poder oferecer atenção primária às famílias e poder oferecer tratamento odontológico mais complexo nas unidades básicas de saúde, em total harmonia com o SUS. Em alguns municípios brasileiros a atenção à saúde bucal no PSF tornou-se a “porta de entrada” do sistema, mas sem conseguir organizá-lo, em face de inexistirem recursos para atendimento de maior complexidade, ou seja, a população fica restrita a procedimentos básicos e por isso não recebe o tratamento completo (Oliveira e Saliba, 2005).

Dentro desse contexto, a cidade de Montes Claros, em 1998 iniciou a implantação das equipes de Saúde da Família, que apresentava 46,6% de cobertura da população do município com 350.000 habitantes. No segundo semestre de 2005 houve a inclusão da equipe de saúde bucal (ESB) (SIAB/DATASUS, 2007). No início do ano de 2008, Montes Claros contava com 26 equipes de Saúde da Família com cirurgião-dentista, o que representava 36,5% de cobertura da população em geral, sendo 20 qualificadas em modalidade 1 (com cirurgião-dentista e atendente de consultório dentário) e 6 em modalidade 2 (com a inclusão do técnico em higiene dental). Da modalidade 1, duas eram rurais (SIAB/DATASUS, 2007).

A importância da equipe de saúde bucal dentro da Estratégia Saúde da Família e a ausência de dados sobre sua implantação em Montes Claros associado à preocupação com a subjetividade daquele que é o ator social mais interessado na estratégia, o usuário, justificaram a realização desse estudo, que tem como objetivo avaliar a percepção dos

usuários quanto à saúde bucal, ao PSF e aos serviços odontológicos realizados segundo a estratégia da saúde da família.

Metodologia

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa, empregando a técnica de entrevista não-estruturada individual. A orientação metodológica foi baseada em Minayo (2000).

Os participantes do estudo foram aleatoriamente selecionados de uma lista de todos os usuários adultos (18 a 60 anos) cadastrados e agendados para tratamento odontológico nos PSF Jardim Palmeiras I, Jardim Palmeiras II e o Vila Mauricéia. Esses PSF foram selecionados por conveniência, após determinação de homogeneidade do contexto social de todos os PSF do município. Essa constatação foi obtida após a caracterização de todos os PSF quanto aos aspectos demográficos, sócio-econômicos e culturais: destino do lixo, tratamento de água de consumo, abastecimento de água, destino das fezes e urina, fornecimento de energia elétrica, tipo de casa que reside a população, número de indivíduos com 7 a 14 anos que estão na escola e número de indivíduos com 15 anos ou mais que são alfabetizados. Os dados foram disponibilizados pela coordenação das Equipes de PSF e dados do Sistema de Informação de Atenção Básica, mais especificamente do consolidado das famílias cadastradas do ano de 2008. Foram incluídos os PSF urbanos com ESB modalidade I com mais de um ano de atividade, sendo: Independência I, Jardim Palmeiras, Santa Eugênia, Nova Morada, Jardim Palmeiras II, Vila Oliveira e Vila Mauricéia.

A percepção de saúde bucal e do serviço público de saúde foi avaliada por meio de entrevista a partir das seguintes perguntas norteadoras: qual o conhecimento você tem de PSF; e da saúde bucal no PSF; o que é ter saúde bucal pra você. O critério de saturação das respostas foi empregado para determinar a interrupção das entrevistas, ou seja, encerraram-se as entrevistas no momento em que as respostas se tornaram coincidentes. Os discursos

foram gravados em gravador digital (Panasonic[®], modelo RR-US360) e posteriormente transcritos.

As entrevistas foram realizadas nas Unidades de Saúde, imediatamente antes do primeiro contato do usuário com serviço odontológico.

O material obtido foi submetido à análise de conteúdo segundo orientações de Minayo (2000). A apresentação das falas transcritas respeitou a grafia e a sintaxe utilizada pelos entrevistados. Todas as entrevistas foram realizadas, gravadas e transcritas pelo mesmo pesquisador.

Todos os participantes que aceitaram participar desse estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas somente foram iniciadas após obtenção de autorização pela Coordenadoria da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros. Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES e recebeu parecer favorável para sua execução (CEP/UNIMONTES -870/07).

Resultados e Discussão

Alguns indicadores quantitativos serão brevemente apresentados para se conhecer a situação econômica e social do grupo estudado. Foram entrevistados 25 usuários, com média de idade de 35,84 anos ($\pm 12,29$; 18 a 60 anos), sendo a maioria mulheres (68%) e com 9 a 11 anos de estudo (52%). A maior parte dos participantes não trabalhava (40%) e possuía renda individual menor que um salário mínimo (64%). Já a renda familiar estava entre 1 a 2 salários mínimos para a maioria dos participantes (52%).

A média da renda individual e familiar foi de R\$ 296,20 ($\pm R\$ 439,67$; 0 a R\$2000,00) e de R\$ 714,49 ($\pm R\$ 491,84$; R\$ 200,00 a R\$ 2000,00), respectivamente. Em cada casa residia de 2 a 10 pessoas, com média de 4,84 ($\pm 1,75$) pessoas por domicílio.

O material obtido das entrevistas foi organizado em torno de três temas: conceitos relacionados à saúde bucal, conceito de PSF e saúde bucal no PSF.

1 Conceitos relacionados à saúde bucal

1.1 A inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica

A percepção de que a saúde bucal não é restrita à boca, mas que pode afetar outros órgãos, podendo gerar outros problemas foi detectada entre as falas dos entrevistados.

“Ah, eu acho que é tudo de bom, né...! É bom pra saúde da gente. Tem que ter cuidado com os dentes, escovação, eu acho que tem que ter cuidado, igual eu mesmo, hipertensa, que tenho problema de coração, eu tenho que fazer o tratamento o mais rápido possível”. (U-22)

Quando a saúde bucal é atingida, também a saúde geral pode ser diminuída (Giddon, 1987). A combinação entre pobre saúde bucal e doenças sistêmicas agudas ou crônicas pode criar um espiral negativo no qual as doenças são agravadas pela condição de saúde bucal e esta pode deteriorar-se enquanto outros problemas médicos progridem (MacEntee and Gibson, 1985; Ferreira, 2007).

1.2 Cuidado com a boca

1.2.1 Auto cuidado

Muitos usuários associaram saúde bucal com higiene bucal. Nas falas, foi verificada uma responsabilização dos usuários pelo seu estado de saúde.

“...primeiro depende da gente. Eu aprendi a escovar meus dentes a pouco tempo. Eu fiz um tratamento na Unimontes e lá eu aprendi, sabe? Então daí pra cá eu tô seguindo, mas já tinha estragado dente né? Então, depende da gente obedecer, porque é ensinado pra gente”.(U-8)

“...eu acho que é a gente tratar dos dentes...escovar, ter limpeza direitinho, toda vez que a gente come tem que escovar...comer doce..se não .a bactéria vai só estragando”.(U-13)

“É mais prevenção, né?... É tá escovando os dentes 3 vezes ao dia, tá usando fio dental...pra prevenir...se não o trabalho dela é todo jogado por terra, se não previne”.(U-26)

“É escovar os dentes todo dia, no horário certinho, não só no horário certinho, mas toda vez que comer alguma coisa precisa escovar”. (U-11)

Essa relação pode refletir o fato de que os usuários consideram a saúde bucal não como um estado, mas a atividade de cuidar do corpo (Paixão *et al.*, 1995 apud Abreu *et al.*, 2002). Da mesma maneira, Abreu *et al.* (2002) e Silva *et al.* (2006) observaram essa situação em outras populações de usuários do SUS. Na medida em que os hábitos de higiene são prescritos para toda a sociedade, a responsabilização pelo adoecimento bucal é focalizada no indivíduo, “eximindo assim, a prática odontológica e a própria sociedade de questionar o papel que desempenham na produção da doença” (Bernd *et al.*, 1992; Mendonça, 2001; Vargas, 2002).

1.2.2 Relacionado ao profissional

Observou-se também que a saúde bucal foi condicionada a consultas odontológicas e o cuidado com a saúde surgiu vinculado a uma ordem do profissional.

“... É ter cuidado para estar indo no dentista, ter acompanhamento mesmo”.(U35)

“... É cuidar, né? Dentro de casa, no dentista, ir ao dentista regularmente”. (U12)

As falas sugerem que o discurso dos profissionais de saúde bucal, que realizam reuniões coletivas com a comunidade, esteja sendo reinterpretado (Boltanski, 1989). O vínculo da saúde bucal com consultas odontológicas mostra que a população se apropria do modelo tido como hegemônico na área da saúde, para o qual o ser humano é considerado uma máquina e a doença um mau funcionamento dos mecanismos biológicos. O papel do dentista, nesta lógica, consiste em intervir para consertar um defeito de funcionamento (Capra, 1989).

