

A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/ESF

THE INCLUSION OF ORAL HEALTH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY PROGRAM

Daniel Boarini de **SOUZA**¹

1. Odontólogo, acadêmico do curso de medicina da Faculdade Ingá- Maringá/PR. daniel_boarinii@hotmail.com

Recebido em 16/07/2012. Aceito para publicação em 10/06/2013

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a efetividade da inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família/ESF. Para tanto, pesquisamos os estudos científicos sobre esta temática, publicados e disponíveis nas bibliotecas científicas virtuais e sites especializados, no período de 2001 a 2011. Deste levantamento resultaram 23 artigos e uma publicação da Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde - ABOPREV. Dos artigos encontrados dois deles tratam de assunto similar ao do presente estudo. A análise criteriosa do material coletado permitiu estabelecer como resultado a discussão dividida em cinco eixos temáticos descritos na metodologia. A título de conclusão, em geral, é possível afirmar que nem todos os municípios brasileiros realizam as ações de saúde bucal plenamente da forma preconizada pelo Ministério da Saúde. O modelo tradicional pautado no curativo, na urgência ainda é predominante e o monitoramento e avaliação dos serviços em saúde bucal são escassos ficando difícil avaliar ou analisar efetividade. Entretanto temos que considerar o pouco tempo transcorrido desde a inserção da odontologia na ESF. Embora haja muitas questões a serem resolvidas, a inserção da odontologia na ESF e a própria ESF é ainda um programa em construção.

PALAVRAS-CHAVE: Odontologia, estratégia saúde da família, ESF, inserção da saúde bucal na ESF.

ABSTRACT

This study had the purpose to analyze the effectiveness of the inclusion of the oral health teams in the Family Health Strategy program. For that a research on the scientific studies published with this thematic and available in the virtual scientific libraries and specialized sites, from 2001 to 2011 was carried out. From the search 23 articles and 1 publication of the Brazilian Association of Dentistry of Health Promotion – ABOPREV were obtained. From the articles found, two of them deal with the subject matter similar to the present study. The discerning analysis of the collected data allowed to establish as a result, a discussion divided in five thematic axes described in the methodology. As a conclusion, in general, it is possible to af-

firm that not all the Brazilian municipal districts fully accomplish the actions of oral health in the way preconized by the Ministry of Health. The traditional pattern ruled in the curative and in the urgency is still predominant, and the follow-up and evaluation of the services in oral health are scarce being difficult to evaluate or analyze its effectiveness. However we have to consider the little time elapsed from the inclusion of the Dentistry in the FHS program. Although there are a lot of questions to be solved, the inclusion of Dentistry in the FHS and the very FHS is still a program in constructions

KEYWORDS: Dentistry, Family Health Strategy Program, FHS, Inclusion of Oral Health in the FHS program.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objetivo analisar a efetividade da inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família/ESF. A justificativa para tanto se prende ao fato de que todo programa instituído, qualquer que seja sua natureza deve ser submetido a avaliações periódicas. Neste caso esta avaliação se fez por meio de levantamento dos estudos já publicados sobre esta temática. Antes de dar prosseguimento a pesquisa propriamente dita, necessário se faz um breve histórico da origem e constituição desta estratégia da saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído na Constituição Federal de 1988 cuja implementação está normatizada nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90 e nº 8142/90 é uma histórica conquista da sociedade brasileira. Em seu art. 196 a Constituição Brasileira garante que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988)¹. Cabe ressaltar que antes do SUS apenas uma parcela da população tinha direito ao atendimento na Saúde Pública, ou seja, apenas os trabalhadores que contribuíam aos cofres públicos com uma parte do seu salário. O que significa que parte da população brasileira

ficava alijada desse direito. A partir da instituição do SUS esta situação sofre uma radical mudança pautada nos princípios constitucionais que organizam este outro modelo de atenção tais como: a **Universalidade** (o direito ao atendimento de todo brasileiro ou estrangeiro que estejam em território brasileiro), a **Equidade** (todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde), a **Integralidade** (ações de saúde pactuadas e voltadas para prevenção e a cura) a **Gratuidade** (nenhum valor será cobrado diretamente da pessoa atendida), a **Promoção** (ações que visam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos), a **Proteção** (ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças) e a **Recuperação** (ações que evitam a morte das pessoas, ações que atuam sobre os danos). Quanto à organização, o Sistema Único de Saúde esta definido da seguinte forma:

