

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CRISTIANE OLIVEIRA DE SOUZA**

**A ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS  
E EXPECTATIVAS**

**CONSELHEIRO LAFAIETE - MG  
2014**

**CRISTIANE OLIVEIRA DE SOUZA**

**A ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESAFIOS E EXPECTATIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Esp. Judete Silva Nunes

**CONSELHEIRO LAFAIETE - MG  
2014**

**CRISTIANE OLIVEIRA DE SOUZA**

**A ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESAFIOS E EXPECTATIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Esp. Judete Silva Nunes

Banca Examinadora:

Prof. Esp. Judete Silva Nunes - UFMG

Prof. Dra. Simone Dutra Lucas

Aprovado em Belo Horizonte, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, **Antônio José e Filomena**, pessoas presentes em minha vida, que me apoiaram em todos os sonhos e comemoraram a cada realização.

"O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer uma ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e em reinvenção." (Paulo Freire)

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ser luz no meu caminho e nas minhas decisões.

Aos meus pais, **Antônio José** e **Filomena**, pelo incentivo e por me ensinarem a voar alto, ousar mais e fazer realizar! Amo, ambos, muito!

Aos meus irmãos, **Natália** e **Filipe**, que estiveram sempre torcendo pela minha vitória.

As minhas queridas companheiras de curso Camila, Tatiana, Alice, Amanda, Isabella agradeço pela amizade e apoio irrestritos.

À orientadora Judete por me acolher prontamente como orientanda e aceitar o desafio de concluir este curso de forma brilhante! Muito Obrigada!

## RESUMO

A incorporação recente da odontologia na Estratégia da Saúde da Família revela muitos desafios e expectativas para profissionais e comunidades. Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o tema proposto baseados em artigos científicos publicados no período de 2003 a 2012 e pesquisados nos módulos do CEABSF, biblioteca virtual Nescon, sites científicos (SCIELO, BVS BIREME) e elaborar um plano de intervenção para discutir as ações da equipe de saúde bucal ao ser inserida, primariamente, no centro de saúde Boa Vista do município de Petrópolis - RJ. Na fundamentação teórica e discussão avaliou-se abordagens como a inserção do cirurgião – dentista na equipe e sua relação com os outros profissionais, assim como também, a percepção do usuário. A partir de observações da equipe do centro Boa Vista nos atendimentos e consultas diárias percebeu-se a necessidade da elaboração de um plano de intervenção com a finalidade de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de uma população nunca assistida e orientada por um responsável da área. O reconstruir da prática odontológica no Programa de Saúde da Família é um desafio que envolve não só os profissionais, mas também a política de saúde, os centros formadores e as sociedades adscritas em cada território.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Estratégia Saúde da Família; Atenção Básica; Odontologia Comunitária.

## **ABSTRACT**

The recent incorporation of dentistry in the Family Health Strategy reveals many challenges and expectations for professionals and communities. This study aimed to conduct a literature review on the proposed topic proposed based on scientific articles published in the period from 2003 to 2012 and surveyed in modules CEABSF, Nescon virtual library, scientific sites (SCIELO, VHL BIREME and develop a plan of intervention to discuss the actions of the oral health team to be inserted primarily at the health center in the municipality of Boa Vista Petrópolis – RJ. In theoretical reasoning and discussion we evaluated approaches such as the insertion of the surgeon - dentist on staff and their relationship with other professionals, as well as the perception of the user. From observations of the post Boa Vista team in the attendances and daily consultations realized the need to prepare an action plan for the purpose of prevention, promotion and restoration of oral health in a population never assisted and guided by an official of area. The rebuilding of dental practice in the Family Health Program is a challenge that involves not only professionals, but also the politics of health, education centers and societies ascribed in each territory.

Keywords: Oral Health; Family Health Strategy; Primary Care; Communit Dentist



## LISTA DE ABREVIATURAS

ACD	Auxiliar Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar Saúde Bucal
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CEO	Centro de Especialidades Odontológica
CD	Cirurgião – Dentista
CD's	Cirurgiões – Dentistas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos, Obturados
ESB	Equipe Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FASE	Faculdade Arthur Sá Earp
IPC	Índice Periodontal Comunitário
IBGE	Inst. Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo Educação em Saúde Coletiva FAC/ medicina UFMG
PA	Pressão Arterial
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
RJ	Rio de Janeiro
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

THD

Técnico Higiene Dental

TCC

Trabalho de Conclusão de Curso

TRA

Tratamento Restaurador Atraumático

UBS

Unidade Básica de Saúde

UPA

Unidade Pronto Atendimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> - Priorização dos Problemas	25
<b>Quadro 2</b> - Desenho das Operações	28
<b>Quadro 3</b> - Recursos Críticos	30
<b>Quadro 4</b> - Plano Operativo	31

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO: Contexto de trabalho da equipe de Saúde da Família.....	12
1.2- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	12
2- JUSTIFICATIVA.....	15
3- OBJETIVOS.....	16
3.1- OBJETIVO GERAL.....	16
3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4- MÉTODOS.....	17
5- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E DISCUSSÃO.....	18
5.1- Inserção da odontologia na Estratégia Saúde da Família.....	18
5.2- O profissional de Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família.....	19
5.3- Relação multiprofissional do Cirurgião – Dentista com a ESF.....	22
5.4- Percepção dos usuários diante da incorporação da odontologia na Equipe de Saúde da Família.....	23
6- PLANO DE INTERVENÇÃO.....	25
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

## 1 INTRODUÇÃO

No contexto da Saúde da Família, a saúde bucal deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe. Incorporar a saúde bucal é articular esse profissional a uma equipe de saúde e permitir a formação de vínculo com a população acompanhada para a identificação e o atendimento humanizado. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) finalizada no ano de 1998 apontam que uma parcela importante da população brasileira não tinha acesso aos serviços odontológicos, ou seja, até o ano de 1998, cerca de 20 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista. Isso representa algo em torno de 18,97% de pessoas que nunca tiveram acesso ao tratamento odontológico (BARROS; BERTOLDI, 2002 apud ANJOS *et al.*, 2011).

