

CARACTERÍSTICAS IDEAIS DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

IDEAL CHARACTERISTICS OF THE DENTAL SURGEON IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

CARACTERÍSTICAS IDEALES DEL CIRUJANO DENTAL EN LA ESTRATEGIA DE LA SALUD FAMILIAR

Érika Fernandes Soares¹Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis²Maria do Carmo Matias Freire³

Resumo O objetivo do presente estudo é conhecer a visão de integrantes das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre as características ideais de um cirurgião-dentista para atuar nesse modelo. O estudo foi do tipo qualitativo, utilizando a técnica de grupo focal para a coleta de dados. Foram realizados grupos focais com agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos da ESF de Goiânia, Goiás, que haviam trabalhado com equipes de saúde bucal por um período mínimo de um ano. Os dados foram examinados utilizando-se a análise temática de conteúdo. Na percepção dos profissionais entrevistados, os cirurgiões-dentistas, assim como os demais profissionais da ESF, devem apresentar competências profissionais para atuar no campo da saúde pública e competências interpessoais, caracterizadas pela capacidade de comunicação, bom relacionamento, ética, criatividade em situações difíceis e equilíbrio emocional. Estas características remetem a uma formação profissional focada nos princípios do Sistema Único de Saúde e na Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave estratégia saúde da família; saúde bucal; recursos humanos.

Abstract The purpose of this study was to get to know the vision of the Family Health Strategy (FHS) team members concerning the ideal characteristics a dentist must have to work under this model. The study used a qualitative approach and the focus group technique to collect data. Focus groups were conducted with community health agents, nursing assistants, nurses and physicians from the FHS of Goiânia, Goiás (Central-West Brazil), who had worked with oral health teams for at least a year. Data were analyzed using thematic content analyses. In the view of the professionals who were interviewed, dentists, as well as other FHS professionals, must have professional skills to work in the field of public health and interpersonal skills characterized by the ability to communicate, have good relationships, ethics, creativity in tough situations, and emotional balance. These characteristics lead to vocational training focused on the principles of the Unified Health System the National Humanization Policy.

Keywords family health strategy; oral health; human resources.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo de atenção em saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi lançada em 1994 pelo governo brasileiro (Brasil, 2002a). Nesse processo, trabalhadores foram inseridos em unidades de saúde tendo como desafios o trabalho em equipe multiprofissional e as demandas em saúde apresentadas pela população adscrita. Como consequência, foi necessária nova organização do processo de trabalho em saúde até então balizado pelo paradigma tecnicista.

Para o cumprimento das atribuições das equipes de saúde da família desenhadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006), é preciso que o profissional de saúde apresente competências e habilidades construídas inicialmente na sua formação e aperfeiçoadas constantemente durante o processo de educação permanente (Pessanha e Cunha, 2009). No entanto, a orientação predominante na formação ainda é dissociada das mudanças no cuidado à saúde. Defronta-se ainda com modelos curriculares fragmentados, não inseridos nos serviços públicos de saúde, divididos em ciclos básicos e profissionais, em geral pouco integrados e dependentes de alta tecnologia (Brasil, 2007).

A odontologia, assim como as demais ciências da saúde, tem sido alvo de constantes críticas acerca de sua prática, caracterizada como isolada e desvinculada das demais, pautada na individualização e especialização do trabalho em saúde, com a quase exclusividade da atuação nos aspectos clínicos e técnicos (Narvai, 2002; Moysés, 2004; Teixeira, 2003). Evidências disso são as representações que o imaginário social revela sobre o cirurgião-dentista. A atuação predominantemente curativa instiga na população a imagem de profissional mutilador (Amorim e Santos, 1999/2000; Novais, 2007). Na visão dos demais profissionais de saúde, além de ter seu trabalho caracterizado como isolado e de cunho ambulatorial, a participação do cirurgião-dentista na equipe de saúde oscila entre insignificante e dispensável a fundamental e imprescindível (Saar e Trevizan, 2007). Segundo Chaves e Miranda (2008), o próprio cirurgião-dentista acredita que essa estigmatização da profissão esteja ligada à sua atuação clínica restrita ao consultório odontológico.

Com a inserção da equipe de saúde bucal (ESB) na ESF em 2001 (Brasil, 2000), espera-se uma mudança no perfil e, conseqüentemente, na atuação do cirurgião-dentista e sua equipe. Os poucos estudos publicados até o momento que avaliaram a atuação dessas equipes mostram alguns indícios de mudanças que convivem com o modelo tradicional de serviços de saúde (Soares et al., 2011).