1. Hierarquização – o atendimento prestado deve ocorrer com base em diversos níveis de complexidade, ou seja, Atenção Básica, Média e Alta complexidade;

2. Regionalização – devem ser consideradas as dimensões e as necessidades do território;

3. Descentralização – cada esfera de governo tem suas atribuições específicas;

4. Participação da comunidade – a população deve exercer o controle social na execução das políticas públicas.

Entretanto, o tempo transcorrido, desde a promulgação da Constituição Federal que garantiu o direito a saúde a todo cidadão que habita o solo brasileiro, indicou segundo Lourenço *et al.* (2008)², que estava ocorrendo uma “crise do modelo assistencial predominante, no âmbito da saúde coletiva”. Tal fato estimulou a emergência de propostas que possibilitassem superar as dificuldades apresentadas. Uma das propostas foi o Programa Saúde da Família/PSF, implantado em 1994 por meio do Decreto nº 1232 (Brasil, 1994)³. Em 1997, por meio da Portaria nº 1.886 GM/MS é aprovada as Normas e Diretrizes do Programa dos Agentes Comunitários e o Programa Saúde da Família, Ministério da Saúde (1997)⁴. Essa reorganização da atenção básica ocorreu com objetivo de modificar a característica do modelo assistencial vigente pautado pela prática técnico-biológico, centrado no indivíduo e na patologia. Atualmente, o PSF é conhecido como Estratégia Saúde da Família/ESF, mantendo como núcleo a família e as ações de planejamento e orientação em promoção de saúde. A ESF busca a promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de um conjunto de ações individuais/coletiva, na atuação multiprofissional voltada para proporcionar acesso aos serviços de saúde de qualidade. O diagnóstico precoce e o tratamento imediato fazem parte do planejamento e execução destas ações. No ano 2000 foi lançado o plano de inclusão de equipes de saúde bucal na ESF. De acordo com o Ministério da Saúde (2001)⁵, a Portaria nº 267 aprova as Normas e Diretrizes de Inclusão da Saúde Bucal na ESF. As equipes de

saúde bucal são organizadas em duas modalidades: Tipo I conta com Odontólogo e ASB e Tipo II: Odontólogo, ASB e a TSB. Existem repasses e incentivos financeiros mensais do Ministério da Saúde sendo que, os valores são diferentes dependendo da modalidade da equipe de saúde bucal. De acordo com Groisman *et al.* (2005)⁶, no ano de 2003, o Ministério da Saúde financiava para as equipes R\$13.000,00/ ano para Modalidade I e R\$16.000,00/ ano para a Modalidade II. Atualmente, no “Brasil Sorridente”, as Equipes de Saúde Bucal passaram a receber R\$ 20.400,00 e R\$ 26.400,00, respectivamente. Atualmente os investimentos e incentivos para as Equipes de Saúde Bucal encontram-se atualizados através da Portaria n. 978, de 16 maio de 2012. Art. 2º Ficam definidos os seguintes valores do incentivo financeiro para o custeio das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas modalidades 1 e 2, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica:

I - para as ESB na Modalidade 1 serão transferidos R\$ 2.230,00 (dois mil duzentos e trinta reais) a cada mês, por equipe; e

II - para as ESB na Modalidade 2 serão transferidos R\$ 2.980,00 (dois mil novecentos e oitenta reais) a cada mês, por equipe. (BRASIL, 2012)⁶.

