



Artigo Original

ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ROLE OF DENTIST IN FAMILY HEALTH STRATEGY

Resumo

Cezar Augusto Casotti¹
Mila Imbassahy Pinheiro¹
Alba Benemerita Alves Vilela¹
Kléryson Martins Soares Francisco¹
Douglas Leonardo Gomes Filho¹
Tatiana Freitas Uemura¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Jequié – Bahia – Brasil

E-mail:
cacasotti@uesb.edu.br

No Brasil, a consolidação do Sistema Único de Saúde aumentou a capacidade de gestão da saúde pelos municípios, possibilitando a autonomia na organização dos serviços odontológicos. Este estudo objetivou conhecer o processo de trabalho de Cirurgiões Dentistas da Estratégia de Saúde da Família de Jequié-BA. A amostra foi constituída por 8 Cirurgiões Dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família. Os profissionais responderam a um questionário semiestruturado, sendo suas falas gravadas e, posteriormente transcritas, lidas e analisadas por meio da técnica da análise de conteúdo temática. A partir da análise das entrevistas foram identificadas as seguintes categorias: Desconhecimento da realidade; Ausência de planejamento das ações; Atendimento X Acolhimento; Prevenção e Educação em Saúde. Verificou-se desconhecimento da realidade local da área de atuação da equipe, ausência de planejamento das ações, cirurgiões dentistas voltados para área clínica e atividades preventivas e educativas realizadas de maneira tradicional (palestras e aplicação de flúor). Verificou-se que é necessária a reavaliação do processo de trabalho dos cirurgiões dentistas do município, considerando-se que o planejamento das ações em saúde bucal a partir do diagnóstico da comunidade ainda não é uma prática comum.

Palavras-chave: Assistência odontológica; Programa Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

Abstract

In Brazil, the consolidation of the Health System has increased the capacity of health management by municipalities, allowing the autonomy in the organization of dental services. This study aimed to evaluate the work process of Dentists at Family Health Strategy in Jequié-BA. The sample was composed of 8 dentists working at the Family Health Strategy. Professionals answered a semi-structured questionnaire, being their speeches recorded and later transcribed, read and analyzed by the thematic content analysis technique. Based on the analysis of the interviews were identified the following categories: Unawareness of reality; Lack of action planning; Care X welcome; Prevention and Health Education. Was verified unawareness of the local reality of team performance area, lack of actions planning, dentists focused on clinical area and preventive and educational activities carried out in the traditional way (lectures and fluoride application). It was found that it is necessary to reassess the working process of the dentists from the

municipality, considering that the planning of oral health practices from the community diagnosis is not yet a common practice.

Key words: Dental care; Family Health Program; Brazilian Unified Health System.

Introdução

No Brasil, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu no início da década de 1990, com a aprovação pelo Congresso Nacional das Leis Orgânicas da Saúde. Com a instituição do Piso de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde houve aumento da capacidade de gestão do setor saúde nos municípios, o que possibilitou autonomia na organização de serviços que proporcionassem à população acesso universal à assistência odontológica¹.

Algumas destas experiências incluíam ações voltadas para populações-alvo segundo ciclo de vida, características étnicas e contexto social, demonstrando um esforço significativo na direção da universalização da atenção básica à saúde bucal².

Em 1991, o Ministério da Saúde atento à necessidade de mudanças no modelo assistencial vigente no país, acata proposta concebida dentro da vigência do SUS e implanta o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no qual a família passa a ser considerada unidade de ação programática. Os bons resultados obtidos pelo programa estimularam o Ministério da Saúde a buscar uma alternativa capaz de aumentar a resolutividade destas ações e, a partir de 1994, foram implantadas as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF)³.

A ESF reafirma a proposta de ter a família como unidade de ação programática, incorpora os princípios básicos do SUS e tem como finalidade a reorganização da prática assistencial vigente a partir de novas bases em substituição ao modelo tradicional hegemônico. Inicialmente a ESF era constituída por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS)³.

A inserção da Saúde Bucal no SUS foi marcada por conflitos e contradições⁴. Somente no ano de 2000, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1.444 abriu uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal com o estabelecimento de incentivo financeiro para a reorganização da Atenção à Saúde Bucal ofertada nos municípios com a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF⁵.