Não existem, todavia, estudos que abordem a percepção dos demais componentes da ESF sobre as características ideais do cirurgião-dentista

para atuar na estratégia. Não se sabe, por exemplo, se para as equipes existem diferenças em relação às características ideais entre os profissionais das várias categorias que compõem a equipe de saúde da família. Informações sobre esta questão podem contribuir para subsidiar as discussões atuais acerca da formação dos profissionais de saúde bucal para as necessidades do SUS. Podem ainda ser utilizadas pelo serviço público para avaliação da atuação da ESB na ESF e aprimorar a atenção em saúde ofertada, desde o processo de seleção dos profissionais até as atividades de educação continuada destinadas a estes.

O objetivo do presente estudo⁴ é conhecer a visão dos profissionais das equipes da ESF sobre as características ideais de um cirurgião-dentista para atuar na estratégia.

Caminhos metodológicos

Este estudo foi desenvolvido segundo a perspectiva da abordagem qualitativa de pesquisa (Minayo, Deslandes e Gomes, 2007). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (protocolo n. 152/2008).

O estudo foi realizado no município de Goiânia (GO). Obedecendo ao princípio de descentralização do SUS, o município está dividido em sete distritos sanitários (Norte, Leste, Oeste, Sul, Sudoeste, Noroeste e Campinas-Centro). Em Goiânia, a ESF foi implantada em 1998. As primeiras 14 equipes de saúde bucal foram implantadas somente em 2005 (Reis, 2006).

Os sujeitos desta pesquisa foram profissionais de saúde lotados nas equipes de saúde da família e que, no período da pesquisa, tinham atuado por no mínimo um ano em equipe contemplada com ESB. Os critérios de exclusão foram: ser profissional da ESB (cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal) e ter tempo de atuação inferior a um ano em equipes de saúde da família com ESB. Quarenta profissionais apresentaram os critérios citados e foram convidados a participar da pesquisa. Os convites foram encaminhados por meio das cirurgiãs-dentistas supervisoras de cada distrito.

A técnica utilizada para a coleta dos dados foi a de grupo focal, considerada como um tipo de entrevista de grupo, porém com interação entre seus participantes, com base em tópicos fornecidos pelo pesquisador-moderador (Carlini-Cotrim, 1996; Minayo, 2008). Atendendo ao que tem sido proposto na literatura (Bunchaft e Gondim, 2004; Carlini-Cotrim, 1996; Dawson, Manderson e Tallo, 1993; Lervolino e Pelicione, 2001; Minayo, 2008), estipulou-se um número de até dez participantes por grupo, visando à otimização da técnica escolhida e prevendo os não comparecimentos. Com base no manual publicado pela Organização Mundial da Saúde sobre grupo focal

(Dawson, Manderson e Tallo, 1993), a coleta de dados foi operacionalizada entre os meses de janeiro a abril de 2009. A partir da pergunta norteadora 'quais as características de um cirurgião-dentista ideal para atuar na ESF?', procurou-se conhecer o perfil do cirurgião-dentista na percepção dos participantes. Para o registro das falas durante os encontros, optou-se pela utilização de microfones de lapela conectados a uma mesa de som, que gravava as falas em um *notebook*, por meio de um *software* apropriado para esse registro (Ableton Live Lite 6 M – Audio Enhanced Edition).

Foram realizados quatro grupos focais, dois com turmas mistas de agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem (AE) e dois também com turmas mistas de médicos(as) e enfermeiros(as). O agrupamento das categorias profissionais em nível médio e fundamental (ACS e AE) e nível superior foi organizado com o objetivo de evitar intimidação ou constrangimento entre aqueles com menor grau de instrução e nível hierárquico dentro da equipe ao discutir os tópicos propostos.

O primeiro grupo foi realizado em um aparelho social localizado próximo às unidades de origem dos ACS e AE. Em razão da fragilidade do equipamento eletrônico utilizado para gravação das falas, os demais grupos aconteceram na sala de reuniões da instituição de ensino superior responsável pela pesquisa. Os ACS que para lá se deslocaram tiveram seus gastos com deslocamentos ressarcidos, conforme constava no termo de consentimento livre esclarecido. Este documento foi lido aos participantes pela pesquisadora principal, e suas assinaturas foram recolhidas antes do início da gravação dos grupos.