Ao constatar a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, o Ministério da Saúde (MS), em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal nas equipes de Saúde da Família o que resulta nos dias de hoje em uma reorientação do modelo de atenção em saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Anjos *et al.* (2011, p. 602):

“No atual contexto nacional em que se encontra o processo de ampliação das redes de atenção em saúde bucal, os brasileiros estão mais próximos das ações de assistência à saúde bucal, como também estão mais informados sobre os cuidados e preocupações com a saúde bucal. Diante da ampliação da Estratégia Saúde da Família, a Estratégia da Saúde Bucal vem mostrando-se como um potente instrumento disseminador de informações sobre cuidados com a saúde; porém tal fato, ao mesmo tempo que está associado a potencialidades, avanços e resolutividades, enfrenta também dificuldades e desafios.”

A implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) está ocorrendo de forma gradativa, com base em estudos sobre a realidade local, critérios de risco, adesão dos profissionais e infra estrutura (SANTIAGO *et al.*, 2009).

### 1.2 Diagnóstico Situacional

O município de Petrópolis localiza-se no topo da Serra da Estrela, pertencente ao conjunto montanhoso da Serra dos Órgãos, a 845 metros de altitude média, sendo que a sede municipal está a 810 metros de altitude. Situa-se a 68 km do Rio de Janeiro com uma população de aproximadamente 295.917 hab. A organização local do sistema de saúde do

SUS será descrita através da atenção básica, de média e de alta complexidade. A Atenção Básica representa a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, constituindo-se como eixo estruturante de reorientação do Modelo de Atenção. Em relação à organização da Atenção Básica, esta tem atualmente 43 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a ESF e 10 UBS sem a ESF. Atenção de média complexidade no município segue ao fluxo de assistência, iniciado nas unidades Básicas de Saúde (Atenção primária), sendo referenciados para a Atenção secundária ou terciária quando houver necessidade. O município de Petrópolis possui um total de estabelecimentos de saúde igual a 259 e 79 estabelecimentos de Saúde do SUS. Um número de 501 de serviços especializados (ambulatorial/ hospitalar- SUS/PRIVADO); sendo desses 43 centros de saúde pública. Apesar de Petrópolis ter realizado avanços importantes na atenção básica, enfrenta vários desafios, incluindo: melhorar acesso, reforçar o papel da atenção básica como porta de entrada no sistema, alcançar maior integralidade na atenção à saúde, melhorar a coordenação e aumentar a orientação para a comunidade. (JAMES; ALMEIDA, 2003).

O Centro Boa Vista atuante como (PSF) Programa de Saúde da Família, inaugurado em 2003, situa-se no município de Petrópolis - RJ, no bairro Alto da Boa Vista. A unidade de saúde está também vinculada a uma instituição de ensino superior privada na área de saúde, Faculdade Arthur Sá Earp (Fase) na qual são realizadas atividades acadêmicas. A equipe é composta de seis agentes comunitários, um médico da família, uma técnica em enfermagem e uma enfermeira, a qual é a responsável pela unidade. As consultas especializadas são solicitadas pelos serviços através de demanda espontânea e encaminhadas para os Centros de Saúde conveniados ao SUS, assim como os hospitais municipais e as Unidades de Pronto- Atendimento (UPA). A unidade de saúde apresenta as seguintes infraestruturas: duas sala de atendimentos para acadêmicos internos de medicina e internos; recepção onde é feita a triagem e a pré-consulta (peso, altura, aferição de Pressão Arterial (PA), temperatura); sala de vacina para realização de teste do pezinho e imunização; consultório médico em que são feitas consultas pela manhã e a tarde; sala de enfermagem são realizados exames preventivos do câncer do colo do útero, exames de pré-natal com enfermeira, eletrocardiograma feito semanalmente, conforme a demanda; ambulatório para a aplicação de injetáveis, curativos, aferição de PA, etc; sala de reunião em que são realizadas reuniões com a equipe. Grupos de diabéticos, gestantes, tabagismo, trabalhos preventivos em nível de unidade básica. A população coberta pela ESF é de aproximadamente 2.839 pessoas. A maior concentração é da faixa etária 18 - 59 anos representando 67%, ou seja, destaque para a população adulta na comunidade seguida de 20% de crianças e adolescentes. O número de famílias cadastradas na PSF é de 893. O bairro conta com uma infraestrutura básica, porém muitas vezes insatisfatória, sendo que

63,94% da população registrada recebe água filtrada, 2,35% utilizam da fervura, 1,79% cloração e 31,91% não tem tratamento; em relação ao abastecimento de água 58,34% é proveniente da rede pública, 41,21% de poços ou nascentes e 0,45% de outras formas; em relação ao tipo de casa 98,88% é feita de tijolo/adobe, 0,56% de material aproveitado e 0,19% de outras formas; a coleta de lixo é 99,95% realizada pela coleta pública; 99,95% das residências utilizam sistema de esgoto, 0,34% utiliza fossa e 0,11% é a céu aberto; 99,89% das residências possuem energia elétrica (SIAB, 2013). Todas as ruas são pavimentadas, o que facilita o acesso às mesmas. No território existe transporte público de fácil acesso ao centro da cidade. Há associações que auxiliam na promoção de saúde como a Igreja Católica, a qual cede espaços para reuniões e campanhas; a creche e a escola da comunidade que oferecem incentivos para as atividades práticas com as crianças / pais / professores; a quadra de esportes da associação de moradores para eventos promovidos pela equipe do posto. De acordo com os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do ano de 2013, a maior parte da população se encontrava na zona economicamente ativa (entre 20 e 49 anos) e a hipertensão arterial e os diabéticos são as principais doenças referidas nessas famílias, correspondendo a 17,08 e 3,70. A percentagem dos usuários que são alfabetizados é de 96,28%.