Segundo a Constituição Brasileira, o perfil dos profissionais do setor saúde deve estar de acordo com o sistema de saúde vigente no país⁶. Desde 2002 encontram-se em vigência as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia, com o objetivo de contribuir para a adequação do ensino odontológico às atuais necessidades do SUS⁷⁻⁹. Entretanto, ainda hoje, parcela significativa das instituições públicas e privadas de ensino odontológico mantém seu currículo pautado no modelo flexneriano, mesmo sabendo que os profissionais formados sob sua influência apresentam como características: mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialismo,

especialização, tecnicismo do ato operatório e ênfase na odontologia curativa¹⁰, o que proporciona uma prática profissional de alto custo, baixa cobertura, pouco impacto epidemiológico e com desigualdades no acesso aos serviços¹¹. Embora exista um movimento significativo para reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de formação profissional em várias áreas do setor saúde, na Odontologia há um atraso histórico¹². Vale ressaltar que com a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF o setor público passou a constituir um mercado de trabalho promissor para os cirurgiões dentistas. Apesar disso, percebe-se que há carência de profissionais com visão humanística, preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade.

Neste sentido, foi objetivo deste estudo conhecer o processo de trabalho de Cirurgiões Dentistas (CD) que atuam nas ESF do município de Jequié-BA.

Métodos

O município de Jequié, localizado na Região Sudoeste do Estado da Bahia, possui uma população de aproximadamente 147.000 habitantes, sendo 88,5% residentes na zona urbana (IBGE, 2010).

Em Julho de 2008, foi solicitado ao Coordenador da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do município de Jequié/BA informações relativas ao número de ESF implantadas no município e, dentre estas, as que possuíam ESB. Por questões operacionais foram selecionados os Cirurgiões Dentistas que estavam inseridos em ESB no município.

Em seguida, os CDs que atuam nas ESB da sede do município foram contactados e foi agendado um horário para verificar sua disponibilidade em participar do estudo. Dos 11 CDs que atuavam em USF (Unidade de Saúde da Família) 08 concordaram em participar do estudo após ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Optou-se por um roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas abertas para induzir o mínimo possível as respostas e recolher o maior número de percepções, captando a visão própria dos indivíduos.

As entrevistas foram transcritas pelo pesquisador e inicialmente fez-se a leitura na íntegra de forma rápida. Em seguida novas leituras foram realizadas de forma mais pausada, relendo as partes consideradas significativas.

Posteriormente, foram identificadas palavras chaves, utilizando-se a técnica da análise temática, a qual possibilita identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido¹³, e assim descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado¹⁴.

A análise dos dados possibilitou identificar 4 categorias e, para cada uma foram escolhidas as falas mais significativas. Este estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB (Parecer nº 080/2009).

Discussões dos Resultados

Em julho de 2008, segundo o Coordenador da Atenção Básica do Município de Jequié, onze (11) ESF com ESB estavam implantadas na zona urbana. Todas foram visitadas e oito (8) cirurgiões-dentistas concordaram em participar do estudo. As ESB visitadas são do tipo I (CD e Auxiliar de Consultório dentário).

A partir da análise dos dados obtidos nas entrevistas foram identificadas as seguintes categorias: Desconhecimento da realidade, Ausência de planejamento das ações, Prevenção e Educação em Saúde.

Categoria 1 - Desconhecimento da realidade.

A ESF constitui-se na porta de entrada para os serviços da atenção básica em saúde dos municípios. Elas devem responder as necessidades de atenção básica em saúde à população de sua área adstrita, oferecendo um atendimento resolutivo no âmbito de sua competência. A ESF visa romper à visão especializada do trabalho, e objetiva a reorganização do modelo de atenção como forma de ampliar o acesso às ações e serviços de saúde, garantindo atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial⁵.

Segundo Padilha *et al*¹⁵ ao organizar a atuação da ESB deve-se considerar o território e a população adstrita. Esta proposta é reafirmada por Silveira Filho¹⁶ uma vez que considera a apropriação do território como sendo o primeiro momento dentro das atividades de planejamento, estabelecendo assim o vínculo entre a ESB e a população. O autor compreende que o vínculo vai além de simplesmente conhecer os moradores da área, mas identificá-los em seu contexto familiar, de trabalho e da comunidade.

Ficou evidente nas falas que os Cirurgiões Dentistas entrevistados desconhecem este princípio básico da ESF, conforme observado nos discursos:

[...] conheço parte da área adstrita, né, algumas famílias que eu já fiz visita domiciliar [...]. (CD03)

[...] o número da população eu não conheço [...]. A gente não tem estes dados [...]. Conheço a população que vem ser atendida aqui. (CD06)

[...] Conheço as que fazem parte do programa de saúde bucal de atendimento na clínica odontológica [...] (CD01).

Ainda segundo Padilha *et al*¹⁵ um dos aspectos estruturais deste novo modelo de atenção à saúde que pressupõe a reorientação do SUS é a utilização da epidemiologia, uma vez que as ações implantadas devem ser precedidas de um diagnóstico das reais condições de saúde-doença da população.