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

As gravações foram transcritas e seus conteúdos submetidos à análise de conteúdo temática segundo Bardin (2008) pela pesquisadora principal e por outras duas componentes da equipe de pesquisa, buscando conferir maior confiabilidade à análise dos dados.

A análise ocorreu em três fases: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Na etapa de pré-análise, realizou-se leitura fluente para identificação do *corpus* das entrevistas; posteriormente, foram feitas leituras exaustivas para apreender as ideias principais e os significados gerais do material coletado.

Durante a fase de exploração do material, as pesquisadoras procederam à codificação das unidades de análise temática baseada nos objetivos da pesquisa. Por fim, realizou-se a categorização não apriorística do material para interpretação dos resultados. Assim, emergiram das falas as características do cirurgião-dentista na percepção dos entrevistados.

Caracterização dos participantes

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

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

Quadro 1

Composição dos grupos focais por categoria profissional e tempo de duração da coleta dos dados

Grupos focais	Categoria profissional				Duração da coleta dos dados (hh/mm/ss)
	Agente comunitário de saúde	Auxiliar de enfermagem	Enfermeiro(a)	Médico(a)	
Grupo 1	07	02	-	-	01:20:16
Grupo 2	03	03	-	-	01:02:08
Grupo 3	-	-	01	03	00:44:55
Grupo 4	-	-	03	01	00:37:01
Total	10	05	04	04	03:44:20

Fonte: As autoras.

Embora os grupos 3 e 4 tenham apresentado tempo de duração menor do que o geralmente relatado na literatura, que é de uma a duas horas (Bunchaft e Gondim, 2004; Carlini-Cotrim, 1996; Dawson, Manderson e Tallo, 1993;

Lervolino e Pelicione, 2001; Minayo, 2008), optou-se por não desconsiderá-los, uma vez que essa brevidade deu-se naturalmente e houve esgotamento das respostas. As categorias participantes desses grupos eram de nível superior, e os voluntários foram bastante objetivos em seus relatos, ao contrário das demais categorias.

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

Ao se questionarem os grupos sobre as características ideais para um cirurgião-dentista atuar na ESF, emergiram aspectos relacionados às competências profissionais e interpessoais (Quadro 2). Os participantes foram unânimes em manifestar que todos os profissionais de saúde deveriam apresentar tais características, como ter diálogo, humildade, companheirismo, receptividade e interesse; gostar do trabalho comunitário; aceitar a comunidade como ela é; respeitar o trabalho do outro; e ter preparação para atuar na ESF.

Quadro 2

Características do cirurgião-dentista ideal para atuar na ESF segundo a percepção dos profissionais das equipes de saúde da família do município de Goiânia (GO), 2009

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

Fonte: As autoras.

Essas características assemelham-se às que foram descritas em estudos anteriores, tanto pelos próprios cirurgiões-dentistas (Araújo e Dimenstein, 2006) quanto por outros profissionais de saúde (Calmon e Mauad, 2003) e usuários (Lima et al., 2008). Num estudo sobre a percepção de adolescentes, o perfil de dentista elogiado pelos entrevistados era relacionado a características pessoais, como ser 'calmo', 'bonzinho' e 'educado', e o bom relacionamento foi considerado qualidade imprescindível do profissional (Lima et al., 2008). Tais características divergem, contudo, da representação de estudantes de odontologia, que, em sua maioria, acreditavam que um bom cirurgião-dentista deve ter bons conhecimentos técnicos e ser um profis-

sional preocupado em manter-se atualizado (Sanchez et al., 2008). Para estes, não haveria diferença entre as características necessárias a um cirurgião-dentista que atuasse ou não na ESF.

A capacidade de comunicação foi a característica interpessoal mais citada nos depoimentos dos participantes do presente estudo, relacionada com frequência à dificuldade do cirurgião-dentista em trabalhar com pessoas de condição socioeconômica mais baixa. Este aspecto sugere que há deficiências na formação do cirurgião-dentista para atuar em comunidades diferenciadas, as quais necessitam ter suas demandas devidamente acolhidas e não preteridas pela supremacia do saber técnico.

Entende-se por competência profissional os conhecimentos técnicos específicos de cada área (Del Prette e Del Prette, 2007; Moscovici, 2005; Pessanha e Cunha, 2009), sendo ela adquirida durante os cursos de graduação e durante toda a vivência profissional (Pessanha e Cunha, 2009). A formação acadêmica no Brasil tem sido alvo de reformas visando à mudança do perfil do profissional de saúde para atender às necessidades de um novo cenário de atuação, como as unidades de saúde da família. Nesse sentido, o Ministério da Educação publicou em 2002 as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia (DCNOs) (Brasil, 2002b), as quais preveem a formação de um cirurgião-dentista com um perfil condizente com o novo cenário de atuação. Reforçando as orientações das DCNOs e objetivando a implantação dessas diretrizes, os Ministérios da Saúde e da Educação criaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) em 2005 (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007).