1.3 Aparência

A saúde bucal foi associada por grande parte dos usuários com a aparência. A boa aparência dos dentes foi expressa como importante para as trocas sociais, pessoais, profissionais e para o bem-estar do indivíduo.

“É a sala de visita. É igual a doutora tava explicando, saúde bucal é tudo, né? Vamos supor num serviço...Então serve pra tudo! Pra aparência também, para você dá um sorriso...os dentes belezinha”. (U-6)

“...É o ponto de entrada, o cartão postal da pessoa. Se a pessoa não tiver um bom sorriso...ninguém vai querer nem chegar perto....dente feio...é o cartão postal da pessoa”. (U-14)

“Primeiramente pra mim é tudo de bom. Levanta a auto estima das pessoas, tem muita gente que não sorri por vergonha, por cárie, outros inclusive... tem pessoas que eu conheço que já teve até depressão porque tava com dente estragado, ou assim até pra arrumar namorado mesmo é difícil. Acho que é a base de tudo ter dente saudável, né? O sorriso, acho que é a primeira impressão assim”. (U-27)

“Você fica até com vergonha de sorri, os dentes estragados”. (U-15)

A aparência é um elemento facilitador para as trocas sociais, pois o indivíduo aprendeu a avaliar-se segundo a apreciação dos outros. O sorriso tem conotações bastante significativas em nossa sociedade: anuncia bem-estar, alegria, segurança, auto-estima, satisfação em relação ao outro e boa acolhida à aproximação (Wolf, 1998). Como afirmou Faria (2005), segundo Silva *et al.* (2006), o indivíduo busca cada vez mais a beleza estética para afirmação de si mesmo no social. Esse aspecto é fortemente exacerbado pelo poder da mídia que exerce grande influência na vida das pessoas, através da exaltação de padrões estéticos, na maioria das vezes, bastante rígidos.

2 O que pensam sobre o PSF

Não houve uma identificação muito clara do PSF como tal, por parte dos usuários.

“(...) essa é a primeira vez que eu tô vindo, então eu não tenho conhecimento”.(U19)

“(...) eu fiquei conhecendo agora, a pouco tempo que eu consegui a vaga pra fazer esse tratamento, eu não sei direito o que pode e o que não pode, né?”. (U-21)

“Não tenho (conhecimento), porque é a primeira vez que eu tô participando do tratamento aqui”.(U-11)

Este achado foi corroborado por Trad *et al.* (2002) e Andrade e Ferreira (2006). Os últimos autores atribuíram esse fato à falta de participação da comunidade na construção da estratégia saúde da família. Os autores complementaram, citando Solla *et al.* (1996), que há uma dificuldade em visualizar a lógica de funcionamento do PSF. A observação de que os usuários demonstraram a necessidade de participarem do processo, ou de serem atendidos pelos serviços, para que possam efetivamente conhecê-los, reforça essa reflexão.

Entretanto, muitos usuários elaboraram preconceitos, estabelecendo avaliações dos serviços antes de participarem dele, com base no relato ouvido de outras pessoas.

“Pelas informações que agente tem do pessoal que usa o serviço é muito boa (equipe de saúde bucal)”.(U-26)

“Mas, eu vejo falar que é bom, outros que é ruim”.(U-29)

A experiência de outros usuários, dos familiares e de vizinhos sobre os serviços prestados pela unidade de saúde e sobre o desempenho profissional dos membros da equipe que nela atuam é fator determinante para a escolha de um determinado serviço (Ramos e Lima, 2003).

De outra forma, muitos usuários acreditam que o PSF pode favorecer a proximidade com o profissional de saúde, aumentando o vínculo entre eles. Em sua retórica, o PSF conclama para a construção de uma nova maneira de operar a saúde, isto é,

aponta para a produção do cuidado com vistas à implantação de um desenho de saúde humanizado, o que requer considerar a singularidade e a subjetividade de cada sujeito no processo diagnóstico-terapêutico, incluindo as dimensões subjetivas e sociais envolvidas no adoecimento. Nessa perspectiva, a comunicação se constitui em importante instrumento para humanizar o cuidado em saúde no PSF (Rodrigues, Lima e Roncalli, 2008). Através de contato direto com as famílias, principalmente através das visitas domiciliares e das reuniões em grupo onde se dá o acolhimento, há uma preocupação da equipe em se valorizar a história do paciente, determinando de forma concreta um vínculo duradouro entre usuário e serviço. As ações devem direcionar também para a construção da autonomia do usuário, contribuindo para aumentar a sua capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde a partir de suas condições concretas de vida, o que os tornará capazes de instituir novos modos de vida e protagonizar a produção da saúde. Isso significa possibilitar o conhecimento sobre o processo saúde-doença, os desejos e valores dos usuários na construção dos cuidados à saúde (Campos, 2003 apud Rodrigues, Lima e Roncalli, 2008).

Toda a prática em saúde está permeada por uma dimensão cuidadora, que visa produzir processos de falas e escutas, relações intercessoras com o mundo subjetivo dos usuários – como ele constrói suas necessidades de saúde – relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético, articulação de saberes para compor projetos terapêuticos (Merhy, 2002). A base está no olhar de responsabilização do profissional pelo cuidado do usuário, o que exige mais que um interrogatório de anamnese centrado no procedimento. Exige um diálogo que produz momentos de fala e escuta, em que o paciente passa a se sentir confiante e reconhece aquele profissional como uma referência de cuidado. Segundo Teixeira (2006), tal conduta ainda é pouco perceptível na prática odontológica. O autor discute que tal constatação torna-se ainda mais relevante quando se considera que o

“resultado de um processo terapêutico é decididamente influenciado pela qualidade da interação profissional-paciente, mesmo quando se dispõe de diagnóstico e prescrição de tratamento competente”, confirmando que o trabalho em saúde torna-se vazio quando isento de suas dimensões social e humana.

“Eu acho que PSF é uma área que abrange todos nós aqui, constitui uma família para mim...acho que é como se fosse uma família para mim”. (U-19)

“Eu penso que PSF é uma comunidade de pessoas, né...de médicos, de enfermeiros, que não chega a ser médico mesmo, uma comunidade de pessoa”.(U6)

Observa-se que nas falas citadas acima, foram demonstradas percepções quanto à atuação interdisciplinar e a territorialização como formas de organização da estratégia. Para assegurar a produção e saúde, ao mesmo tempo estimulando a ampliação dos usuários quanto à capacidade de reflexão, co-gestão, Campos (1998) propôs a busca de um modelo comprometido e vinculado com os usuários, que atue em equipes multiprofissionais, operando conhecimentos multiprofissionais. Entretanto, a simples atuação multiprofissional, sem interação entre as várias disciplinas, não é suficiente. O trabalho centrado na interdisciplinaridade e não mais na multiprofissionalidade requer uma abordagem questionadora quanto às certezas profissionais e estimula a comunicação horizontal entre os componentes da equipe (Brasil, 2000). A territorialização e adscrição da clientela definem a área de atuação de cada equipe, norteando o acompanhamento e responsabilização por parte das mesmas.

PSF como certeza de um acolhimento satisfatório e da atenção necessária esteve presente em muitas falas.

“...Sempre tem alguém para nos acolher, determinados momentos, né?” (U-19)

“...eu sou muito bem atendida aqui, sou morador daqui há mais 20 anos”.(U-9)

“...é uma coisa pra saúde, né? Melhorar a saúde das pessoas”. (U-22)

“Tenho tratamento médico, do clínico, consigo receita, eu uso remédio controlado para depressão eu consulto aqui também, o médico encaminha, muito bom o serviço deles...muito bom a participação do PSF na comunidade”. (U-26)

O acolhimento surge a partir das relações que se estabelecem entre usuários e profissionais no atendimento e está ligado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários, não se limitando apenas a uma recepção cordial, mas incluindo a escuta ativa do usuário (Lopes e Silva, 2004).

Reflexões sobre a universalidade proposta pelo SUS emergiram do discurso dos usuários, que demonstraram reconhecer o não cumprimento de tal princípio, garantido constitucionalmente e que resgata a cidadania.

“Oh, saúde da família, esse nome me preocupa muito porque quando fala saúde da família é uma totalidade, e às vezes a gente não consegue muita coisa...eu acho que não deve pronunciar saúde da família”.(U-8)

Portanto, as políticas de promoção de saúde bucal nessa realidade e no Brasil como um todo devem considerar que as pessoas têm direitos sociais que devem ser respeitados.

As concepções de acesso mais fácil, do foco na família e da importância dos procedimentos preventivos na atenção à saúde realizada pelo PSF também foram abordadas pelos usuários, surgindo comparações com “Posto de Saúde”. As vantagens da estratégia da saúde da família puderam se contrapor a total ausência dela nas práticas adotadas pelos antigos postos de saúde.