A reorganização da prática odontológica necessita que o cirurgião-dentista seja qualificado e entenda o seu papel no contexto da saúde da família. É importante a integração com outros profissionais, o planejamento em equipe e as ações coletivas para promoção de saúde. A relação interdisciplinar para desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional é baseada no território, com vistas à efetivação do SUS. Os métodos e avaliação e monitoramento das ações da saúde bucal na ESF são ainda muito raros e remotos. Realmente necessitamos de mais parâmetros para analisar esta inserção com eficácia. É necessária a verificação continua dos índices em saúde bucal para justificar a inserção da odontologia na ESF. Diante do exposto buscamos compreender a inserção da saúde bucal na ESF com base na efetividade das ações a partir de publicações científicas alojadas em base de dados online, de caráter científico.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo de caráter bibliográfico privilegiamos os artigos científicos publicados em periódicos nacionais e demais publicações sobre o assunto em referencia, disponíveis em meios eletrônicos, no período de 2001-2011. O período inicial desta busca justifica-se pelo fato de que no ano 2000 ocorreu a implantação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Todavia, para uma possível avaliação devemos deixar transcorrer pelo menos um ano após a implantação do serviço. O trabalho de pesquisa foi realizado em quatro etapas:

1- Levantamento das bases de dados disponíveis na internet: Scientific Eletronic Library Online/Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde/Bireme e sites especializados em saúde bucal. Os descritores utilizados para efetuar esta busca na base de dados são os seguintes: Odontologia, Programa Saúde da Família, PSF, Estratégia Saúde da Família, ESF, Inserção da Saúde Bucal na ESF, Formação profissional, capacitação permanente, Planejamento, Políticas públicas e Inserção local da odontologia no ESF.

2- Construção de um banco de dados.

3- Seleção e discussão do material coletado.

4- Recuperação das temáticas do material coletado. No levantamento realizado obtivemos uma publicação da ABOPREV e 23 artigos. Das publicações encontradas, duas delas tratam de assunto similar ao do presente estudo, ou seja, trazem como resultados uma revisão bibliográfica a respeito da inserção da saúde bucal na ESF os quais serão considerados na discussão e conclusão quando fizermos uma comparação entre os nossos resultados e os destes autores.

5- A análise criteriosa do material coletado permitiu estabelecer como resultado a discussão dividida em cinco eixos temáticos, a saber: Formação dos profissionais, Capacitação permanente e continuada, A necessidade de um criterioso planejamento de estratégias, Políticas públicas e as reais mudanças no cenário nacional da saúde bucal e Inserção local da odontologia no ESF que discutiremos a seguir.

3. DESENVOLVIMENTO

A caracterização geral dos estudos analisados permite uma visão geral do que vem ocorrendo desde a implantação da saúde bucal na estratégia saúde da família. Desta caracterização foi possível destacar cinco temáticas como demonstrado na Tabela 1, com o respectivo ano de publicação:

Tabela 1. Demonstrativo das temáticas abordadas

Temáticas	Ano de publicação
Formação dos profissionais	2004, 2007, 2008, 2010
Capacitação permanente e continuada	2002, 2008
A necessidade de um criterioso planejamento de estratégias	2004, 2006, 2008
Políticas públicas e as reais mudanças no cenário nacional da saúde bucal	2005, 2006, 2008, 2009, 2010
Inserção local da odontologia no ESF	2006, 2007, 2009, 2010

1. Formação dos profissionais. Em pesquisa realizada Fakhouri (2004)⁸ constatou que 80% dos alunos de último ano de graduação em odontologia não sabiam como é o trabalho e a rotina da ESF. Segundo Carvalho (2004)⁹ este fato ocorre porque a formação universitária

em saúde, em geral, historicamente tem privilegiado a prática individualista, liberal de caráter privatista, centrado em procedimentos e cura o que não atende os princípios da ESF dificultando, desta forma, o trabalho em equipe. Desta forma, a prática odontológica, em geral, segundo Zanetti apud Barbosa *et al.* (2007)¹⁰ “não ocorre a partir de um planejamento das ações e volta-se para a lógica de mercado”. Em 2007, Cericato *et al.* (2007)¹¹ revelam a “falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada ao PSF” pautada no fato de que a maioria dos profissionais pesquisados não possuem especialização e quando isto ocorre não há relação com a saúde pública ou coletiva. Os cirurgiões-dentistas integrantes da ESF entrevistados em pesquisa realizada no Sul do Brasil, em 2008 por Lenzi *et al.* (2010)¹² são de opinião que a formação acadêmica não contribui para a atuação neste modelo de assistência à saúde bucal. Outros estudos indicam a existência da expectativa do acadêmico de odontologia em atuar como profissional liberal e só vai trabalhar na ESF em virtude das dificuldades do mercado de trabalho, como cita Sanchez *et al.* (2008)¹³. Para Agripino *et al.* (2007)¹⁴ é necessário que as instituições de ensino superior considerem o mercado atual destacando o fato de que a ESF é uma possibilidade de emprego promissora. Neste sentido, para estes autores as academias devem preparar profissionais competentes tecnicamente, mas com sensibilidade social. Para Fakhouri (2004)⁸ acontecem repetidas mudanças nas normas, mas os resultados não são promissores “sem que mude as bases ideológicas”.