No presente estudo, os profissionais participantes manifestaram a necessidade de uma formação voltada para a atuação na ESF, como se observa no relato a seguir: “(...) ser um profissional que na academia ele já viesse com uma bagagem (...) de conhecimento teórico e prático de vivência no Saúde da Família” (Enfermeira 4).

Mesmo após a implantação e a implementação das DCNOs, não se pode esperar que as mudanças sejam imediatas. Num estudo realizado com acadêmicos que cursavam o último período dos cursos de medicina, enfermagem e odontologia de uma universidade federal após a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais, houve convergência dos relatos dos três grupos de acadêmicos quanto aos seguintes aspectos: desconhecimento de como operacionalizar o cuidado em saúde para além dos aspectos biomédicos, desconsideração dos conhecimentos próprios dos pacientes e valorização da autoridade do profissional sobre o paciente. Em particular, os acadêmicos de odontologia acreditavam que o atendimento privado era melhor que o público e conceituaram o trabalho no serviço público como filantropia (Moretti-Pires, 2009).

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

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

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

A permanência do profissional na ESF favorece a criação de vínculo com a comunidade e de responsabilização da atenção em saúde. Essa longitudinalidade do cuidado propicia benefícios à saúde da comunidade, a qual passa a ser assistida por uma equipe que acompanha os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos e suas famílias inseridas em seu contexto de vida (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007). Contudo, a rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família, incluindo o cirurgião-dentista, pode dificultar a construção de vínculos permanentes por aquele profissional, desfavorecendo esse processo.

Ao abordar as relações humanas, Moscovici (2005, p. 36) diz que "competência interpessoal é o resultado da percepção acurada realística das situações interpessoais e de habilidades específicas comportamentais que conduzem a conseqüências significativas no relacionamento durador e autêntico, satisfatório para as pessoas envolvidas".

Como postulado por Fernandes e colaboradores (2003),

o trabalho em saúde é exercido por profissionais que receberam educação formal e, assim, desenvolvem ações e comportamentos que envolvem conhecimento científico, valores, habilidades e atitudes que devem ser empreendidas em busca da melhoria da condição humana no processo de vida. Essas ações e comportamentos, por sua vez, estão sujeitos a variações conjunturais de espaço, tempo e contexto, bem como às normas definidas em matéria de tempo, de espaço, dependência hierárquica, informação e de execução de atos em si (Fernandes et al., 2003, p. 60).

Assim, o trabalho em saúde requer integração e interação dos profissionais para atuação em equipe, por meio da troca de experiências e saberes com o objetivo de ofertar um cuidado integral em saúde. Exige que o profis-

sional de saúde tenha competência interpessoal e apresente habilidades de comunicação, empatia e gerenciamento de emoções (Fernandes et al., 2003). Estas habilidades são interdependentes, como se pode perceber nos relatos a seguir:

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

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

Essas questões remetem mais uma vez à formação dos recursos humanos em saúde. Num estudo realizado nos Estados Unidos, foi observado que estudantes de odontologia reduzem seus níveis de empatia durante o curso à medida que entram em contato com os pacientes (Sherman e Cramer, 2005). Há, portanto, necessidade de ênfase nos aspectos interpessoais ao longo de sua formação.

Para se comunicar de maneira eficiente com os usuários e com os demais profissionais da equipe, o profissional de saúde precisa ter flexibilidade perceptiva e comportamental, ou seja, interpretar uma mesma situação sob vários ângulos, como em um movimento de se colocar no lugar do outro e, a partir dessas percepções, atuar de forma diferenciada experimentando novas condutas (Moscovici, 2005). Esse tipo de comportamento estimula o desenvolvimento da capacidade criativa para a solução de situações muitas vezes conflituosas, como a interação profissional-usuário e entre profissionais no lócus da ESF.

A interação entre os membros que compõem a equipe permite conhecimento mútuo e identificação de pontos em comum, que subsidiarão a elaboração de normas coletivas, implícitas e explícitas, na dinâmica da equipe, favorecendo sua atuação (Moscovici, 2005). O ato de se isolar no consultório inviabiliza a interação da ESB com os demais membros da ESF, na visão dos entrevistados.