“Talvez seja mais fácil o atendimento que você tá precisando.É... e abrange toda família, não é só você. Não é só quando você tá precisando mesmo, não é igual Posto de saúde, né? Quando você tá precisando muito, o PSF é mais fácil que o Posto de Saúde”.(U-14)

“...o PSF ao meu ver é pra melhorar, né?” (U-8)

“Ué, agente procura como uma melhora pra gente. Tranqüilidade, ser mais fácil de ser tratado.” (U-20)

Coincidentemente com os achados de Trad *et al.* (2002), os usuários reconhecem novidades positivas com o PSF. Da mesma forma, Aguiar e Moura (2004) observaram que a maioria dos usuários da equipe de saúde da família de um município cearense expressou uma melhora do serviço de saúde a partir da implantação do PSF.

3 Saúde bucal no PSF

3.1 PSF e acesso aos serviços de saúde bucal

3.1.1 A importância do Agente Comunitário de Saúde

Os agentes comunitários de saúde, atuantes nos PSF são citados por vários usuários como profissionais decisivos na determinação do acesso aos serviços odontológicos, uma vez que realizam a visita domiciliar.

“A agente vai lá na minha rua, sempre eu procuro ela e consigo as consultas”.
(U-18)

Coincidindo com estudo anterior de Trad *et al.* (2002), os agentes comunitários de saúde são identificados pelos usuários como alguém que desempenha o papel de mediador entre comunidade e os profissionais de saúde. Ou seja, são valorizados pelo fácil trânsito que dispõem no sistema formal de atenção à saúde, o que torna menos árduo o processo de acesso ao cuidado. A atuação do agente é ainda citada como influente no tempo de espera para conseguir o atendimento odontológico.

“Eu já sabia que aqui tinha dentista e não tinha oportunidade de tratar, aí quando o agente de saúde do PSF foi lá visitar as casas é que eu tive oportunidade de incluir meu nome na agenda”.(U-39)

“Eu venho muito pouco aqui, às vezes ela vai lá em casa, sabe,...saiu rapidinho o negócio dos dentistas” .(U-29)

3.1.2 Acolhimento como porta de entrada

As reuniões coletivas, onde se realiza o acolhimento, também foram vistas como a porta de entrada no serviço público de saúde.

“Eu vim trazer a minha sobrinha aí teve a reunião com ela e perguntou se eu tava precisando de algum tratamento odontológico e aí eu falei que tava” .(U-07)

É importante salientar que além de atuarem como facilitadoras do acesso, as reuniões podem influenciar nas medidas e nos comportamentos de saúde a serem adotados pela população.

3.1.3 Limitantes do acesso

Por outro lado, alguns usuários imaginam que o grande número de usuários que necessitam dos serviços e o tempo de espera para atendimento podem dificultar o acesso aos serviços, determinando o estabelecimento de prioridades no atendimento.

“Eu acho que pela quantidade de pessoas que procura, não vai ser só eu que vou ter uma urgência, muita gente que tem mais necessidade do que eu, às vezes pode precisar. Eu acho que não vai ser tão fácil pela quantidade de pessoas que procuram o PSF” .(U-16)

“Eu não tenho assim...a gente sabe que tudo a gente tem que esperar um pouco, né?...um tempo de 3 anos, igual esse dente aqui. Como eu fiquei 2 anos esperando, eu arranquei o dente porque tava infeccionado” . (U-49)

“...só é demorado, né?”(U-18)

O serviço público apareceu como a única alternativa viável para aqueles cujo acesso ao serviço odontológico privado se configura como um problema.

“É porque eu tava sem condições de fazer o tratamento particular, aí eu procurei aqui, porque eu soube que aqui tava tratando de cada bairro”.

(U-22)

*“Ah, porque eu num posso pagar assim, né? Pra fazer tratamento mais caro, não dá conta, né?”.**(U-29)*

*“Eu por exemplo, tenho dentes fracos, então eu não tenho como ficar pagando, eu vou ver se pelo ao menos, trato esses dentes aqui no posto. Fica muito caro o tratamento de dente, então eu procurei a agente e conversei com ela”.**(U-18)*

Tal resultado foi também observado por Silva *et al.* (2006) em uma população de Coimbra/MG atendida pelo SUS. .

Percebe-se nas falas dos usuários que houve inicialmente a intenção de realizar o tratamento em um serviço particular, mas não condiz com sua realidade. Outros chegaram a iniciar o tratamento odontológico no serviço privado e, por falta de condições financeiras para finalizar, procuraram o serviço público para dar continuidade.

“Oh, eu vim procurar pelo seguinte, eu ia fazer particular, só que particular é muito caro, eu não dou conta de pagar”. *(U-10)*

*“Eu tô fazendo tratamento de dois aqui, mas é muito caro, então eu procurei aqui pra ver se eu faço, se resolve”.**(U-21)*

*“Eu fechei o canal, não tenho condições, tenho que recorrer à prefeitura mesmo”.**(U-6)*

A utilização dos serviços de saúde oficiais pela classe trabalhadora é sempre cercada de conflitos. Ao mesmo tempo em que a população exige tratamento adequado nesse sistema, ela o procura em outros locais (Abreu *et al.*, 2002). Entretanto, Santos (1995) observou que os usuários se submetem às dificuldades na obtenção de acesso ao

atendimento, muitas vezes pelo fato de que o serviço procurado representa a alternativa mais viável, especialmente sob o aspecto econômico.

Considerações finais:

Os usuários dos PSF estudados reconhecem a relação entre saúde bucal e sistêmica e associam a saúde bucal com a aparência, com higiene e realização de consultas odontológicas. Na avaliação do PSF a partir da perspectiva do usuário se observam contradições e dificuldades para a consolidação das suas proposições teóricas. Mesmo que a maior parte dos usuários não possua uma compreensão clara sobre o PSF, as informações dos usuários destacaram elementos importantes relacionados a esse programa como, vínculo, atuação multiprofissional, territorialização, acolhimento, universalidade, foco na família, atenção primária e prevenção. Quanto aos serviços públicos odontológicos, os usuários reconhecem os agentes de saúde e a ocorrência de reuniões coletivas como facilitadores do acesso. No discurso sobre os fatores limitantes do acesso, houve referência ao grande número de usuários e do longo tempo de espera para atendimento odontológico. Entretanto, com todas as dificuldades para enfrentamento de seus problemas de saúde bucal, os usuários relatam ser o serviço público odontológico a única alternativa viável para tratamento.

Referências Bibliográficas:

1. ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; MODENA, C. M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p.245-249, 2002.
2. AGUIAR, A. C. S.; MOURA, E. R. F. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia – CE. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde*. Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 163-169, 2004.

3. AMARAL, L. A. et al. Água de consumo humano como fator de risco à saúde em propriedades rurais. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 37, n. 4, p. 510-514, 2003.
4. ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família da Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.1, p.123-130, Out. 2006.
5. BERND, B. et al.. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde em Debate*. v. 34, p. 33-39, 1992.
6. BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal; 1989. 191p.
7. BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cadernos de Saúde Pública*. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 355-365, 1998
8. BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.
9. CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 14, n. 4, p. 863-70, 1998.
10. CAPRA, F. O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix. 1989.
11. CUNHA, A. G. Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.
12. FARIA, C. N. G. Corpolatria: Uma Busca de Relação. 2005. 89 f. Monografia (trabalho apresentado da graduação do curso de Psicologia), Universidade Estadual de Minas Gerais, Instituto de Ensino Superior, Departamento de Psicologia, Divinópolis.

13. FERREIRA, A. G; CARVALHO, C. L; PEDROSO, M. A. G. Processo Saúde Doença Bucal: Uma percepção Popular. Belo Horizonte, Faculdade de Odontologia da PUC/MG, 1987.
14. FERREIRA, R. C. Saúde Bucal de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência de Belo Horizonte [Tese].Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.Faculdade de Odontologia,2007.
15. GIDDON, D.B. Oral health and the quality of life. Journal American College Dentists, v.54, p.10-15, 1987.
16. GOLDBAUM, M.; GIANINI, R.J.; NOVAES, H.M.D.; CÉSAR, C.L.G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. Rev. Saúde Pública, São Paulo,v.39.n.1.fev.2005.
17. LOPES, M. J. M.; SILVA, J. L. A. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. Revista Latinoamericana de Enfermagem. v. 12, n. 4, p. 683-688, 2004.
18. MACENTEE, M. I; GIBSON, G. W. R. Oral health in a long term care institution equipped with a dental service. Community Dental Oral Epidemiology. v. 13, p. 260-263, 1985.
19. MANFREDINI, M. A. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. Saúde Bucal Coletiva-Metodologia de Trabalho e Práticas.Santos. 2006, p. 43-73.
20. MARTINS, E. M. Construindo o Valor Saúde Bucal. Ação coletiva, Brasília, v.2, abr./jun. 1999.
21. MENDONÇA, T. C. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores sobre a responsabilidade pela perda dentária. Cadernos de Saúde Pública. São Paulo, v. 17, n. 6, p. 1545-1547, 2001.
22. MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

23. MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 7 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2000.269p.
24. OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, p. 297-302, 2005.
25. PAIXÃO, H. H. Saúde e Doença: Um Estudo de Representação Social. *Arquivos do Centro de Estudos do Curso de Odontologia*. Belo Horizonte, v.23, n.1-2, p.9-17, 1986.
26. RAMOS, D.D. & LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande de Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.27-34, Jan /fev 2003.
27. RODRIGUES, M. P; LIMA, K. C; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p.71-82, 2008.
28. SANTOS, M.P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 48, n. 2, p.109-119, 1995.
29. SIAB/DATASUS - Secretaria municipal de Saúde de Montes Claros-MG, 2007
30. SILVA, C. J. P; FERREIRA, E. F; MAGNAGO, F. M; ALVES, R.G. Percepção de Saúde Bucal dos Usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Coimbra/Minas Gerais. *Rev. Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, v.47, n.3, p.23-28, dez.2006.
31. SOLLA, J.J.S.P.; MEDINA, M.G.; DANTAS, MBP. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde em Debate*, v.51, p.4-15, 1996.

32. TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 45-51, 2006.
33. TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M.; NUNES, M. O estudo etnográfico da satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.7, n.3, p.581-589, 2002.
34. VARGAS, AMD. Políticas Públicas e Qualidade de Vida: um estudo epidemiológico sobre a perda dentária [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Veterinária, 2002.
35. WOLF, S.M.R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Revista da APCD*, São Paulo, v.52, n.4, p.307-316, jul./ago. 1998.

4.2 Artigo Científico 2

Expectativas e satisfação dos usuários do serviço público odontológico no Programa de Saúde da Família na cidade de Montes Claros/MG

Expectations and satisfaction of costumers of the public oral health service of the Family health care program in the town of Montes Claros/MG

Resumo:

Esse estudo avaliou as expectativas e a satisfação dos usuários de serviço odontológico nas unidades de atendimento do Programa de Saúde da Família (PSF) na cidade de Montes Claros/MG. Após conhecimento do estudo e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os usuários (n=25) foram entrevistados nos momentos iniciais e finais do tratamento odontológico. As falas dos entrevistados, após devidamente gravadas, foram submetidas a uma análise de conteúdo. A resolução da necessidade percebida emergiu como principal expectativa dos usuários. Os usuários também buscam uma relação profissional-paciente mais humanizada, aliada a uma prática odontológica satisfatória quanto aos aspectos técnicos, de qualidade e de rapidez na execução. Os usuários também avaliaram o serviço odontológico quanto aos seus aspectos organizacionais, profissionais e relativos à atenção secundária e terciária. A escuta do usuário e de suas percepções é fundamental ao processo de avaliação dos serviços de saúde, uma vez que identificam desafios e melhorias, que devem ser consideradas nos processos de mudanças.

Palavras-chave: Satisfação do usuário, Programa Saúde da Família, Odontologia.

Abstract

This study evaluated the expectations and satisfaction of the costumers of the public oral health service in the town of Montes Claros, in the State of Minas Gerais (Brazil). Participants were selected among adult costumers who were booked for the oral health

service of the Family health care program in town. Having signed the consent form, the participants were interviewed both at the beginning and at the end of the oral health services. Their speeches were submitted to content analysis. Meeting the identified needs was customers' greatest expectation; they also search for a more humanized relationship with the professionals, a satisfactory oral health service regarding technical aspects, with good quality and agility. Customers evaluated the service by expressing both their satisfaction and dissatisfaction concerning organizational and professional aspects, and also concerning those aspects related to secondary and tertiary healthcare. Since customers identify challenges and improvements that should be taken into consideration during changing processes, it is concluded that listening to them and to their perceptions is fundamental in the process of healthcare evaluation.

Key words: customer satisfaction, Family health care program, dentistry.

Introdução

O fortalecimento do controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o incentivo à participação comunitária pressupõe uma concepção do usuário do sistema de saúde com competência para avaliar e intervir modificando o próprio sistema. Houve um aumento do interesse pela avaliação da satisfação no início dos anos 70 (Prévost, Fafard e Nadeau, 1998). Segundo Ware *et al.* (1983), a medida da satisfação dos usuários ou dos pacientes é uma avaliação pessoal dos cuidados e dos serviços de saúde que são dispensados.

No Brasil, os estudos de satisfação ganharam destaque a partir da segunda metade da década de 90, com o fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação e o controle social atuando como uma das formas de acompanhamento e avaliação das unidades de Saúde da Família (Aharony e Strasser, 1993; Sitzia e Wood, 1997).

Os estudos de avaliação de satisfação de usuário 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 (Trad *et al.*, 2002; Aspinal *et al.*, 2003). Quando a experiência do usuário no sistema de saúde se reduz a uma pergunta relacionada à satisfação ou insatisfação, deixam de ser contempladas considerações sobre as crenças, os modos de vida, as concepções do processo saúde–doença dos usuários do sistema de saúde, aspectos que claramente influenciam os modos de utilização dos serviços pelos mesmos. Por outro lado, as pesquisas qualitativas permitem que os usuários falem sobre o serviço de saúde a partir de um leque mais amplo de posições (Deslandes, 1997).

Minayo e Sanches (1993) defenderam a representatividade da fala individual em relação ao coletivo, questionamento comumente feito à pesquisa qualitativa. Relataram que amostras reduzidas, não produzem necessariamente medidas exclusivamente individuais. Ancorados em teóricos sociais, esses autores reforçaram que falas individuais são tecidas de material ideológico. Em relação às técnicas qualitativas, a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais, dada a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (Minayo, 1992).

Alguns estudos defendem o emprego da categoria expectativa na avaliação de satisfação. Staniszewska e Ahmed (1999) afirmaram que esta é uma medida mais complexa que a literatura costuma retratar. Pode variar em tipos, em valores (positivas e negativas) e modificam-se ao longo do cuidado recebido.

Segundo Santos, Uchimura e Lang (2005), qualquer serviço e/ou programa de saúde deve guardar relação direta com as expectativas e os valores socioculturais da população usuária. Esperidião e Trad (2005) puderam observar nos resultados de estudo, que a medida que se tem a expectativa superada, novas expectativas são formadas, e de modo mais exigente. O conceito de expectativa, as tipologias utilizadas e os métodos de pesquisa precisam ser mais bem investigados (Marcinowicz, 2004). Este mesmo autor sugere a utilização de pesquisas qualitativas.

Partindo desse pressuposto, este estudo qualitativo objetivou avaliar as expectativas e satisfação dos usuários, respectivamente, nos momentos de entrada e saída

do serviço odontológico de atenção básica no PSF do município de Montes Claros - Minas Gerais.

Metodologia

A proposta metodológica deste estudo insere-se na abordagem qualitativa, que busca apreender o significado do fenômeno, de acordo com a percepção dos atores sociais (Minayo, 2000)

Os espaços de observação eleitos foram os PSF Jardim Palmeiras I, Jardim Palmeiras II e o Vila Mauricéia. Os informantes foram aleatoriamente selecionados de uma lista de todos os usuários adultos (18 a 60 anos) cadastrados e agendados para tratamento odontológico nesses PSF. Esses PSF, selecionados por conveniência, estão inseridos em contextos sócio-econômicos-culturais semelhantes a todos os outros distribuídos no município.

Após estudo piloto deu-se início às entrevistas. A entrevista não estruturada, com perguntas norteadoras, foi empregada, possibilitando aos usuários discorrer sobre as questões apresentadas sobre expectativa e a satisfação, com conteúdo gravado em gravador digital (Panasonic[®], modelo RR-US360) sob o devido consentimento do informante, após o que foram submetidas à transcrição. As perguntas abordavam temas tais quais: o que espera encontrar no serviço de odontologia; a sua expectativa inicial coincidiu com o encontrado; o que achou do serviço com relação aos aspectos organizacionais e profissionais; como soube desse serviço; entre outras. As entrevistas foram realizadas inicialmente nas Unidades de Saúde antes da primeira consulta e após o término do tratamento odontológico.

O critério de saturação das respostas foi empregado para determinar a interrupção das entrevistas, ou seja, encerraram-se as entrevistas no momento em que as respostas se

tornaram coincidentes.. Todas as entrevistas foram realizadas, gravadas e transcritas pelo mesmo pesquisador. O material obtido foi submetido à análise de conteúdo (Minayo, 2000). Através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, as categorias específicas foram estabelecidas. Finalmente, na análise final buscou-se estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. A apresentação das falas transcritas respeitou a grafia e a sintaxe utilizada pelos entrevistados.