2. Capacitação profissional. É necessária uma mudança de atitude do profissional em saúde bucal coletiva. Para Silveira Filho (2002)¹⁵, esta mudança de atitude só se dará com a compreensão dos princípios e as diretrizes do ESF. Para tanto a capacitação profissional continuada é uma exigência no exercício desta nova prática que se constitui a ESF, além da monitoração e avaliação das atividades e ações desenvolvidas. De fato pelo dinamismo do setor de saúde a capacitação dos profissionais que integra a ESF deve ser permanente e continuada ainda que o cirurgião-dentista tenha tido uma adequada formação para atuar na Equipe de Saúde Bucal/ESB. E neste ponto crucial de se tornar hábil a exercer um bom atendimento na estratégia saúde da família, Matos & Tomita (2004)¹⁶ salientam que os formadores (profissionais vinculados a formação em odontologia), concordam com a necessidade de capacitação dos profissionais que irão integrar as Equipes Saúde da Família. A capacitação foi o ponto alvo de Cardoso *et al.* (2002)¹⁷ “A Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF precisa ser capacitada adequadamente para corresponder ao “novo modelo de saúde bucal”.

3. A necessidade de um criterioso planejamento de estratégias. De acordo com Carvalho (2004)⁹ o planejamento das ações em saúde bucal é fundamental a co-

meçar pela caracterização das necessidades da população local. Este conhecimento se constitui em um dos pilares da atenção a saúde e nestes termos é reconhecido como um dos mais importantes delineadores das políticas públicas neste setor. O planejamento de estratégias deve levar em conta que “há vários espaços e diferentes níveis de complexidade no trabalho que exigem programação na agenda de trabalho”. De acordo com Santos & Assis (2006)¹⁸ isto é de fundamental importância porque tratamentos não concluídos produzem algumas questões nada interessantes para o bom andamento do fluxo de atendimento, ou seja, a permanência dos usuários por muito tempo no serviço o que não significa resolução dos problemas apresentados. Outro aspecto relevante da ESF é o acolhimento e o vínculo entre os profissionais e a comunidade da área adscrita. Desta forma, presume-se o fortalecimento das práticas da saúde bucal tendo no usuário um importante multiplicador na prevenção Santos *et al.* (2008)¹⁹.

4. Políticas públicas e as reais mudanças no cenário nacional da saúde bucal. Para ser considerada efetiva, a política pública de saúde deve alcançar as metas estabelecidas. Desta forma, o sucesso da ESF vai depender da forma como esta estratégia é desenvolvida nos municípios brasileiros. Pereira *et al.* (2009)²⁰ enfatizam a relevância deste modelo de atenção à saúde, mas alertam sobre a existência dos diferentes tipos de modelos de assistência nos milhares de municípios brasileiros, sendo que nem todos os modelos atendem os princípios do Sistema Único de Saúde. A formação profissional inadequada, a falta de treinamento para atuar na ESF e em alguns casos o não compromisso do profissional pode provocar o não estabelecimento de vínculos com a população o que se coloca na direção contrária as diretrizes do ESF segundo Andrade & Ferreira (2006)²¹. Vale lembrar que a inclusão oficial do odontólogo na ESF demorou seis anos para ser implantado a considerar a instituição deste programa e nestes termos pode ser considerado um serviço recente. Para Groisman *et al.* (2005)⁷ a inserção deste profissional no ESF continua lenta o que talvez se justifique pelo fato de que o médico continua sendo o profissional de referência da saúde. É importante destacar que ter como referência um único profissional foge as diretrizes do SUS. A atuação na equipe ESF requer o trabalho multiprofissional e cada profissional, por sua vez, é favorecido neste modelo por ampliar suas possibilidades de intervenção e enriquecimento da sua própria formação afirma Faccin (2010)²². Para Chaves *et al.* (2008)²³ são vários os impedimentos para se efetivar a mudança de modelo contemplado no ESF, dentre eles podemos destacar o fato de que o setor público vem oferecendo “inexistência ou informalidade de vínculos contratuais” o que caracteriza a precarização das relações de trabalho. O profissional odontólogo, por sua vez, encontra o mercado de trabalho saturado o que gera alta com-

petitividade, subemprego, dificuldade de atuação em consultório particular, levando-o a buscar trabalho no setor público que a princípio não era sua escolha.

