

SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE FEIRA DE SANTANA (BA): O PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA^a

Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues^b

Angelo Prazeres Gallotti^c

Samara Figueiredo Albernaz Pena^c

Carlos Alberto da Silva Ledo^d

Resumo

O cirurgião-dentista, cuja formação tem valorizado mais práticas curativas, foi incluído na estratégia saúde da família devido à necessidade de melhorar os indicadores epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira na Estratégia Saúde da Família (ESF). O objetivo deste estudo é conhecer o perfil dos profissionais de odontologia inseridos no ESF em Feira de Santana (BA), a fim de investigar se esse perfil é adequado às diretrizes e objetivos desse programa, no que tange às questões de promover, proteger e recuperar a saúde. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, que utilizou como instrumento de coleta de dados o questionário. Os resultados evidenciaram que 68% dos Cirurgiões-Dentistas são do sexo feminino, com faixa etária compreendida entre 23 e 45 anos de idade, cerca de 20% tem 3 anos de formados e fizeram sua graduação na Universidade Estadual de Feira de Santana. No processo de inserção no programa não foi realizado concurso público, sendo 100% dos entrevistados admitidos por meio de contrato. No que se refere à capacitação 68% a possui com foco na Estratégia Saúde da Família e, destes, 100% realizam atividades relacionadas à educação em saúde, executadas na própria unidade ou em escolas, asilos, igrejas e creches. Concluiu-se que a grande maioria dos participantes tem uma visão coletiva, voltada para a prevenção, o que representa um avanço na prática em Saúde Bucal, e aponta para um novo modelo de atenção em Odontologia.

Palavras-chave: Odontologia preventiva. Equipe de saúde bucal. SUS.

^a Trabalho de Conclusão de curso apresentado em abril de 2009.

^b Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestre em Saúde Coletiva.

^c Acadêmicos da Universidade Estadual de Feira de Santana.

^d Eng. Agr., D.S., Pesquisador da Embrapa Mandioca e Fruticultura Tropical.

Endereço para correspondência: Rua Alto do Paraná, 127, Sim. Feira de Santana, Bahia. CEP 44.085-192. aleccio@terra.com.br

Abstract

The surgeon dentist, whose education has given more emphasis to healing practices, was included in the family health strategy due to the necessity of improving buccal health epidemiological indicators and increasing access to Brazilian population. The objective of this study is to find out the profile of odontology professionals who take part in Feira de Santana's (BA) Family Health Strategy (FHS), in order to ascertain whether this profile meets the Program's guidelines and objectives in terms of health promotion, preservation and recovery. This is a quantitative research conducted through a questionnaire with 44 questions. Results pointed out that 68 % of the surgeon-dentists population are female, aged 23 to 45 years; approximately 20 % have had 3 years of practice and graduated in Feira de Santana State University. There was no public entrance exam and 100 % of the interviewed were hired through contract. 68 % have qualification focusing on family health strategy and, out of these, 100 % carry out activities related to health education in the units or in schools, shelter homes, churches and daycare centers. It is assumed that most participants have a collective view, directed towards prevention – which represents an advance in terms of Buccal Health practice and points to a new model of Odontological care.

Key words: Preventive dentistry. Buccal health team. SUS (Brazilian Unified Health Care System).

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, é definido, de acordo com a Lei 8.080,¹ como um sistema de caráter público, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.² É formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada, com direção única em cada esfera do governo e sob controle de seus usuários, que tem como objetivo o reordenamento dos serviços e ações de saúde.

Os princípios do SUS podem ser resumidos em: acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, rede regionalizada e hierarquizada de saúde, descentralização, atendimento integral e participação comunitária.³

Com o advento do SUS, a saúde no Brasil foi caracterizada pelo fortalecimento da atenção básica, com o desenvolvimento de ações estratégicas, dentre as quais o Programa Saúde

da Família (PSF), lançado pelo Ministério da Saúde, em 1994. Consistiu em uma tentativa de consolidar a Reforma Sanitária e fortalecer o SUS, devendo apresentar caráter substitutivo das práticas tradicionais, integralidade na assistência, territorialização, adscrição da clientela sob responsabilidade da unidade básica de saúde e desenvolver o trabalho em equipe multiprofissional.^{4,5}

Inicialmente, as equipes de saúde da família eram compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na estratégia, mais recentemente, é um dos grandes avanços do PSF na perspectiva da integralidade da atenção.