O trabalho foi iniciado após obtenção de autorização pela Coordenadoria da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros - MG. O presente estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES (CEP/Unimontes: 870/07).

Resultados e discussão

Alguns indicadores quantitativos serão brevemente apresentados para se conhecer a situação econômica e social do grupo estudado. Foram entrevistados 25 usuários, com média de idade de 35,84 anos ($\pm 12,29$; 18 a 60 anos), sendo a maioria mulheres (68%) e com 9 a 11 anos de estudo (52%). A maior parte dos participantes não trabalhava (40%) e possuía renda individual menor que um salário mínimo (64%). Já a renda familiar estava entre 1 a 2 salários mínimos para a maioria dos participantes (52%)

A média da renda individual e familiar foi de R\$ 296,20 ($\pm R\$ 439,67$; 0 a R\$2000,00) e de R\$ 714,49 ($\pm R\$ 491,84$; R\$ 200,00 a R\$ 2000,00), respectivamente. Em cada casa residia de 2 a 10 pessoas, com média de 4,84 ($\pm 1,75$) pessoas por domicílio.

Expectativa quanto ao serviço público odontológico

Ao analisar as falas relacionadas à expectativa do usuário emergiram as categorias a seguir.

Resolução da necessidade percebida

Para a grande maioria dos usuários, a expectativa quanto ao serviço odontológico se limitou à resolução da sua necessidade percebida, incluindo resolução da dor, tratamento endodôntico e procedimentos restauradores. As falas a seguir ilustram esse achado:

“Porque eu tô sentindo dor, né? Se eu não tivesse sentindo dor, não teria procurado”.(U-27)

“Porque eu tava sentindo muita dor de dente, meu rosto inchou, nossa! Eu não tava agüentando, sabe?”.(U-19)

“Eu espero que eles consertem minha obturação e eu vou ficar satisfeita”.(U-14)

“Eu tô com uma obturação quebrada e eu tô precisando obturar meu dente, é só isso mesmo”.(U-14)

“...que eu encontre aqui o que tô precisando, o canal”.(U-10)

“Porque eu tô precisando ajeitar um canal no dente, eu comecei fazer, porém não terminei”.(U-60)

Santos (1995), já dizia em seus estudos, que geralmente, o usuário de serviços públicos faz parte de populações que vivem em condições socioeconômicas precárias e que buscam os serviços de forma assistencial (para atendimento médico/odontológico e busca de medicamentos e vacinas). Estes usuários interessam-se mais por um padrão mínimo de sobrevivência do que pela própria qualidade dos serviços.

A preocupação quanto a procedimentos preventivos e tratamento precoce para evitar agravamento da doença, assim como melhora da saúde, foi realçada por um número mínimo de usuários.

“O tratamento...agora vai olhar todos. O que tiver algum problema inicial, com certeza ele vai terminar ele, né? E não vou ter problemas igual o outro que senti dor”.(U-28)

“Eu espero melhorar minha saúde. Saúde bucal é muito importante”.(U-15)

Sabe-se que há uma superação por parte dos indivíduos, da necessidade curativa em relação à atenção preventiva. A pouca importância dispensada a procedimentos preventivo-promocionais foi discutida em estudos de Guedes e Garcia (2001); Andrade e Ferreira (2006), ao relatarem que quando as pessoas se mostram insatisfeitas com o tratamento recebido, este está relacionado com o tratamento preventivo.

Profissional competente e humanizado

Os usuários manifestaram em seus discursos que buscam uma relação humanizada com o profissional.

“Eu espero, né...que eu seja bem aceita...que eu seja bem recebida”.(U-19)

“Oh, eu espero que os dentes que estão precisando...faça com amor, né? Pra gente ficar sentindo feliz da vida inteira. A gente nunca esquece”.(U-8)

“...que eu seja bem cuidada...eu espero ser bem atendida. Não só eu, mas todos que vão fazer tratamento”.(U-27)

Deve ser ressaltada aqui a importância do papel do profissional na definição do tipo de relação estabelecida com o usuário nos consultórios, ou onde quer que se realize a ação sanitária. O caráter humanizado e horizontal desta relação tem de fato um importante papel na melhoria e transformação, justamente pelo reconhecimento de sua relevante dimensão educativa (Yépez e Moraes, 2004). Moraes e Ongaro (1998) afirmaram que o resultado de um processo terapêutico é decididamente influenciado pela qualidade da interação profissional-paciente, mesmo quando dispõe de diagnóstico e prescrição de tratamento competente, confirmando que o trabalho em saúde torna-se vazio quando isento de suas dimensões social e humana.

Os usuários esperam também uma prática odontológica satisfatória nos aspectos técnicos.

“Oh, eu espero encontrar uma doutora boa, né? Que faz o serviço também direitinho. É isso”. (U-6)

“Eu espero que ela trate direitinho pra mim, pra eu não perder meu tempo (risada). É isso que eu espero dela”.(U-13)

“... profissionais capacitados pra resolver o problema”. (U-30)

Serviço de qualidade e rápido

Em relação ao serviço, os usuários manifestaram esperar qualidade e rapidez.

“... espero encontrar melhor rapidez, melhor serviço, né? É isso”.(U-9)

“Eu espero que encontre o melhor, né? Uma coisa boa, né? Pra ficar bom, né, o tratamento”. (U-29)

A Atenção Primária à Saúde de qualidade tem sido um requisito bastante enfatizado atualmente em vários países. O usuário entende como qualidade a obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas, carências e necessidades de saúde (Campos, 2005)

Por outro lado, alguns usuários demonstraram uma insegurança em relação à qualidade do atendimento, bem como da relação qualidade/gratuidade. As falas a seguir ilustram essa situação.

“Eu espero que eles tratem, não vou dizer que vai tratar bem, mas pelo menos ajuda, né?”.(U-11)

“Eu espero encontrar produto de qualidade, né? De durabilidade, principalmente porque tá dispondo de produto gratuito”.(U-26)

Uma provável explicação para esta questão reside na propagação de uma idéia de serviço público desprovido de qualidade, imposto pela mídia de forma geral (Souza,

1997). Outro elemento que pode influenciar as percepções dos serviços públicos é a desconfiança dos cidadãos no governo, nos políticos e nos servidores públicos. A percepção quanto à honestidade e à integridade do governo afeta a avaliação do público em relação aos serviços que recebem dessas instituições (Santos, 1995).

Quando os usuários foram questionados quanto à satisfação com o serviço odontológico dentro da ESB foi observado um direcionamento para respostas positivas. Segundo Guedes e Garcia (2001), as respostas dos usuários acerca de seu nível de satisfação quanto ao atendimento nos serviços do SUS apresentam essa tendência positiva, devido ao receio do entrevistado que as respostas desfavoráveis possam resultar em algum tipo de sanção no atendimento. Três temas emergiram dos depoimentos: aspectos organizacionais, relativos aos profissionais de saúde e atenção secundária e terciária.

Aspectos Organizacionais

Ao analisar os aspectos organizacionais foram definidas as seguintes categorias:

Tempo de espera para conseguir o atendimento:

Foram observados dois depoimentos diferentes, sendo que a maioria dos usuários demonstrou satisfação quanto a esse aspecto.

“... não teve espera nenhuma não, foi rapidinho”. (U-34)

“...foi rápido. Teve uma reunião e em seguida já agendaram o tratamento”.

(U-47)

“Foi rápido, né. Devido ser um postinho assim do município, foi até rápido o atendimento, eu gostei”.(U-48)

Entretanto, observou-se também a insatisfação por parte de alguns usuários, que queixaram demora para conseguir o tratamento.

“Mas agente encontra muitas barreiras, muita dificuldade de chegar até lá. Eu mesmo fiquei esperando mais de um ano pra conseguir”.(U-20)

“Foi demorado. Uns três meses”.(U-37)

“Eu fiquei esperando mais de um ano pra conseguir”.(U-45)

“Ah, foi demorado. Pra conseguir foi demorado. Mais ou menos um ano. De um ano pro outro”. (U-48)

Ao se pensar num modelo de atenção que tenha por princípio a universalidade do atendimento, ou seja, a garantia de acesso a todos os cidadãos aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, surge a pergunta se a demora para ter o direito ao atendimento, está coerente com tal propósito. Essa demora pode refletir a dificuldade do PSF de organizar e estruturar as demandas dos serviços da unidade de saúde (Santos, Uchimura e Lang, 2005), sugerindo a necessidade de planejamento de saúde no município, tomando-se como ponto de partida à realidade local quanto à saúde bucal, recursos humanos e físicos.

Tempo esperado na sala de espera

Os usuários mostraram-se satisfeitos pelo fato de terem aguardado pouco tempo para o atendimento na sala de espera, no dia da consulta, sendo que, alguns deles manifestaram surpresa com tal situação.