A maioria dos pacientes procura o serviço de saúde na unidade devido às doenças como hipertensão, problemas respiratórios, exames preventivos (saúde da mulher), vacinação em crianças /atualização da caderneta, porém, também necessitam da atenção odontológica, pois através da chamada Estimativa Rápida com os informantes-chaves da comunidade (presidente da associação de moradores, comerciantes, pais de crianças, diretora da escola) percebeu-se que a necessidade da Equipe de Saúde Bucal (ESB) é de grande importância devido aos problemas bucais observados e priorizados pela comunidade e pela equipe técnica da unidade de saúde, que no momento não possuíam recursos humanos e infraestrutura disponíveis.

## 2 JUSTIFICATIVA

A motivação para este estudo envolve um novo pensar e agir na prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de uma população nunca assistida e orientada por um Cirurgião - Dentista (CD) no contexto da ESF. A inserção da ESB no Centro de Saúde Boa Vista não teve como base pesquisas epidemiológicas de âmbito nacional prévias para conhecer o perfil epidemiológico da saúde bucal daquela população, como através do Índice CPOD ( número de dentes cariados, perdidos, obturados permanentes) em crianças nas faixa etárias de 6 e 12 anos de idade e do Índice Periodontal Comunitário (IPC), exame de avaliação sobre doenças periodontais em adultos e idosos. A necessidade da atuação da ESB foi devida a percepção objetiva e subjetiva dos profissionais da ESF quanto às condições bucais da população através de consultas, exames, campanhas de vacinação, grupos operativos, visitas domiciliares, diagnósticos complementares e da própria comunidade, a partir de atividades realizadas que demonstraram a grande importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar juntamente com a ESB. Na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população (BRASIL, 2006).



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 - Objetivo Geral**

Realizar uma revisão de literatura sobre o tema odontologia na ESF e elaborar um plano de intervenção para discutir as ações da ESB ao ser inserida na ESF Boa Vista do Município de Petrópolis/RJ.

#### **3.2 - Objetivos Específicos**

- Realizar diagnósticos epidemiológico levando em consideração tanto fatores biológicos, quanto os aspectos sociais, econômicos e culturais do processo saúde-doença;
- Registrar os problemas de saúde bucal mais prevalentes: cárie dentária e doença periodontal
- Fornecer subsídios para implementação de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos mais efetivas.
- Capacitar os profissionais da equipe em relação aos cuidados primários sobre saúde bucal.

## 4 MÉTODOS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) adotou uma metodologia conceitual, teórica e empírica, baseada em pesquisa bibliográfica e informações coletadas a partir de fontes primárias e secundárias, publicadas em periódicos científicos indexados em base eletrônica.

Foram selecionados artigos científicos publicados no período de 2003 a 2012. As fontes de pesquisa bibliográfica utilizadas foram os módulos do CEABSF, biblioteca virtual Nescon, sites científicos (SCIELO, BVS BIREME). As palavras-chaves encontradas como descritores exatos foram: Saúde Bucal; Estratégia Saúde da Família; Atenção Básica; Odontologia Comunitária.

A partir destes estudos foi elaborada uma proposta de intervenção em saúde bucal no PSF Boa Vista, localizado no município de Petrópolis/RJ, com base no Planejamento Estratégico Situacional (PES) realizado no segundo semestre de 2012.

## 5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E DISCUSSÃO

### 5.1 Inserção da odontologia na Estratégia Saúde da Família

A exclusão de grande parte da população aos serviços de saúde bucal no Brasil foi evidenciada através de dados acompanhados por meio de levantamentos epidemiológicos locais e nacionais iniciados em 1986, pelo MS, que pesquisou no âmbito nacional dados sobre cárie dental, doença periodontal e necessidade de prótese dentária.

No ano 2000, o MS iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto população urbana como rural, identificado como “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira” – SB BRASIL 2003. O projeto teve como objetivo geral produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento/avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do SUS, contribuindo na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal. Foram examinadas 108.921 pessoas nas cinco macro-regiões brasileiras para avaliação de prevalência de cárie dentária para a população de 18 a 36 meses, cinco, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos; alterações gengivais, na amostra de 5 anos; prevalência de doença periodontal nas amostras de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos; prevalência de oclusopatias e fluorose dentária na faixa etária de cinco, 12 e 15 a 19 anos; necessidade e o uso de prótese nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos; relacionando os dados encontrados e a realidade socioeconômica e demográfica da população brasileira. Concluiu-se a partir da análise das estimativas que o declínio da cárie dentária na população infantil ocorreu de forma desigual na população brasileira com números elevados de lesão cariosas não tratadas em crianças das regiões Norte e Nordeste do país; agravamento das condições do órgão de suporte dentário relacionadas à presença e/ou risco de infecção periodontal; perda dentária precoce grave e necessidade de algum tipo de prótese partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade (BRASIL, 2003).

No mesmo ano (2000), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou dados que mostraram 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista. A partir desses dados que evidenciaram a exclusão de grande parte da população aos serviços de saúde bucal e da reorganização da atenção básica, e da implantação da Estratégia da Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, o MS por meio das portarias n<sup>o</sup> 1.444, de 28 de dezembro de 2000 n<sup>o</sup> 267 de 06 março de 200, incentiva e regulamenta a inserção dos profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, as equipes de saúde bucal em dois tipos: modalidade I (um CD e um Atendente de Consultório Dentário – ACD) e modalidade II (um CD, um ACD e um Técnico de Higiene Dental – THD) (PALMIER *et al* , 2013).

Em janeiro de 2004, o MS elaborou e aprovou as “Diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal” (PNSB) que apontaram para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente, do desenvolvimento de ações intersetoriais e integralidade da atenção. Destacou-se no projeto as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde diante da característica do perfil epidemiológico da população estudada, por meio do exercício de práticas democráticas e participativas sob a forma de trabalho em equipe. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004). O “Programa Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério” decorrente do PNSB teve como objetivos ampliar a rede de serviços e aumentar o incentivo financeiro para as equipes de saúde bucal, ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. (BRASIL, 2006 ).