5. Inserção local da odontologia no ESF. Temos por hipótese que as publicações resultantes de pesquisas locais traduzem o que vem ocorrendo de forma geral. E neste sentido das publicações analisadas observamos um misto de aspectos positivos e negativos. Em algumas regiões do Estado de Minas Gerais tal como assinalado por Lourenço (2009)² constata-se por um lado a universalidade preconizada pelo SUS, os profissionais fazem uma jornada de trabalho de 8 horas e há maior acesso a saúde bucal. Por outro lado, este autor observou ainda neste local a falta de capacitação das equipes de saúde bucal, demanda excessiva, a precarização das relações de trabalho e a falta de envolvimento entre as equipes de ESB e ESF. Em pesquisa realizada no município de Feira de Santana/BA, Rodrigues *et al.* (2009)²⁴ concluem que há uma predominância de visão coletiva que aponta para o novo modelo de atenção da saúde bucal. Para Drago (2010)²⁵ que avaliou a assistência odontológica na microrregião de Guaçu/ES no período de 2003 a 2007 conclui que “a inserção das equipes de saúde bucal contribui para os resultados satisfatórios dos indicadores avaliados”. Santiago *et al.* (2009)²⁶, por sua vez, não observou no município de Belo Horizonte/MG alterações impactantes no processo de trabalho da equipe saúde bucal, permanecendo a dificuldade de acesso ao atendimento odontológico em virtude da demanda reprimida. Andrade & Ferreira (2006)²¹ entrevistaram usuários da rede de saúde no município de Pompeu/MG que se queixaram do atendimento e da resolutividade ficando, em geral, “os problemas de boca sem solução como os observados na saúde”. Os pontos positivos destacados pelos usuários foram: a proximidade da unidade de saúde das suas residências e a presença dos agentes comunitários de saúde. Estudos realizados em municípios do Rio Grande do Norte por Souza & Roncalli (2007)²⁷ apontam a precarização das relações de trabalho, “dificuldades no encaminhamento dos pacientes para ações de média e alta complexidade, no desenvolvimento de ações intersetoriais, nas estratégias de programação (diagnóstico epidemiológico e avaliação das ações) e na infra-estrutura observada” concluindo que foram frágeis os avanços apresentados nos municípios pesquisados. Enfim, para Araújo & Dimenstein (2006)²⁸ existe a necessidade de educação permanente, acompanhamento e avaliação das ações realizadas.

4. CONCLUSÃO

Mediante A literatura consultada nos permite entender que ainda não há mudanças significativas no que se refere à efetividade da inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família/ESF. É possível afirmar que nem todos os municípios existentes no território brasi-