Visando atender esta necessidade, a formação acadêmica do CD centrada no paradigma científico, está sendo revista de modo a resgatar o caráter coletivo da prática odontológica, conforme preconizado pelo SUS¹⁷. O processo de trabalho do CD na ESF traz como premissas básicas a proteção e a promoção da saúde, por meio do atendimento multiprofissional, com ações preventivas a partir de prioridades epidemiológicas da área adstrita, reduzindo assim, a demanda por serviços hospitalares e ambulatoriais¹⁸.

Os Cirurgiões Dentistas que integraram a pesquisa demonstraram desconhecer a realidade epidemiológica da população adstrita conforme pode ser percebido em suas falas:

[...] tenho o da população da escola [...] da população no geral agente sabe em cima do que a gente atende no consultório [...] (CD02)

[...] não tenho conhecimento da realidade epidemiológica [...] (CD04).

[...] aqui o pessoal tem por ser uma área muito carente existe muita cárie, muita doença periodontal... [...]. (CD05)

[...] inicialmente eu não tinha conhecimento, mas a partir do momento que a gente passou a trabalhar com a população foi tendo mais embasamento [...] (CD09)

Categoria 2 - Ausência de planejamento das ações

É objetivo de toda ESF resolver os problemas de saúde da população sob sua responsabilidade no nível da atenção básica, bem como garantir o acesso desta comunidade às ações de promoção e recuperação da saúde. Neste sentido, a equipe da ESF deve identificar a real situação em que se encontra o processo saúde-doença nas famílias da área adstrita para identificar e elaborar um planejamento local visando o enfrentamento dos problemas de saúde e situações de risco aos quais a população está exposta¹⁹.

Quando questionados sobre o planejamento das ações de saúde bucal verificou-se que em todas as ESB pesquisadas há ausência de planejamento das atividades, uma vez que a lógica utilizada pelos profissionais continua sendo a da livre demanda conforme pode ser evidenciado nas falas dos entrevistados:

[...] bem o fluxo aqui é uma demanda livre né [...] uma vez por mês, na última quinta feira do mês, determinamos uma quantidade “X” de fichas [...] nos avisamos com antecedência quantas senhas serão distribuídas para não ficarem na fila 50 pessoas e só ter 25 fichas [...] (CD01).

[...] o fluxo a gente inicia fazendo uma marcação de 50 (cinquenta) pessoas, a gente faz este atendimento até terminar todo o tratamento odontológico das pessoas [...] da família pode ser somente 01 (uma) pessoa, certo para não ter 02 pessoas da mesma família [...] (CD07).

[...] existe uma lista que a pessoa chega, dá o nome na lista e vamos chamando a partir que formos concluindo os outros tratamentos [...] (CD08).

Segundo Padilha (2005)¹⁵ a definição de uma meta pressupõe um planejamento, e este deve ser realizado a partir de um conhecimento consistente da situação existente, considerando os recursos disponíveis e a previsão das dificuldades. Para Sciar²⁰ o planejamento em saúde visa estabelecer um esquema de ações destinado a obter mudanças num determinado período de tempo.

Na ESF, o planejamento e a programação das ações devem ser realizados considerando a realidade local e pensados como um todo, direcionado à resolução dos problemas identificados, visando à melhoria progressiva das condições da saúde e da qualidade de vida da população²¹.

Como podemos perceber, os Cirurgiões Dentistas do município que atuam nas ESB estão frente a uma nova realidade e também a um grande desafio, uma vez que, até então, a sua formação foi direcionada basicamente

para trabalhar com indivíduos e não com comunidades, com doenças e não com saúde, isolados em consultórios e não integrantes de uma equipe de trabalho¹⁸.

Nesse sentido, Silveira Filho¹⁶, afirma que na medida em que a ESF garante agendamento para atenção prioritária a famílias quer pela identificação de microáreas ou mediante os grupos prioritários de atenção e concomitantemente possibilitam acesso à população adstrita às práticas de prevenção e promoção de saúde, a ESB poderá avançar de forma planejada na cobertura dessa população buscando paulatinamente a constituição de novos padrões de saúde bucal na comunidade.

Categoria 3 - Atendimento X Acolhimento

A ESF deve priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. O atendimento deve ser prestado pelos profissionais na USF, ou no domicílio, fazendo com que esses profissionais e a população criem vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade²². Quando questionados acerca do acolhimento realizado pela equipe durante seu atendimento, os entrevistados demonstraram que desconhecem o real significado deste termo como pode ser observado nas falas:

[...] eu procuro atender o melhor possível, ai só procurar na comunidade a opinião deles [...] antes de nós estarmos aqui praticamente não tinha atendimentos [...] passaram a ter atendimento direto com a implantação da Odontologia nesta unidade [...]. (CD04).