A inserção da odontologia parece ter sido de direito, mas não de fato. Os “problemas de boca” continuam sendo de responsabilidade da odontologia, que não consegue solucioná-los em função da grande demanda acumulada (ANDRADE; FERREIRA, 2006).

## **5.2 O profissional de Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família**

O CD que trabalha na ESF vê-se diante de muitos desafios devido a uma educação acadêmica voltada para procedimentos curativos/ reabilitadores com pouca ênfase nos fatores socioeconômicos e psicológicos do processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde, conforme destacaram vários autores ( ARAÚJO, 2005; CERICATO *et al*, 2007; SANTIAGO *et al*, 2009). “(...) Em sua maior parte, os cursos de graduação em Odontologia no país possuem currículos orientados para uma formação mais técnica, com uma prática clínica individualizada, fragmentada, biocêntrica, curativa, com ênfase no uso de tecnologias “de ponta” (...)” (NARVAI, 2003 *apud* CHAVES; MIRANDA, 2000, p. 163).

De acordo com Cericatto, *et. al.* (2007) a qualificação dos Cirurgiões – Dentistas (CD) é um fator de discussão, uma vez que o perfil exigido para um profissional que atue na lógica da ESF não é atingido por deficiências na formação extremamente voltada para o desenvolvimento de habilidades técnicas, em detrimento daquelas necessárias ao trabalho com a coletividade e suas demandas. O Conselho Federal de Odontologia (CFO) afirma que uma das razões da discrepância do progresso técnico e científico da odontologia brasileira e

do nível de saúde bucal dos brasileiros é a formação e a capacitação inadequada dos recursos humanos, que não incorporam habilidades para o trabalho em nível comunitário.

Em relação aos estudos de CALADO, (2002) *apud* ANJOS *et al* (2011) “(...) O perfil do profissional e seus interesses são fundamentais para se analisar os desafios da ESF, pois em alguns casos esses profissionais de saúde se mostraram insatisfeitos com sua formação. Quanto à pretensão de continuar trabalhando com a ESF, observou-se o interesse do CD em prosseguir com a atividade. As principais razões para isso foram: satisfação com o trabalho desenvolvido, vínculo com a população, crença como uma estratégia de mudança do setor saúde e possibilidade de adquirir mais conhecimento na área (...)”. Contradiz em parte com Chaves e Miranda (2008) que ressaltaram em seu trabalho que os CD revelaram algumas frustrações quanto às suas aspirações profissionais, sobretudo em razão de perceberem incompatibilidades entre as suas motivações e expectativas iniciais de escolha profissional e as condições inadequadas de seu processo de formação na graduação, a saturação do mercado para a prática liberal, a insatisfação com as condições encontradas para a prática de trabalho na esfera pública, no âmbito da AB, especificamente em serviços do PSF.

No estudo bibliográfico de Moysés (2004) em que abordou conceitos e referências de análises sobre políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia, destacou-se a reflexão sobre o paradoxo em que encontra-se a odontologia diante da transição dos modelos de formação e das práticas odontológicas diante da incipiente participação da saúde bucal no SUS no Brasil na conjuntura atual a que o país enfrenta com a transição demográfica e epidemiológica na saúde bucal. Tais realidades impõem uma agenda de mudanças na formação e no trabalho do dentista brasileiro, sendo necessárias as mudanças na formação profissional e na visão de mundo reproduzidas dentro das academias, pois com isso nestes também começa a formação das possibilidades para a empregabilidade futura do CD e de sua relevância social. E segundo Chaves e Miranda (2008), há ainda uma crise decorrente da mudança de *habitus* profissional dos CD, em função de sua inserção em um novo contexto de trabalho assalariado e da prestação de serviços na esfera pública, diverso da expectativa e ideação iniciais de uma atuação profissional liberal.

Na pesquisa realizada por Martins, *et al* (2007) objetivou-se analisar o perfil da atuação dos CD inseridos na ESF em Teresina-Piauí, buscando conhecer e compreender sua experiência de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde bucal. Como metodologia empregada aplicou-se questionários para 113 CD no período de dezembro de 2005 a abril de 2006 em Teresina, capital do estado do Piauí, considerando fatores como: gênero, qualificação, tempo de atuação e capacitação no PSF, caracterização das visitas e das

necessidades da população, grau de dificuldade da demanda e local de atendimento, procedimentos executados, aspectos do planejamento e registro de informações ambulatoriais, integração entre os profissionais da equipe do PSF, condições de trabalho e razões que levaram o profissional a trabalhar no PSF. Destacou – se no trabalho os resultados em que 62,83% dos CD são do sexo feminino; 70,8% de CD visitaram os domicílios de sua área nos dois primeiros meses enfatizado com isso pelos autores que quando os profissionais de saúde bucal do PSF realizam visitas domiciliares, eles se aproximam das pessoas, estabelecendo um contato mais próximo com a população, reforçando o vínculo entre eles e contribuindo, assim, para a acessibilidade aos serviços. A maioria dos CD (84,95%) respondeu que conhecia a saúde bucal de sua área de atuação, no entanto, 87,61% destes profissionais se contradisseram ao afirmarem não conhecer o CPOD, o que é dado já que o conhecimento deste índice é essencial para se avaliar a situação de saúde bucal de uma população e importante para planejar as ações a serem desenvolvidas nas equipes de saúde bucal. Em relação aos casos não resolvidos na atenção básica, 95 CD (84,82%) responderam que encaminhavam para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o que indica que os CD não têm um conhecimento minucioso sobre a resolução dos problemas encaminhados para os serviços de referência. A maioria dos CD (73,5%) afirmaram fornecer instruções sobre saúde bucal para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 65,9% dos CD sabem que os ACS repassam essas instruções aos usuários. A maioria (79,64%) dos profissionais afirmou ter optado por trabalhar no PSF por gostar de trabalhar com a comunidade e em equipe, fato que pode ser considerado como positivo, pois este perfil é fundamental para o sucesso da proposta do programa. Concluíram que a filosofia do PSF foi parcialmente seguida em relação ao diagnóstico situacional das famílias no momento inicial da introdução dos CD na equipe, mas que a existência de grande demanda reprimida e necessidades acumuladas, dificulta a substituição total do modelo tradicional pelo atendimento centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Cericatto *et al*, 2007 complementam ao relatar que os princípios da ESF são perdidos pela grande demanda reprimida e dificuldades administrativas, distanciando o serviço da proposta de melhoria da qualidade de vida da população.