“Foi rápido. Em torno de 10 a 20 minutos, foi rápido”. (U-48)

“Foi mais rápido do que eu pensava, porque ela atende bastante. Até que eu achei que não demorou a chamar não”.(U-24)

“... pra mim foi ótimo, ela me chamou até fora do horário. Era 08h40min e ela me chamou antes”. (U-17)

“Muito rápido, porque os horários já eram marcados, né?”. (U-47)

“Todo horário que ela marcava pra mim eu chegava e era atendida no horário que ela marcou”. (U-34)

De fato, os usuários identificaram organização do serviço (agendamento prévio) e pontualidade do profissional. Esse é um instrumento que humaniza a assistência e facilita o acesso efetivamente (Ramos & Lima, 2003).

Verificou-se que os casos emergenciais são atendidos com prioridade, determinando mudanças no agendamento, podendo ocasionar um aumento no tempo de espera; tal situação não gerou insatisfação no usuário.

“Às vezes tem que esperar, né? Tem os casos urgentes. Veio gente aí hoje, meu horário tava marcado 8 horas, mas é tudo normal, tudo tranquilo”.(U-39)

Horário de funcionamento do serviço odontológico

Os usuários manifestaram que há um respeito à disponibilidade de cada um, bem como flexibilidade no agendamento, com possibilidade de marcação de consultas em diferentes turnos e reagendamentos quando necessário.

“Os horários fui eu mesma que escolhi. Ela me perguntou se podia ser de manhã ou à tarde, eu que escolhi os horários”.(U-37)

“Porque tem dia que ela atende cedo, né? E tem dia que ela atende de tarde. E aí controla, né?”.(U-43)

“Foi ótimo. Foi tranquilo. Pessoal responsável, inclusive que eu não podia tá no dia da consulta, fui lá visar, eles me marcaram pra outro dia, foi muito bom, gostei”. (U-48)

“... ela perguntava se tinha algum problema da gente tá indo naquele horário ou queria mudar”. (U-44)

A possibilidade de atendimento noturno surgiu como uma alternativa para melhorar o serviço. Foi observado que alguns usuários trabalham durante todo o dia, justificando a necessidade do atendimento noturno.

“Mas, se tivesse à noite também seria melhor”.(U-46)

“...mas, se tivesse à noite era melhor, né?”. (U-45)

Localização do serviço

A localização da unidade básica de saúde próxima à residência do usuário surgiu entre os motivos de satisfação dos usuários com o serviço.

“Pra mim é ótimo. É pertinho da minha casa”. (U-34)

“Pra mim tá ótimo, porque eu moro aqui pertinho, né?”. (U-23)

“...minha casa não fica muito longe do PSF não”. (U-37)

Estudos de Régis Filho e Lopes (1996), confirmado por Andrade e Ferreira (2006), relataram a importância da existência de uma unidade de saúde próxima aos domicílios dos usuários, não só pela facilidade de acesso até lá, como também por facilitar a vida de pessoas que têm filhos e que precisam deixá-los sozinhos quando têm de ir ao serviço de saúde.

Aspectos relativos ao profissional de saúde

Relacionamento profissional e usuário

Os usuários inicialmente manifestaram expectativa de encontrar uma relação humanizada com o profissional e, depois de concluído o tratamento odontológico, mostraram satisfação nesse aspecto. Houve referência à educação, carinho, atenção e informação por parte dos profissionais envolvidos (cirurgião-dentista e atendente de consultório dentário).

“É... as mulher lá do dentista... eu fui muito bem atendido”.(U-38)

“Elas são ótimas, muito educadas, me tratam muito bem. O relacionamento com eles foi tranquilo, foi ótimo”.(U-17)

“Eu achei que eu fui atendida muito bem, muito bom o atendimento e...respeito, né? É muito importante. Superou minhas expectativas”.(U-16)

“Eu gostei muito. Ela é muito legal, a dentista, a auxiliar dela também. Gostei”.(U-37)

“Eles atendem legal. Deram muita atenção pra mim, muita atenção mesmo. Tanto o agente que veio aqui em casa, como o dentista, certo? E até a auxiliar, né? Dela, que trabalha com ela...me tratou muito bem mesmo”.(U-43)

“Fui bem recebido. Elas falou tudo certinho pra mim. Pra mim fazer as coisa”.(U38)

Esse trabalho evidencia que a dimensão “cuidadora” dessa equipe de trabalho é constante em suas práticas, o que pode favorecer o vínculo com os usuários. Segundo Merhy (2002), quando isso não ocorre, os usuários reclamam da falta de interesse e responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do problema. Os usuários sentem-se inseguros, desinformados, desamparados e desrespeitados.

Rodrigues, Lima e Roncalli (2008) afirmaram que uma prática de saúde humanizada não é o desenvolvimento de uma técnica ou artifício, mas um processo vivencial que deve permear toda a atividade dos profissionais, procurando realizar e oferecer um tratamento que os usuários merecem como pessoas humanas, dentro das circunstâncias peculiares aos serviços de saúde.

Segundo Teixeira (2006), a confiança que o paciente tem no profissional e no serviço gera uma satisfação e uma resposta melhor daquele paciente diante das orientações profissionais, pois ele passa a participar da consulta. Isto pode ser um mecanismo para enfrentar o desafio da educação em saúde bucal, uma vez que ela é pouco desenvolvida e, quando realizada, está fortemente apoiada em práticas de transmissão de conhecimentos, sem espaço para as práticas dialógicas. Para Biato (2003) apud Teixeira (2006), o aprendizado dos ensinamentos do dentista depende da qualidade da comunicação com o paciente. Deve-se buscar uma escuta atenta e a percepção constante do que a paciente

expressa, estabelecendo-se uma conversa de mão-dupla, em que cada um desempenha sua função social.

Qualidade do serviço realizado pelo cirurgião-dentista

Ter considerado o serviço bem ou mal realizado foi motivo de satisfação ou insatisfação identificados no discurso dos usuários, retratando a subjetividade da avaliação.

“Eu... não gostei muito do tratamento porque depois que a dentista mexeu nos meus dentes...eu tenho até que voltar e pedir ela pra dar uma olhadinha. Eu não posso tomar água gelada, coisa quente...o que ela mexeu ta doendo, tá incomodando”.

(U-47)

“Eu fui bem atendida, sabe?O dentista fez um trabalho assim, que eu senti que foi bem feito”.(U-49)

“Bom, muito bom. Porque é uma questão assim... o tratamento de dente que agente vai olhando... pela atenção que ela teve... eu vi que ela trabalha muito bem... a qualidade do serviço dela é bom”. (U-43)

É importante ressaltar que queixas à respeito dos serviços técnicos, propriamente ditos, são inerentes a este ou àquele serviço, ao público ou ao privado. Elas afloram individualmente ou em grupo e cabe ao usuário questioná-las junto ao profissional, bem como ao profissional esclarecê-las.

A integralidade do atendimento

A incerteza ou a impossibilidade de tratamento de todas as necessidades foi motivo freqüente de insatisfação dos usuários. Como o PSF realiza procedimentos de atenção básica em saúde bucal, existe uma cobrança na fala dos entrevistados em relação à atenção secundária. Tratamento endodôntico radical, restaurações indiretas, próteses, entre outros procedimentos são demandas sentidas por essa população.

“... só que as coisas mais difíceis mesmo, aqui não é feito. Não por elas, mas não tem material suficiente. O probleminha é só esse”.(U-23)

“ ‘ Agora eu vou ter queir pra colocar prótese no dente’.(U-34)

“Aqui não troca bloco, coroa. Somente resina, coisa mais simples”.(U-23)

“... lá não faz canal... se tivesse todo tipo de atendimento seria melhor”.(U-46)

“Ficou faltando o canal. E ela falou comigo se eu puder fazer particular, né? Pra mim fazer, se não...”(U-37)

*“Só esses dois mesmo que não resolveu. É o local mesmo que não tem material”.
(U-23)*

De maneira semelhante, Aguiar e Moura (2004) observaram que a grande maioria dos usuários considera que a equipe de saúde bucal do PSF resolve parcialmente seus problemas. Segundo os autores, sobre essa questão é importante ressaltar que os profissionais que atuam no PSF devem dialogar com a população adscrita a respeito da hierarquização dos serviços de saúde, explicando o poder de resolução da atenção primária. E ainda, desvincular a idéia do simples e do complexo como ruim e bom, respectivamente. Andrade e Ferreira (2006) também observaram entre as principais queixas dos usuários do PSF do município de Pompeu/MG a falta do tratamento reabilitador no serviço.

Entretanto, as reivindicações dos usuários guardam estreita relação com as atribuições das equipes de saúde da família, quando o Ministério da Saúde determina prestar assistência integral à população adscrita, respondendo a demanda de forma contínua e racionalista e garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra referência para os casos de maior complexidade (Brasil, 2001). As reivindicações também vão ao encontro dos pressupostos de reorientação do modelo de atenção em saúde bucal das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de

“garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa” e de “assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência” (Brasil, 2004).