[...] eu acho que sim. Mas a gente volta àquele problema de só ter um CD para uma comunidade muito grande [...] termina muita gente ficando sem atendimento [...] (CD09).

[...] às vezes pela falta de você não conseguir fazer tudo né, nem todo mundo vai sair satisfeito [...] (CD05).

[...] tem gente que sai revoltado porque você não agrada a todos [...]

De acordo com Matos e Tomita²³, assim como os demais profissionais da ESF, o Cirurgião Dentista necessita ser sujeito de um processo de qualificação profissional, visando integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nessa estratégia de intervenção populacional baseada no território com vistas à efetivação do SUS.

Nessa mesma perspectiva Struchiner *et al*²⁴ também afirmam que a formação profissional em odontologia deve ser repensada de forma a se afastar do técnico que entende o paciente como uma unidade dentária de modo a se aproximar da compreensão da historicidade desse ser humano. Segundo Pinheiro *et al*.²⁵ o PSF exige pensar o usuário como um ser biopsicossocial em um contexto familiar procurando-se compreender seus medos e seus anseios acerca de seus problemas de saúde, para que junto com ele os profissionais de saúde encontrem estratégias de enfrentamento.

A universidade, que constitui o centro formador por excelência dos recursos humanos odontológicos, não tem, na maior parte das vezes, proporcionado elementos técnicos que permitam aos estudantes compreender

a realidade social da profissão, graduando-os de forma despreparada para enfrentar o exercício profissional¹⁶.

Sendo assim, o sucesso ou o fracasso dos projetos destinados a elevar o nível de saúde da população por melhor que seja o planejamento, por mais eficiente que sejam os métodos propostos, por mais favorável o ambiente e por mais clara a definição de seus objetivos, depende fundamentalmente de recursos humanos conscientes de como deverá ser o seu processo de trabalho e de todo contexto social envolvido nesse processo²¹.

O Cirurgião Dentista que atua na ESF deve possuir uma parcela de especificidade técnica, prática, científica, sensibilidade social e precisa incorporar novas racionalidades cognitivas e operativas para romper com os vícios do modelo de atuação centrado apenas na doença¹⁶.

Categoria 4 - Prevenção e Educação em Saúde

A ESF tem como pilar de sustentação a abordagem de promoção de saúde, que pode ser entendida como o conjunto de ações estratégicas diversificadas voltadas ao enfrentamento dos problemas sociais buscando a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Tendo como foco a família, percebida a partir de seu ambiente físico e social, espera-se das equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e intervenções que vão além de práticas curativas habituais¹⁸.

Dentre as atividades exercidas pelo Cirurgião Dentista estão as ações preventivas e educativas, entretanto, independente do tempo de formados, na maioria das vezes estes profissionais não estão preparados para desempenhar estas atividades, realizando-as de maneira inadequada²⁶. Isso pode ser comprovado nas entrevistas onde se percebeu uma confusão dos conceitos entre prevenção e promoção de saúde e uma falta de compreensão do impacto dessas atividades na melhoria da qualidade de vida da população:

[...] a gente faz sala de espera de educação e a gente faz também aplicação de flúor, aqui normalmente não tem selante [...] aqui a gente faz orientação de escovação [...] (CD03).

[...] sempre que tem atendimento a crianças, os idosos, nós fazemos palestras ou então fazemos promoção de saúde numa sala reservada aqui e as visitas em escolas [...] (CD08).

[...] executamos através de algumas palestras e tinha uma Técnica de Higiene Dental que fazia esta parte aqui na unidade [...] fazia escovação com as crianças da unidade [...] (CD06).

[...] eu já fiz umas duas palestras com vídeos que a própria secretaria encaminha [...] ainda coloco o pessoal com modelo escovão, com este material didático é bem legal [...] (CD07).

A formação acadêmica deve proporcionar aos estudantes, uma visão de totalidade com capacidade para atender coletivamente os problemas de saúde bucal, tornando-se assim um profissional apto a agir de forma preventiva, privilegiando ações que beneficiem o maior número de pessoas²¹.

Os Cirurgiões Dentistas devem atuar em equipes interdisciplinares, no planejamento de políticas públicas saudáveis e no desenvolvimento de ações de vigilância da saúde na coletividade. Um dos problemas relacionados à inserção do profissional de saúde bucal na ESF consiste na dificuldade de

percepção da dimensão sócio-histórica das práticas de saúde e do potencial de alcance de sua intervenção social, a limitação do conceito saúde doença pela não incorporação da dimensão social, a baixa efetividade das ações de saúde bucal determinada pela ausência de participação popular na organização dos serviços, a baixa incorporação das diretrizes do SUS, em especial em relação à universalidade e integralidade, a prática de atenção à saúde bucal fortemente pautada no modelo clínico e o isolamento do profissional²⁷.