Segundo a abordagem dos estudos de Andrade, (2010) a implementação das políticas públicas no Brasil é fortemente influenciada por peculiaridades regionais relacionadas á formação educacional de profissionais na área da ESF, passando pela adequação do perfil dos gestores desta nova visão de se fazer saúde em nosso país e pelo envolvimento da população usuária do SUS na participação das decisões políticas deste sistema.

### 5.3 Relação multiprofissional do Cirurgião – Dentista com a Equipe de Saúde da Família

Segundo Ceccim, (2004) *apud* Farias e Sampaio (2011, p.112):

A equipe multiprofissional interdisciplinar usuário centrada deve ser objeto de fundação do trabalho em saúde, lugar de experiência profissional e ferramenta de apropriação de saberes e práticas e de transformações [...]. O trabalho multiprofissional deve caracterizar-se por uma prática híbrida capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões, sem hierarquização e sem divisões técnicas ou sociais, com os usuários e com a equipe de saúde. O ato terapêutico ocorre em vários planos e se realiza por intermédio das múltiplas categorias profissionais e múltiplos campos de conhecimento e de práticas, em uma perspectiva interdisciplinar de produção de cuidado pelos sujeitos capaz de desafiar os modos disruptores das práticas de pensamento e de operação profissional cientificista. A escolha de uma perspectiva substitutiva serve para interrogar nossas práticas, colocar-nos ativos na composição de planos de consistência ao ordenamento das equipes de saúde.

Em uma equipe multiprofissional, pretende-se empregar a interdisciplinaridade como forma de produzir cuidado mais resolutivo ao paciente, acolhendo-o e produzindo o vínculo. A interdisciplinaridade ainda é uma realidade distante das práticas predominantes na ESF, com ou sem ESB. A presença dessas, no entanto, agudiza as contradições já existentes entre médicos e enfermeiros, entre profissionais de nível superior e profissionais de nível médio. Seja por uma disputa de poder-espaço, ou uma auto-afirmação da especialidade, os trabalhadores de saúde tendem a ter dificuldade em interagir seus saberes. Para que não seja uma utopia e se aproxime cada vez mais da realidade, é necessário haver compartilhamento das vivências e reconstrução dos papéis profissionais, propiciando um processo participativo e de partilha de saberes, transformando a realidade do processo saúde-doença da população. (FARIAS; SAMPAIO, 2011).

O perfil profissional do CD caracteriza-se ainda pelo isolamento, trabalho individualizado, pouco compartilhado e hierarquizado e a ESF, muitas vezes, não está acostumada a interagir profissionalmente com esse novo integrante na equipe (MELLIN; TANAKA, 2003).

Como destacaram em seus trabalhos Farias e Sampaio (2011) e Camargo (2011) ao concluírem que a formação profissional, biologicista, individual e autônoma do CD influi no processo de trabalho desses sujeitos, isolando e impedindo a troca de saberes com os outros membros da equipe. Esta falta de integração entre os membros da equipe é causada,

provavelmente, pela introdução tardia da ESB na ESF (CERICATTO *et al.*, 2007).

Costa (2011) ressalta também que o profissional inserido na ESF deve ser um participante ativo das ações de promoção, prevenção e educação em saúde, dispondo de um tempo para reunir-se com a equipe de saúde e com a população da área onde atua, participando dos processos de planejamento e avaliação das ações em desenvolvimento na sua região e no município. Dentre todos os profissionais da ESF destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elo fundamental entre os CD e a comunidade, tendo um papel importante na busca ativa das pessoas de grupos prioritários para o tratamento e orientações odontológicas (BRISIGHELLO, 2012).

Farias e Sampaio (2011) concluíram ressaltando que a ênfase na equipe interdisciplinar indica o caminho da mudança dos processos de trabalho, alicerçando a integralidade e seus dispositivos como pilares na construção de novas práticas centradas em modelo equânime, socialmente justo, eticamente adequado e tecnicamente superior.

#### **5.4 Percepção dos usuários diante da incorporação da odontologia na Equipe de Saúde da Família**

A satisfação dos usuários, na pesquisa de Silva e Gomes Filho (2012), foi evidente, pois destacaram a oferta de atendimento odontológico como fator positivo, apesar da caracterização da USF como Centro de Saúde, predominando o modelo cirúrgico-restaurador, desvinculando-se do processo de planejamento para identificar as reais necessidades da população e assim organizar a demanda nos moldes da ESF. Destaca-se também trabalho de Camelo; Agerami, (2008) *apud* Anjos *et al.* (2011), que os usuários da ESF consideraram-se muito satisfeitos com a atuação da equipe e com as atividades por ela desenvolvidas, havendo uma grande melhora na qualidade de saúde bucal após a implantação das equipes de saúde bucal, visto que esses usuários são informados sobre procedimentos para manutenção da saúde bucal que antes desconheciam, como, por exemplo, a importância da aplicação do flúor e a utilização do fio dental.

Em oposição, no estudo de Cericatto *et al.* (2007) o trabalho da equipe da ESF não é percebido pelos usuários, que desconhecem a ESF e a inclusão da odontologia nele e, que, além disso, demonstraram insatisfação quanto ao tempo de espera por um tratamento. Na amostra submetida à pesquisa de Andrade e Ferreira, (2006) também encontraram-se usuários insatisfeitos com a presteza no atendimento, reclamando das longas filas de espera e não conseguindo resolver a maioria dos seus problemas de caráter emergencial.