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

As emoções alimentam funções comunicativas e sociais, além de conterem informações sobre os pensamentos e intenções das pessoas (Lopes et al., 2004), como um dos participantes alerta: “(...) nós temos que estar muito equilibrada todos os dias (...) porque (...) é muito cobrado nosso trabalho, cobrado demais do povo” (ACS 8).

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

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

Os participantes entrevistados esperam um comportamento ético dos profissionais da ESF. A pertinência desta reflexão justifica-se ao conceber-se que as práticas de saúde estão vinculadas a valores difusos em nosso meio social, valores produzidos dentro e fora do ambiente de trabalho e que podem ser compartilhados pelos trabalhadores (Barros e Pinheiro, 2007). Assistir uma comunidade cujo contexto é adverso ao dos profissionais da equipe de saúde propicia um confronto de valores e requer uma atuação balizada por princípios éticos.

Barros e Pinheiro (2007, p. 121) acreditam que ter competência para o trabalho em saúde na perspectiva do novo cenário do cuidado integral em saúde requer “um movimento contínuo de inovação e aprendizagem coletivas, possíveis graças ao compartilhamento dos objetivos, responsabilidades e resultados das ações”. Todavia, esse movimento só será possível se houver transformação do comportamento social dos profissionais de saúde repercutindo também na organização do trabalho, ou seja, uma ressignificação das práticas em saúde em todos os aspectos subjetivos, operacionais e organizacionais.

Tal ressignificação vem ao encontro da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004), que tem como princípios norteadores: a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; o estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; a atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; e a utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Considerações finais

A ESF apresenta potencialidades para enfrentar as vulnerabilidades em saúde. Contudo, tem o desafio de superar o processo de trabalho tradicional, determinado pela formação biomédica. No presente estudo, os entrevistados apresentaram essa demanda quando caracterizaram o perfil idealizado do cirurgião-dentista. Na sua percepção, tanto o profissional de saúde bucal quanto os demais que atuam na equipe de saúde da família devem apresentar características condizentes com um modelo de cuidado em saúde integral e humanizado. Nesse sentido, são requeridas tanto competências técnicas quanto interpessoais. As novas competências requeridas dos profissionais da ESF são um tema que tem fomentado estratégias de capacitação e mudanças na formação dos profissionais de saúde.

Não foi pretensão esgotar o tema abordado neste estudo. Outras abordagens são esperadas para que ele possa ser compreendido em todos os seus aspectos. Contudo, espera-se que os resultados deste estudo possam auxiliar no planejamento e na construção de processos de trabalho envolvendo a equipe de saúde bucal, principalmente no que se refere ao processo seletivo e a cursos de educação continuada para trabalhadores da estratégia.

Por fim, a pesquisadora principal reconhece que suas experiências vividas e o seu contexto modelaram de certa forma seu olhar sobre o objeto de estudo (Dawson, Manderson e Tallo, 1993; Minayo, 2008). Os resultados obtidos podem ter sido influenciados pelo fato de a pesquisa ter sido conduzida por uma cirurgiã-dentista? Tais limitações são, entretanto, inerentes à metodologia utilizada.

Colaboradores

Érika Fernandes Soares participou da concepção, delineamento, coleta e análise e interpretação dos dados, da redação do artigo e sua revisão crítica. Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis participou da análise e interpretação dos dados e sua revisão crítica. Maria do Carmo Matias Freire participou como orientadora do trabalho e da revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Resumen El objetivo del presente estudio es conocer la visión de integrantes de los equipos de la Estrategia Salud Familiar (ESF) sobre las características ideales de un cirujano dental para actuar en ese modelo. El estudio fue de tipo cualitativo y se utilizó la técnica de grupo focal para la recolección de datos. Se realizaron grupos focales con agentes comunitarios de salud, auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos de la ESF de Goiânia, Goiás (Centro-Oeste de Brasil), que habían trabajado con equipos de salud oral por un período mínimo de un año. Los datos se estudiaron mediante el análisis temático de contenido. Desde el punto de vista de los profesionales entrevistados, los cirujanos dentales, al igual que los demás profesionales de la ESF, deben presentar competencias profesionales para actuar en el área de la salud pública y competencias interpersonales, caracterizadas por la capacidad de comunicación, buena relación, ética, creatividad en situaciones difíciles y equilibrio emocional. Estas características conducen a una formación profesional centrada en los principios del Sistema Único de Salud y la Política Nacional de Humanización.