Essa insatisfação pode refletir também a deficiência história da assistência odontológica no Brasil, principalmente quanto à atenção secundária e terciária, pois esses níveis de atenção não acompanharam, no setor odontológico, o crescimento de oferta de serviços de atenção básica. A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos, ainda assim, com grande demanda reprimida. Os dados recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco - regionais de saúde (Brasil, 2004). Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde vem contribuindo na implantação de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas. Como em Montes Claros, a implantação desses centros é recente, provavelmente, a população, de maneira geral, ainda não se beneficia com esses serviços, persistindo a insatisfação quanto a esse aspecto.

Silva *et al.* (1995) analisaram que quando a tendência é registrar a satisfação, os resultados desfavoráveis encontrados (insatisfação) devem ser registrados com atenção, pois se tornam indicadores relevantes sobre o serviço em questão.

Considerações finais

Os achados desse estudo mostraram que a procura pela resolução das necessidades percebidas foi a maior expectativa relatada pelos usuários. Esses buscam uma relação humanizada com o profissional e uma prática odontológica satisfatória quanto aos aspectos técnicos. Entretanto, sentem-se inseguros quanto à qualidade dos serviços, principalmente por serem gratuitos. Os usuários mostraram-se satisfeitos com os aspectos organizacionais. Requisitaram o atendimento odontológico noturno e realçaram o bom relacionamento adquirido com os profissionais. As insatisfações surgidas recaíam sobre a demora para se conseguir o atendimento e a impossibilidade de continuar o tratamento, evidenciando a fragilidade no encaminhamento para os níveis secundário e terciário de atenção.

A escuta dos grandes responsáveis pela existência dos serviços, permite a conscientização dos principais problemas sentidos, propiciando uma melhor organização dos serviços e satisfação dos usuários.

Referências

1. AGUIAR, A. C. S.; MOURA, E. R. F. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia – CE. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde*. Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 163-169, 2004.
2. AHARONY, L.; STRASSER, S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review*, v.50,n.1,p.49-79, 1993..
3. ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família da Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.1, p.123-130, Out. 2006.

4. ASPINAL, F.; ADDINGTON-HALL.; HUGHES, R.; HIGGINSON, I.J. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *J Nurs, Adv* v.42,p.324-329, 2003.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional da assistência. Brasília (DF): O ministério, 2001.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília. 2004.
7. CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant, Recife*, v.5, supl1,Dez 2005.
8. DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v.13,n.1,p.103-107, 1997.
9. ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência Saúde Coletiva* ,v.10 (sup),p.303-312, 2005.
10. GUEDES, D.G..M.; GARCIA, T.R. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina Grande (PB). *Rev. Saúde em Debate*,v.25,n.59,p.40-9,2001.
11. MARCINOWICZ, L. Patient' s expectations for medical care-concepts, typology, research methods. *Pol Merkuriusz Lek*, v.17,p.95-97, 2004.
12. MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002
13. MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
14. MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 7 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2000.269p.

15. MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, v.9,n.3,p.239-262,1993.
16. MORAES, A.B.A.; ONGARO, S. Contribuição da psicologia da saúde à odontologia. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S.T.F., organizadores. Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: Edusc; 1998.p.87-103.
17. PRÉVOST, A.; FAFARD, A.; NADEAU, M.A. La mesure de la satisfaction des usagers dans le domaine de la santé et des services sociaux: l' experience de la Régie Régionale Chadière - Appalaches. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, v.13,n.1,p.1-23, 1998..
18. RAMOS, D.D. & LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande de Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro,v.19,n.1,p.27-34, Jan /fev 2003.
19. REGIS FILHO, G.I. & LOPES, M.C. Estudo de clima organizacional em serviços ambulatoriais de saúde pública. Primeira parte: Perfil dos usuários e nível de satisfação. Itajaí: Secretaria Municipal de Saúde; 1996.
20. RODRIGUES, M. P; LIMA, K. C; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.13,n.1,p.71-82, 2008.
21. SANTOS, M.P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. *Revista Brasileira de Enfermagem*,v. 48, n. 2, p.109-119, 1995.
22. SANTOS, S.M.S.; UCHIMURA, K.Y.; LANG, R.M.F. Percepção dos usuários do Programa Saúde da Família: uma experiência local. *Cadernos Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.687-704, 2005.

23. SILVA, L.M.V; FORMIGLI, V.L.A.; CERQUEIRA, M.P.; KRUCHEVSKY, L.; TEIXEIRA, M.M.A.; BARBOSA, A.S.M.; CONCEIÇÃO, P.S.A.; KHOURI, M.A.; NASCIMENTO, C.L. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde-avaliação do caso de Pau de Lima. *Caderno de Saúde Pública*, v.11,n.1,p.72-84,1995.
24. SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*,v.45,n.12,p.1829-1843,1997.
25. SOUZA, E.M. A satisfação dos idosos com o serviço de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, DF.1997. Dissertação(mestrado)- Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.
26. STANISZEWSKA, S.; AHMED, L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the ways patients evaluate their care? *J Adv Nurs* ,v.29,p.364-72,1999.
27. TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 45-51, 2006.
28. TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M.; NUNES, M. O estudo etnográfico da satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.7,n.3,p.581-589, 2002.
29. WARE,J.E.; SNYDER, M.K.; WRIGHT, W.R.; DAVIES, A.R. Defining and measuring patient satisfaction with medical care . *Evaluation and Program Planning*, v.6,p. 247-263,1983.

30. YÉPEZ, M.T. & MORAIS, N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.1, p.80-88, 2004.

5. Considerações finais

A necessidade de avaliação das práticas odontológicas dentro da estratégia de saúde da família foi o principal motivador da realização desse trabalho. A abordagem qualitativa foi escolhida, uma vez que o processo saúde/doença é permeado de elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que dele participam. Assim, o sucesso ou não de determinado serviço ou programa estaria também ligado à correspondência a determinados valores, ideologias, posições de classe, *status*, etnia, crenças de seus usuários.

Houve uma preocupação inicial, por parte dos pesquisadores, quanto à seleção dos PSF que deveriam participar do estudo, uma vez que o contexto sócio-econômico dos participantes poderia influenciar decisivamente a percepção dos usuários. Para tanto, foi realizada uma pesquisa inicial em dados descritivos dos PSF obtidos pelos alunos de residência em saúde da família. Sendo esses dados insuficientes para a caracterização necessária, os pesquisadores obtiveram também dados do Sistema de Informação de Atenção Básica, mais especificamente do consolidado das famílias cadastradas do ano de 2007 (SIAB/DATASUS, 2007), cujos resultados mostraram uma homogeneidade entre as áreas de abrangência dos PSF do município de Montes Claros nos aspectos: destino do lixo, tratamento de água de consumo, abastecimento de água, destino das fezes e urina, fornecimento de energia elétrica, tipo de casa que reside a população, número de indivíduos com 7 a 14 anos que estão na escola e número de indivíduos com 15 anos ou mais que são alfabetizados. Os dados obtidos estão demonstrados nas tabelas em anexo (ANEXO 1 E 2).

Neste trabalho, o modelo adotado permitiu observar a percepção que os usuários têm da saúde bucal e do serviço público, onde generosamente revelaram o que pensam e sentem à respeito do assunto. Encontramos a maioria

dos usuários representados pelas mulheres e com renda familiar entre um a dois salários mínimos, sendo que 40% dos entrevistados não trabalhavam. Esse baixo poder econômico mostrou ser um dos motivos pela procura do serviço público.

Mesmo apresentando dificuldades no enfrentamento dos seus problemas de saúde, muitos relataram, na maioria dos aspectos abordados, satisfação com o que recebiam. Não tinham conhecimento sobre o que o PSF representa, mas relataram satisfação com o serviço recebido pela ESB. Em meio às suas carências, resolver o que os incomoda e ter um acolhimento satisfatório, representa a maior expectativa para muitos, já que os procedimentos curativos são prioritários para os usuários, embora alguns se sintam inseguros com relação à obtenção de um serviço de qualidade, até mesmo pelo fato de ser gratuito.

Há preocupação entre os usuários com a inter-relação saúde bucal e sistêmica, assim como a aparência. A associação entre saúde bucal e higiene mais consultas odontológicas é conceito presente na realidade dessas pessoas.