As dificuldades também encontradas relativas ao saneamento básico, questões sociais,



econômicas e educacionais, colaboram de um modo geral, na sedimentação de uma cultura atual marcada pela procura por serviços odontológicos quando a doença cárie/ periodontal já se encontram estabelecidas, onde o usuário busca a ESF/ESB prioritariamente por uma solução terapêutica em nosso país (MATTOS, 2012).

Diante das questões culturais, políticas e sociais, não há por parte da sociedade necessitada de serviços odontológicos na esfera pública uma participação em movimentos sociais reivindicando seus interesses e sobre os quais são muito pouco debatidos, inclusive, pela classe odontológica (MANFREDINI, 2010).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A promoção da saúde bucal, no seu sentido mais amplo, e talvez o mais apropriado, é uma ação global objetivando a melhoria na qualidade de vida das pessoas com foco na odontologia. Após a observação do grande número de casos de doenças bucais na população estudada, a equipe de saúde do Centro de Saúde Boa Vista, Petrópolis - RJ, reuniu-se para avaliar quais seriam as principais causas e os cuidados necessários para combater ou amenizar o problema.

**Tabela 1:** Priorização dos Problemas

Priorização dos Problemas na comunidade Boa Vista – Petrópolis- RJ			
Principais Problemas	Importância	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Falta de atendimento odontológico na unidade - não há ESB e infraestrutura para atendimento.	Alta	parcial	1

Fonte: Autoria Própria (2013).

### Definição do Problema

A atenção á saúde bucal, parte integrante e essencial para a saúde dos indivíduos, foi introduzida oficialmente na ESF em 2000, com a criação da ESB, efetivando o princípio da integralidade da atenção. Este processo de inserção introduziu alguns ganhos importantes para o setor de saúde bucal, como o incentivo financeiro e a ampliação dos serviços odontológicos para toda a população.

## **Priorização do Problema**

Após a constatação e observação, principalmente, do grande número de crianças e adolescentes com lesões cáries observadas nos consultórios médicos e campanhas de vacinação, além das procuras de urgência com relatos de pacientes em geral com dores agudas bucais, a equipe procurou estabelecer prioridades e a capacidade de enfrentamento do problema junto com a comunidade e outros órgãos da administração pública, principalmente com uma ajuda de ESB “temporária” de forma a auxiliar na introdução da odontologia futura na comunidade. Chegaram a conclusão que muitos problemas podem ser combatidos com ações executadas pela ESF com a ESB, porém existem alguns fatores que dependem de fatores externos, como contar com a boa vontade da administração pública e da secretaria de saúde (infraestrutura adequada). Entre outras definições, concluíram quais seriam as ações mais urgentes enquanto não forem inseridas de forma definitiva a ESB na unidade: necessidade de ampliação do acesso da comunidade às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal; a necessidade do estudo dos índices epidemiológicos bucais; intensificar campanhas junto a comunidade; informações sobre alimentação balanceada e saudável - incentivar o uso de uma nutrição mais rica e mais natural; levantamento dos grupos de risco; palestra de orientação nas escolas / aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada; mobilizar outros setores da administração pública para um trabalho conjunto de incentivo; divulgar na mídia escrita, falada ações positivas em saúde bucal; disponibilizar materiais de higiene bucal (fio dental, dentífricos e escova dental); acesso ao tratamento de intervenção odontológica (encaminhamentos e desenvolvimento de atuação de TRA – Tratamento Restaurador Atraumático ).

## **Descrição do Problema Selecionado**

No PSF Boa Vista a priorização do problema encontrado relativo á falta de assistência odontológica não está vinculado a nenhum estudo epidemiológico ou de qualquer outra natureza “científica” que possa caracterizar tal realidade, mas sim devido ao relato cotidiano dos usuários que buscam por um atendimento desta natureza na atenção básica e também através das observações de muitos casos detectados através de exames médicos, campanhas de vacinação, visitas domiciliares, diagnósticos de dores entre outros pelos profissionais da equipe que destacaram como fator de risco as doenças bucais para a saúde geral.

## **Explicação do Problema**

As orientações/ supervisões adequadas de uma ESB para a promoção, prevenção e recuperação é um fator essencial para a manutenção de uma saúde bucal saudável e, assim, com menor intervenção curativista. Uma comunidade que não tem esta contribuição na sua educação em saúde caracteriza-se pela falta de compreensão da determinação social do processo saúde-doença a partir de uma prática humanizada.

## **Seleção dos Nós Críticos**

“Nó crítico” seria a causa principal de um problema. No caso estudado os principais seriam:

- Hábitos e estilos de vida: São causas principais do problema apresentado: alimentação inadequada, higiene bucal deficiente e visitas irregulares ao CD.
- Estudos epidemiológicos: Falta de estudos para avaliar as reais condições bucais da comunidade, a fim de realizar planejamentos específicos e satisfatórios.
- Processo de trabalho da equipe de saúde: Pouca discussão e grupos realizados para a promoção de saúde, conscientização da população quanto ao problema apresentado.

## **Desenho das Operações**

Numa tentativa de amenizar o problema, a ESF levantou algumas estratégias para enfrentar o problema, sintetizando-o em uma planilha de enfrentamento, visando desenvolver planejamentos de ações de prevenção e promoção da saúde através de palestras motivacionais, por exemplo.