leiro realizam as ações de saúde bucal plenamente da forma preconizadas pelo Ministério da Saúde. O modelo tradicional pautado no curativo, na urgência ainda é predominante. Além disso, segundo Pereira (2009)²⁰ os processos de avaliação e monitoramento dentro dos serviços de saúde são amiúde raros. Todavia Soares (2010)²⁹ pondera que resultados nesta área devem se pautar em indicadores clínicos epidemiológicos e levar em conta que, em alguns municípios, a inserção da saúde bucal na ESF é recente o que não permite impactos suficientes na condição de saúde bucal da população em geral. Enfim, a mudança de paradigmas no campo da saúde não ocorre em um “abrir e fechar de olhos”. Não se trata apenas de uma questão técnica ou arranjos institucionais. É um processo complexo permeado de conflitos de interesses e contradições sociais que, em geral, depende também de outros fatores para, de fato, ocorrer uma mudança no modelo assistencial que por sua vez vai depender, também, da formação do profissional. Enquanto isto, como afirma Santos & Assis (2006)¹⁸ trata-se de um processo “pleno de conflitos e contradições e se constitui em potencial ferramenta nos processos de trabalho, convivendo com o velho (fragmentação) e o novo (integralidade), em um processo inacabado, em construção”.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Constituição República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Coleção Saraiva de Legislação. São Paulo: Saraiva, 1995.
- [2] Lourenço EC, *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (Supl.1), p.1367-1377, 2009
- [3] Brasil. Decreto nº 1232 de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 30 ago.1994.
- [4] Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886 de 18 dez.1997. Aprova Normas e Diretrizes do Programa PACS e PSF. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 dez. 1997.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 267/GM, de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2001; 6 mar
- [6] Groisman S, *et al.* A Evolução da Atenção à Saúde no Brasil: O Contexto da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Cadernos da Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde - ABOPREV II, p.1-9, maio 2005.
- [7] Fakhouri AP. A real situação do Cirurgião-Dentista dentro do Programa Saúde da Família. *Rev. OdontolUnicid*, 16(2), p.159-167, maio/ago 2004.
- [8] Carvalho DQ, *et al.* A Dinâmica Da Equipe De Saúde Bucal No Programa Saúde Da Família. *Boletim da Saúde*, v. 18, n. 1, p. 175-184, jan/jun 2004
- [9] Barbosa AAA, *et al.* Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. *Ciênc. Odontol Bras*, 10(3), p.53-60, jul/set 2007.
- [10] Cericato GO, *et al.* A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *RFO*, v.12, n.3, p.18-23, set/dez 2007.
- [11] Lenzi TL, *et al.* Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do sul do Brasil. *Stomatol Revista de odontologia da Ulbra*, v.16, n.30, p.58-64, jan/jun 2010.
- [12] Sanchez HF, *et al.* Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciência & Saúde coletiva*, 13 (2), p.523-531, Abril 2008
- [13] Agripino GG, *et al.* A Odontologia e o Programa Saúde da Família: novos desafios e perspectivas. *Odontologia Clín.Científ*, 6 (3), p.213-218, jul/set 2007.
- [14] Silveira Filho AD. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. *Saúde Bucal no PSF*. Dezembro de 2002. Acesso em 30 de agosto 2011. http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/A_SB_no_PSF.pdf
- [15] Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n. 6, p. 1-7, nov/dez 2004.
- [16] Cardoso ACC, *et al.* Inserção da equipe da Saúde Bucal no PSF. Um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.26, n.1/2, p.94-98, jan/dez 2002.
- [17] Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), p.53-61, 2006
- [18] Santos AM, *et al.* Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v.42, n.3, p.1-7, abril 2008
- [19] Pereira CRS, *et al.* Impacto da Estratégia Saúde da família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.5, p.1-12, maio 2009
- [20] Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação de inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.º 1, p. 1-8, jan/mar 2006.
- [21] Faccin D, *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl.1), p. 1643-1652, 2010.
- [22] Chaves MC, Miranda AS. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. *Interface – Comunicação, Saúde Educação (Botucatu)*, v.12, n.24, p.1-11, jan/mar 2008
- [23] Rodrigues AAAO, *et al.* Saúde Bucal no Programa Saúde da Família na cidade de Feira de Santana (BA): O Perfil do Cirurgião- Dentista. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.33, n.4, p.582-594, out/dez 2009.
- [24] Drago MA, Brighenti LHZ. Assistência odontológica na microrregião de Guaçuí/ES de 2003 a 2007. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 12 (2), p.18-24, 2010.
- [25] Santiago WK, *et al.* O processo de inserção da Odontologia no PSF de Belo Horizonte/MG : um estudo qualitativo com base na visão da equipe de Coordenação de Saúde Bucal e cirurgiões dentistas do Programa Saúde da Família. *Arquivos em Odontologia*, v.45, n.4, p.211-219, out/dez 2009.

[26] Souza TMS, Roncalli AG. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Pública, v.23, n.11, p.1-9, nov 2007.

[27] Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio grande do Norte. Ciência & Saúde Coletiva, 11(1), p. 219-227, 2006.

[28] Soares FF, *et al.* Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.7, p.1-8, jul 2011.