Ainda segundo os mesmos autores, serviços odontológicos promotores de saúde envolvem profissionais com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas levando em consideração vários aspectos de sua vida e não apenas um conjunto de sinais e sintomas relativos à cavidade bucal. É necessário um equilíbrio entre prevenção e a cura elevando assim o nível de saúde da população.

Conclusões

A partir dos discursos dos Cirurgiões Dentistas que atuam nas ESB no município de Jequié-BA foi possível concluir que o planejamento das ações em saúde bucal, referentes ao conhecimento da realidade da população adstrita ainda não é uma prática comum, o que torna necessário uma reavaliação do processo de trabalho desses profissionais, pois somente conhecendo a realidade local é possível o desempenho de um trabalho que traga benefícios à população.

Os Cirurgiões Dentistas que atuavam nas ESB do município tiveram uma formação acadêmica ainda pautada no modelo curativista, visto que demonstram dificuldades em se adaptar no modelo de atenção proposto pela ESF.

Referências

1. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc Saúde Col.* 2001; 6(2): 269-91.
2. Zilbovicius, C. A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde: Integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2005.
3. Roncalli AG. Perfil epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil 1986-96. [capturado em 10 de outubro de 2011]. Disponível em URL: <http://www.unb.br>.
4. Narvai PC, Frazão P. Declínio na experiência de cáries em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Odontol e Soc.* 1999; 1 (2): 25-9.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de Dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, de 29 de dezembro de 2000. Seção 1.p.85.
6. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, de 5 de outubro de 1988. Subsecretaria de Edições Técnicas; 1988.

7. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, de 4 de março de 2002, Seção 1, p. 10.
8. Péret ACA, Lima M L R.. A pesquisa e a formação do professor de Odontologia nas políticas internacionais e nacionais de educação. Rev. ABENO. 2003; 3 (1): 65-9.
9. Silva AM, Vargas AMD, Ferreira EF. Integralidade da Atenção e o Ensino Superior. Arq. Odont. 2004; 40 (3): 207-16.
10. Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva. Porto Alegre: Artmed; 2003.
11. Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. Rev ABENO. 2004; 4:30-7.
12. Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. Rev ABENO. 2004; 4 (1): 17-21.
13. Minayo CSO. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: HUCITEC; 1999.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. 1ª ed. Lisboa: Edições; 1977.
15. Padilha WWN, Valença AMG, Cavalcanti AL, Gomes LB, Almeida RVD, Taveira GS. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2005; 5 (1): 65-74.
16. Silveira Filho AD. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Rev. Saúde Fam. 2002; 6: 36-43.
17. Volschan BCG, Soares EL, Corvino M. Perfil do profissional de Saúde da Família. RBO. 2002; 59 (5): 314-6.
18. Souza HM. PSF em Debate. Rev Bras Enf. 2000; 53 (supl): 7-16.
19. Lacerda JT, Traebert JL. A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família. 1ª ed. Florianópolis: UNISUL; 2001.
20. Scliar M. Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública. São Paulo: L&PM; 1987.
21. Facó EF, Viana LMO, Bastos VA, Soares SA. O Cirurgião-Dentista e o Programa Saúde da Família na Microrregião II, Ceará, Brasil. Rev. Bras. Prom. Saúde, 2005; 18 (2): 70 – 7.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: Uma Estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Ed. Brasília: Editoração eletrônica; 1997.
23. Matos PE, Tomita NE. A Inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: da Universidade aos pólos de Capacitação. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(6): 1538-44.
24. Struchiner M, Vieira AR, Ricciardi RMV. Análise do conhecimento e das concepções sobre saúde oral de alunos de odontologia: avaliação por meio de mapas conceituais. Cad Saúde Pública. 1999; 15 (2): 55-68.
25. Pinheiro FMC. A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF. Rev Odontol UNESP. 2008; 37(1): 69-77.
26. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no ESF de municípios do Rio Grande do Norte. Ciênc Saúde Col. 2006; 11 (1): 219-27.
27. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O Papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Col. 2004; 9 (1) : 131-8.

Endereço para correspondência

Rua José Moreira Sobrinho, s/n - Jequezinho.
Jequié – BA – Brasil
CEP: 45.200-000

Recebido em 31/10/2012
Aprovado em 24/06/2013