**Tabela 2:** Desenho das Operações

Nó crítico	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<p><b>Saúde bucal para todos</b></p> <p><b>Saúde Bucal na Escola</b></p>	<p>Grupos operativos na unidade de saúde através de materiais para educação em saúde.</p> <p>Palestras nas escolas</p> <p>Acesso ao tratamento odontológico</p>	<p>- Alterações dos hábitos como: alimentação balanceada e adequada Higiene Bucal</p> <p>- Prevenção de Agravos de Doenças Bucais</p>	<p>Programas efetivos de saúde bucal</p> <p>Escovação supervisionada e aplicação de flúor (ESB voluntária)</p> <p>PROGRAMA TRA: Tratamento Restaurador Atraumático (ESB voluntária)</p>	<p>Cognitivo informação sobre o tema estratégias de comunicação; Político → mobilização social e articulação Intersetorial com a rede de ensino;</p> <p>Financeiro → para aquisição de recursos</p>
<b>Estudando a Boca</b>	<p>Índices da Saúde Bucal da comunidade: Índice CPOD/CEO e IPC.</p> <p>% de família com água fluoretada em casa. (SIAB)</p>	Identificação dos principais problemas bucais e suas causas	Grupos sugeridos de alto índices de doenças como cárie dentária e doenças periodontais	<p>Cognitivo → informação sobre o tema, elaboração e gestão de projetos</p> <p>Político → mobilização social em torno das questões, articulação intersetorial e aprovação dos projetos;</p> <p>Financeiro → financiamento dos projetos</p>

<p><b>Educação para Todos</b></p> <p>Processo de trabalho da ESB</p>	<p>Educação em Saúde para profissionais das equipes de saúde – Linha de cuidados. - Capacitação</p>	<p>Abordagem mais específica / Orientações mais eficazes e pontuais/ Olhar crítico da equipe</p>	<p>Vínculo com a comunidade</p>	<p>Cognitivo</p> <p>→ elaboração e organização das ações de prevenção;</p> <p>Político</p> <p>→ articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p> <p>→ adequação dos meios para realização de todas as ações.</p>
--	---	--	---------------------------------	--

Fonte: Autoria Própria (2013).

### Identificação dos Recursos Críticos

A ESF sintetizou um projeto para apresentar à Secretaria de Saúde e a Administração Pública para que possam por em prática as ações propostas e consigam alcançar os objetivos de melhorar e ampliar o atendimento a toda a população. No quadro abaixo estão alguns recursos para o desenvolvimento das ações propostas pela equipe para enfrentamento do problema.

**Tabela 3:** Recursos Críticos

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<p><b>Saúde Bucal para todos</b></p> <p><b>Saúde Bucal na Escola</b></p>	<p>Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> <p>Cognitivos → motivar as pessoas a colocar em prática os saberes adquiridos nos cuidados com a própria saúde e de seus familiares</p>
<b>Estudando a Boca</b>	<p>Político → articulação intersetorial</p> <p>Organizacional → mobilização social em torno das questões mobilização social em torno das questões, articulação intersetorial e aprovação dos projetos.</p> <p>Financeiro → financiamento dos projetos</p>
<b>Educação para todos</b>	<p>Político → articulação intersetorial e adesão de todos os profissionais envolvidos;</p> <p>Financeiro → requisitar recursos para colocar em prática essas ações</p> <p>Organizacional → adequação dos meios para realização de todas as ações</p>

Fonte: Autoria Própria (2013).

### **Elaboração do Plano Operativo**

As ações serão realizadas pela equipe de saúde, composta por um CD e um ASB de uma ESB voluntária junto com a colaboração da ESF. Setor administrativo: coordenador responsável da ESF Boa Vista e coordenadora geral da atenção básica de saúde. O quadro abaixo sintetiza essa divisão de responsabilidades e os prazos para sua realização.

**Tabela 4:** Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Saúde bucal para todos</b>  <b>Saúde Bucal na Escola</b>	- Alterações dos hábitos como: alimentação balanceada e adequada Higiene Bucal  - Prevenção de Agravos de Doenças Bucais	Programas efetivos de saúde bucal Escovação supervisionada e aplicação de flúor  PROGRAMA TRA: Tratamento Restaurador Atraumático	Apresentar o projeto	ESB: Cristiane (CD) e Miriam (ASB)	Apresentar em seis meses
<b>Estudando a Boca</b>	Identificação dos principais problemas bucais e suas causas	Grupos sugeridos de alto índices de doenças como cárie dentária e doenças periodontais	Apresentar o projeto	ESB : Cristiane (CD) e Miriam (ASB)	Em seis meses
<b>Educação para todos</b>	Informações adicionais aos profissionais e maior eficácia nos resultados esperados	Oficinas para os profissionais	Apresentar Projeto de estruturação da rede	ESB : Cristiane (CD) e Miriam (ASB)  Coordenadora ABS	Apresentar projeto em três meses.

**Fonte:** Autoria Própria (2013).



É importante a capacitação dos profissionais envolvidos para realizar as ações junto às comunidades e às famílias envolvidas, identificar parceiros envolvidos e sensibilizados com a proposta, utilizar de mecanismos de monitoramento e avaliação de todas as etapas e, principalmente, propor a atuação de uma ESB voluntária e “modelo” para o estudo específico dos problemas bucais para alçar propósitos para a inserção futura e definitiva da ESB na comunidade. É preciso que toda a equipe esteja motivada, atenta, acompanhando passo a passo e cada ação, avaliando os resultados, fazendo correções quando necessárias e se capacitando, sempre com o objetivo de garantir o sucesso e a qualidade de seu trabalho. Com o objetivo dessa constante avaliação e acompanhamento dos trabalhos efetuados, a equipe criou uma planilha de acompanhamento a ser implantada tão logo se iniciem os trabalhos, com avaliações a serem feitas a cada três meses.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inclusão da odontologia no SUS constituiu um avanço para a saúde bucal. A sua implantação junto á equipe de saúde da família tem se mostrado uma forma eficaz de reorganização das ações de saúde bucal em nível de atenção básica nos municípios. Este estudo teve como objetivos analisar a forma como vem se dando a atuação do CD no âmbito da ESF em relação a sua inserção recente na equipe de saúde, o seu perfil profissional em um novo contexto de trabalho, sua relação com uma equipe diferenciada de profissionais e com a comunidade envolvida e também o estudo de um plano de intervenção para a sua introdução como parte integrante da saúde geral de uma população sem nenhuma assistência odontológica.