Palabras clave Estrategia salud familiar; salud oral; recursos humanos.

Notas

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Goiás, Brasil.
Mestre em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. <doutoraerika@hotmail.com>
Correspondência: Rua Comendador Negrão de Lima, 151, apto. 102, Edifício Lago Azul, Setor Negrão de Lima, CEP 74650-030, Goiânia, Goiás, Brasil.

² Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Goiás, Brasil.
Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. <sandrabahiare@gmail.com>

³ Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.
Doutora em Saúde Coletiva pela University of London. <mcmfreire@yahoo.com.br>

⁴ Este texto apresenta parte dos resultados da dissertação de mestrado *Percepção da equipe de saúde da família sobre a atuação da equipe de saúde bucal em Goiânia-GO*, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, defendida por Érika Fernandes Soares, em 19 de janeiro de 2010, sob orientação da professora Maria do Carmo Matias Freire e coorientação da professora Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis.

Referências

- AMORIM, Viviane C. Soares; SANTOS, Maria de Fátima S. Visão que a criança tem do dentista através da interpretação de desenhos. *Revista ABO Nacional*, São Paulo, v. 7, n. 6, p. 359-363, dez. 1999/jan. 2000.
- ARAÚJO, Yanne P.; DIMENSTEIN, Magda. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BARROS, Fabrícia da Silva; PINHEIRO, Roseni. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 111-128.
- BRASIL. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 85, 28 dez. 2000.
- _____. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2008.
- _____. Resolução CNE/CES 3/2002, de 4 de março de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 10, 4 mar. 2002b.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 71, 28 mar. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2007.
- BUNCHAFT, Alexandra F.; GONDIM, Sônia Maria G. Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 63-77, 2004.
- CALMON, Ana Maria Z.; MAUAD, Neuza Marina. Desatando os nós do trabalho em equipe. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 6, n. 1, p. 41-45, 2003.
- CARLINI-COTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.
- CHAVES, Mônica C.; MIRANDA, Alcides S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudanças de *habitus* na saúde pública. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 153-167, 2008.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Atenção primária e promoção de saúde*. Brasília, DF: Conass, 2007.

- DAWSON, Susan; MANDERSON, Lenore; TALLO, Veronica Lenore. *A manual for the use of focus groups*. Boston, MA: INFDC/WHO, 1993.
- DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda A. P. *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- FERNANDES, Josicelia Dumêt et al. Competência interpessoal como instrumento do trabalho em saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 18, n. 1/2, p. 57-66, 2003.
- LERVOLINO, Solange A.; PELICIONE, Maria Cecília F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 115-121, 2001.
- LIMA, Fernando Lopes T. et al. A representação social da saúde bucal em pré-adolescentes moradores de área de risco social. *Arquivos de Odontologia*, Belo Horizonte, v. 44, n. 3, p. 13-18, 2008.
- LOPES, Paulo et al. Emotional intelligence and social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, London, v. 30, p. 1.018-1.034, 2004.
- MINAYO, Maria Cecília de S. Técnicas de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Abrasco, Hucitec, 2008. p. 261-297.
- MINAYO, Maria Cecília de S.; DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 13, p. 30, p. 153-166, 2009.
- MOSCOVICI, Fella. *Desenvolvimento interpessoal*. 15. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2005.
- MOYSÉS, Samuel Jorge. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. *Revista da Abeno*, Brasília, v. 4, n. 1, p. 30-37, 2004.
- NARVAI, Paulo Capel. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2002.
- NOVAIS, Tatiana Oliveira. *Integralidade e saúde bucal na percepção de participantes de movimentos sociais e do SUS*. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007.
- PESSANHA, Renan Vasconcelos; CUNHA, Fátima Terezinha Scarparo. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 233-240, 2009.
- REIS, Liliane B. M.. *Processo de inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Goiânia na percepção dos atores envolvidos*. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.
- SAAR, Sandra R. da Costa; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 106-112, 2007.
- SANCHEZ, Heriberto F.; DRUMOND, Marisa M.; VILAÇA, Ênio L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 523-531, 2008.
- SHERMAN, Jeffrey; CRAMER, Adam. Measurement of changes in empathy during dental school. *Journal of Dental Education*, Washington, v. 69, n. 3, p. 338-345, 2005.
- SOARES, Fabíola F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da

Família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3.169-3.180, 2011.

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

Recebido em 30/09/2011
Aprovado em 28/06/2013