Apesar de estarem satisfeitos com grande parte dos aspectos organizacionais, os usuários fizeram sugestão do atendimento noturno e apresentaram queixas sobre o tempo esperado para se conseguir o atendimento odontológico. Dessa forma, verifica-se que há o reconhecimento de algumas novidades positivas com o surgimento do PSF, mas a mudança da estratégia Posto de Saúde/ PSF, ainda engatinha em alguns aspectos. Essa abordagem é realçada nos questionamentos feitos pelos usuários sobre o não cumprimento dos princípios da universalidade e integralidade. Com simplicidade e descrença deixavam transparecer um sentimento de desesperança relacionado ao desrespeito à cidadania e de não conseguir tudo aquilo que foram buscar. Em alguns momentos, os seus discursos refletiram a fragilidade dos direitos sociais adquiridos, realçando a limitação do termo “saúde da família”, bem como a impossibilidade de tratamento de todas as necessidades. Percebe-se que o serviço não reconhece as reais demandas dos usuários, demonstrando que a participação popular na gestão dos serviços de saúde ainda é incipiente. Na prática, o controle social ainda é bastante frágil.

Portanto há de se considerar a participação desses atores sociais nos processos de planejamento e gestão, inserindo a subjetividade dos mesmos, dimensão em geral negligenciada, a fim de se construir pilares baseados nas

reais demandas de saúde, proporcionando práticas menos alienantes. Para isto, é necessário que os planos e programas de saúde bucal coletiva sejam elaborados utilizando métodos qualitativos, onde a população atendida tenha voz ativa, resguardando o interesse público.

6. Referências Bibliográficas

1. Brasil, Ministério da Saúde. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em outubro e novembro de 2004.
2. Dias AA. Saúde Bucal Coletiva e Legislação à Luz do Programa Saúde da Família. In: Dias AA, *et al.* Saúde Bucal Coletiva-Metodologia de Trabalho e Práticas. São Paulo: Ed. Santos; 2006.p.1-20.
3. SIAB/DATASUS - Secretaria municipal de Saúde de Montes Claros-MG,2007
4. Cunha JPP; Cunha RE. Sistema Único de Saúde- Princípios. In: Campos FE; Oliveira Júnior M; Tonon LM (Org). Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: Coopmed, 1998, cap.2, p.13-22. (Cadernos de Saúde;1).
5. Narvai PC. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF? Jornal do site Odonto, ano 3,n37, edição da primeira quinzena de maio de 2001. Disponível em www.jornaldosite.com.br. Acesso em 19/07/2003.
6. Moyses SJA. A odontologia no Programa de Saúde da Família.10 anos do PSF em Curitiba: A história contada por quem faz a história.Curitiba,2002.
7. Manfredini MA. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. Saúde Bucal Coletiva-Metodologia de Trabalho e Práticas.Santos,2006.p43-73.

8. Trad LAB, Bastos ACS , Santana EM & Nunes M 2001. *A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contexto s.* PNEPG, CNPq.
9. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(2):429-35.
10. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(sup):303-312.
11. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982; 16:577-82.
12. Owens DJ, Bachelor C. Patient satisfaction on and the elderly. *Soc Sci Med* 1996; 42(11):1483-91.
13. Newsome PRH, Wright GH. A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *Br Dent J* 1999; 186: 161-5.
14. Staniszewska S, Ahmed L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the ways patients evaluate their care? *J Adv Nurs* 1999; 29: 364-72.

7. ANEXOS

7.1 Dados fornecidos pelos residentes em saúde da família

Aspectos sanitários	Nova Morada	Vila Mauricéia	Santa Eugênia	Vila Oliveira	Independência I	Jardim Palmeiras I	Jardim Palmeiras II
Destino do lixo:	96,5%	97,63%	99,19%	99,56%	99,33%	100%	
.Coletado	0	1,82%	0,81%	0,44%	0,4%	0	?
.Queimado/enterrado	3,5%	0,56%	0	0	0,27%	0	
.Céu aberto							
Tratamento da Água de consumo:	74,4%	83,52%	98,39%	83,80%	84,08%	94,12%	94,04%
.Filtro	0	9,92%	0	15,17%	0,64%	0	0,97%
.Cloro	25,6%	0	0	0,29%	0	0,64%	0,14%
.Fervura	0	6,56%	1,61%	0,74%	15,29%	5,24%	4,85%
.Sem tratamento							
Abastecimento de água:		99,72%	99,18%	99,41%	100%	96,70%	99,50%
.Copasa	?	0	0	0,44%	0	0	0,40%
.Poço ou nascente		0,28%	0,81%	0,15%	0	3,3%	0,10%
.Outros							
Destino de fezes e urina:	94,8%	91,34%	95,97%		95,54%	100%	99,31%
.Esgoto	5,2%	7,96%	4,03%	?	3,18%	0	0,69%
.Fossa	0	0,70%	0		1,27%	0	0
.Céu aberto							
Energia elétrica:							
.Sim	100%	100%	100%	100%	92,88%	100%	?
.Não	0	0	0	0	7,12%	0	
Aspectos epidemiológicos							
Sexo dos moradores:							
.Feminino	50,5%	54%	50,35%	?	51,78%	52,02%	52,05%
.Masculino	49,5%	46%	49,65%		48,22%	47,98%	47,95%
Analfabetismo dos chefes de família:	19,25%	?	14%	?	?	2,4%	?
Distribuição da população segundo faixa etária:							
.< 1mês a 9 anos	20,38%		20,72%	13,64%	22,9%	13,84%	13,14%
.10 a 19 anos	21,01%	?	19,15%	20,22%	23,0%	16,63%	17,32%
.20 a 59 anos	53,59%		54,12%	58,37%	49,7%	60,32%	59,17%
.60 anos ou mais	5,02%		6,01%	7,76%	4,4%	9,21%	10,37%
Indivíduos com 15 anos ou mais que são alfabetizados	?	?	86%	91,81%	89,71%	89,2%	?
Renda per capita até 90 reais	?	?	7,3%	?	?	2,2%	4,2%

7.2 Dados do SIAB/DATASUS-2007

	Nova Morada	Jardim Palmeiras	Jardim Palmeiras II	Santa Eugênia	Vila Oliveira	Vila Mauricéia	Independência I
Total de Pessoas	3088	3010	2756	3021	2828	2771	3054
Sexo Masc	1546	1453	1297	1498	1330	1261	1468
Sexo Fem	1542	1557	1459	1523	1498	1510	1586
Famílias cadastradas	771	809	722	767	700	659	783
7 a 14 anos na escola	97,62%	96,68%	89,07%	98,87%	99,76%	98,43%	97,72%
15 e mais alfabetizados	92,45%	94,16%	93,03%	89,83%	94,68%	93,89%	90,48%
Pessoas com plano de saúde	9,78%	12,56%	11,05%	11,39%	10,64%	17,07%	4,22%
Trat. água filtração	85,99%	97,03%	94,04%	96,48%	84,29%	85,89%	96,04%
fervura	0,525%	0,37%	0,14%	0,13%	0,43%		0,38%
cloração	13,36%	0,37%	0,97%	2,48%	14,57%	9,10%	1,66%
s/ tratamento	0,13%	2,22%	4,85%	0,91%	0,71%	5,01%	1,92%
Água rede pública	100%	99,38%	99,45%	99,74%	99,29%	99,70%	100%
Casa de tijolo/adobe	99,87%	100%	100%	100%	100%	99,85%	99,87%
Energia elétrica	99,22%	99,51%	98,48%	99,61%	99,14%	95,30%	97,32%
Coleta pública de lixo	100%	99,88%	99,72%	100%	99,2% ⁹	97,57%	99,87%
Esgoto	92,2%	99,75%	99,31%	98,83%	94%	91,65%	81,48%

8 APÊNDICE

8.1 Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 10 de outubro de 2007.

Processo N.º 870/07.

Título do Projeto: Cuidado Primário no Serviço Público Odontológico de Montes Claros: expectativa e satisfação do usuário.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Maurício Batista de Paula.

Relatora: Profa. Ms Vânia Silva Vitas Boas Vieira Lopes.

Histórico

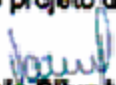
O Programa Saúde da Família foi implantado seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a partir de 1994. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. Surgiu como estratégia principal para reorganização dos serviços de saúde, no âmbito da atenção primária. Em dezembro de 2000, através da portaria 1444, houve a inclusão das equipes de saúde bucal no PSF pela necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de saúde bucal, visando uma melhora dos índices epidemiológicos nesse setor.

Mérito

Este projeto de pesquisa tem por objetivo avaliar as expectativas e satisfação dos usuários, respectivamente, na entrada e saída do serviço de atenção básica odontológica no PSF do município de Montes Claros. Este estudo adotarà uma abordagem qualitativa, empregando a técnica de entrevista semi-estruturada individual. A população estudada será formada pelos usuários adultos (18 a 60 anos) cadastrados no serviço público odontológico dentro da Estratégia de Saúde da Família em Montes Claros, o instrumento de coleta de pesquisa será a entrevista. A pesquisa não apresenta desconfortos e nem riscos aos envolvidos.

Parecer

A presidência do Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo 870, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa.


Prof.ª Vânia Silva Vitas Boas Vieira Lopes
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes

8.2 Autorização das Coordenações dos PSF para realização da pesquisa