No centro de saúde Boa vista, Petrópolis – RJ, a presença de programas primários voltados para os cuidados da saúde bucal através dos projetos propostos como o Saúde Bucal para Todos ( escovação supervisionada, palestras/ orientações, aplicação tópica de flúor); Saúde Bucal na Escola ( escovação supervisionada/ orientações, aplicação tópica de flúor e TRA – Tratamento Restaurador Atraumático); Estudando a Boca (estudos epidemiológicos dos principais problemas bucais) e o Educação para Todos ( capacitação dos profissionais sobre saúde bucal – ACS, técnico de enfermagem , enfermeiros e médicos) são necessários para o contato prematuro da odontologia na comunidade. É uma forma de avaliar as necessidades urgentes sem a intervenção curativista, mas sim com as práticas preventivas e de promoção de saúde para fazer entender a importância do cuidado da boca pelos usuários e da ESF e, posteriormente, reivindicar politicamente ás autoridades de saúde pública a inserção definitiva e necessária da ESB.

O (re)construir da prática odontológica no Programa de Saúde da Família é um desafio que envolve não só os trabalhadores de saúde, mas também a política de saúde, os centros formadores e as sociedades adscritas em cada território, entendido nas dimensões demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e histórico-culturais (FARIAS; SAMPAIO, 2011). É neste contexto político – social da esfera pública, que a odontologia almeja a conquista da sua inserção cada vez maior nas equipes de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, K. L. C; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1: p.123 – 130 .2006.
- ANDRADE, J. W. R. **Adequação do trabalho do cirurgião-dentista frente às diretrizes da estratégia da saúde da família**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2010.
- ANJOS, F. S. *et al.* Equipes de saúde bucal no Brasil: avanços e desafios. **Cienc Cuid Saude**. v. 10, n. 3: p. 601 – 607. jul/set. 2011.
- ARAÚJO, Y. P. **Atuação profissional e vivência do cirurgião – dentista na estratégia do programa de saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.
- BARROS, A. J. D; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização de acessos e serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 7, n.4: p. 709 - 17.2002 *apud* ANJOS *et al.*, 2011 In: ANJOS, F. S. *et al.* Equipes da Saúde Bucal no Brasil: Avanços e Desafios **Cienc.Cuid Saude**, v.10, n.3: p.602.jul/set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Caderno de Atenção Básica – nº.17**, p.14. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 Resultados Principais**. Brasília, Série C Projetos, Programas e Relatórios, MS, p. 63, 2003.
- BRASIL.SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acesso em 31 mar. 2013.
- BRISIGHELLO, ML. P. **Ações coletivas como foco de atuação da odontologia no programa saúde da família**.(Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2012.
- CALADO, Calado GS. **A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios**. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 2002 *apud* ANJOS *et al* 2011. In: ANJOS, F. S. *et al.* Equipes da Saúde Bucal no Brasil: Avanços e Desafios **Cienc.Cuid Saude**, v.10, n.3: p.602.jul/set. 2011.

CAMARGO, ML. L. R. **A organização das ações de saúde bucal no contexto da estratégia da saúde da família.** (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Patos de Minas, 2011.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. **Cienc Cuid. Saude.** v. 7, n. 1: p. 45 – 52. 2008 *apud* ANJOS *et al* 2011. *In:* ANJOS, F. S. *et al.* Equipes da Saúde Bucal no Brasil: Avanços e Desafios **Cienc.Cuid Saude**, v.10, n.3: p.602.jul/set. 2011.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: perspectivas entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. *In:* Pinheiro R, Mattos RA.(Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** São Paul o.p.259-79. 2004 *apud* FARIAS e SAMPAIO 2011. *In:* FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.59, n.1: p.109-115, jan./mar., 2011.

CERICATTO, G. O. *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.

CHAVES, M. C.; MIRANDA, A. S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.12, n.24: p.153-67, jan./mar. 2008.

COSTA, P. N. **Organização dos serviços de saúde bucal na estratégia da saúde da família: problemas e propostas de enfrentamento.**(Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, 2011.

FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.59, n.1: p.109-115, jan./mar., 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico**, 2000.

JAMES, M; ALMEIDA, C. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde Debate**,v.27, n.65: p.243-256. set.-dez. 2003

MANFREDINI, M. A. **Saúde bucal na perspectiva do usuário do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do século XXI.** Dissertação (Mestrado em Serviço de Saúde pública – Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, São Paulo, 2010.

MARTINS, S. M. *et al.* Perfil dos cirurgiões – dentistas integrantes do programa saúde da família. **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**, v. 22, n. 55: p. 48 – 55. jan./mar. 2007.

MATTOS, R. G. **Acolhimento na saúde bucal: uma revisão de literatura.** (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2012.

MELLIN, A. S.; TANAKA, O. Y. Representações sociais de profissionais de um centro de saúde em seu cotidiano e suas práticas. **Revista Ciências Médicas**, v. 12, n. 1: p. 25 – 38. jan. / mar. 2003.

MOYSES, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 4, n. 1: p. 30 – 37, 2004.

NARVAI, P.C. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: KRIGER, L. (Coord.). **ABOPREV**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003 *apud* CHAVES; MIRANDA, 2000, p. 163. *In*: CHAVES, M. C.; MIRANDA, A. S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.12, n.24: p.153-67, jan./mar. 2008.

PALMIER, A. C. *et al.* Saúde Bucal : aspectos básicos e atenção ao adulto. 2ª ed. **NESCON – UFMG**. Belo Horizonte. 2013.

PETRÓPOLIS-RJ, Prefeitura Municipal. Disponível em < <http://www.petropolis.rj.gov.br/> > Acesso em out. 2012.

SANTIAGO, W. K. *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.04: p.211-219.out/dez.2009.

SILVA, M. L.; GOMES FILHO, D. L. A Percepção dos Usuários sobre a Incorporação da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 12, n. 3: p. 369-76, jul./set., 2012.