A publicação da Portaria Ministerial nº 1.444,⁶ de 28 de dezembro de 2000, anunciou oficialmente a inserção de profissionais de saúde bucal no PSF e estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF, sendo regulamentada pela Portaria nº 267,² em 6 de março de 2001. Foram criadas duas modalidades de ESB: a modalidade I, composta por um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário; e a modalidade II, que, além desses dois profissionais, conta com um técnico em higiene dental.¹

As equipes de saúde bucal devem ser preparadas para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, sempre voltando sua atuação para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais.⁷

A odontologia insere-se no contexto SUS devido a sua importância na melhora das condições de saúde da população. Serviços odontológicos promotores de saúde envolvem a presença de 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 restritos à cavidade bucal. É necessário que o cirurgião-dentista realize seu trabalho equilibrando prevenção e cura, adotando procedimentos cuja eficácia tenha sustentação científica e assegurando que esses sejam implementados com o mais alto padrão possível. Além disso, deve atuar em equipes multidisciplinares e intersetoriais, com a intenção de atender integralmente o indivíduo.⁸

Rodrigues, Santos e Assis⁹ afirmam que a inserção das ações de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, em 2001, seguindo os princípios do SUS, teve a intenção de substituir as práticas tradicionais exercidas nas unidades de saúde.

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento intitulado “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, que traz novas propostas, apoiadas na produção do cuidado como eixo de reorientação do modelo de atenção em Saúde Bucal. Evoluiu de um modelo

assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um outro, pautado na atenção integral à saúde, com a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.¹⁰

Na visão de Rodrigues, Santos e Assis,⁹ existem ferramentas disponíveis para a implantação de modelos de atenção a saúde bucal, tendo, como matriz, a integralidade. Portanto, há a necessidade de projetos locais que concentrem as diversas abordagens teóricas e reconstruam um modo de planejar, agir e cuidar, com base nas necessidades que se apresentam no cotidiano das práticas.

Para Araújo e Dimenstein,¹² o CD que trabalha no PSF vê-se diante de muitos desafios, pois recebeu uma educação voltada para questões biológicas, curativas e técnicas, 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, não estando, muitas vezes, preparado para desempenhar suas funções neste novo modelo de atenção.

Discutindo essa questão, Araújo e Dimenstein¹² argumentam que a inserção dos cirurgiões-dentistas no referido Programa não se deu com base nas experiências já existentes ou de uma discussão ampliada acerca de seus significados. Aconteceu sem a participação dos profissionais de saúde bucal e de outros profissionais da área de saúde. Não houve discussão sobre a maneira como esses profissionais deveriam atuar na atenção básica, nem sobre as dificuldades que enfrentariam ao trabalhar com uma equipe de saúde.

Consequentemente, existe a probabilidade de esses profissionais não estarem qualificados para desenvolver suas funções ou, ainda, que continuem trabalhando tradicionalmente, repetindo a prática individual e curativista, que já mostrou não ser suficiente para melhorar as condições de saúde bucal da população, como bem diagnosticou a pesquisa SBBrasil.¹³ De acordo com esta pesquisa, 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista. Foi constatado também que 30% dos adolescentes e 46% dos adultos e idosos só procuram o dentista em caso de dor dentária. Os dados mostraram ainda que a necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir na faixa etária de 15 a 19 anos de idade e que as Regiões Norte e Nordeste possuem maior necessidade.

Feira de Santana (BA), localizada na Mesorregião Centro-Norte baiana e distando 115 quilômetros da capital (Salvador) é a segunda maior cidade do estado da Bahia em porte populacional. Sua população foi estimada, para o ano de 2007, em 571.997 habitantes,¹⁴ distribuídos numa área geográfica de 1.363 km², com densidade demográfica de 400,46 hab/km².

Apresenta uma rede de comércio e serviços grande e diversificada e uma importante produção agropecuária, além de indústrias de transformação.

Na área de educação, destaca-se a presença da Universidade Estadual de Feira de Santana, com cursos de graduação e pós-graduação, além de várias faculdades particulares.

A implantação do PSF pela Prefeitura Municipal de Feira de Santana foi iniciada em novembro de 2000, com duas Unidades de Saúde Familiar (USF) – correspondendo, à época, a menos de 2% de cobertura da população feirense –, como Projeto Piloto, no bairro do Novo Horizonte.¹⁵

Desde 2004, encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Sua rede de serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS) conta com 72 equipes de Saúde da Família, mas apenas 30 possuem equipe de saúde bucal.

Neste contexto, o objetivo deste estudo é conhecer o perfil dos profissionais de odontologia inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Feira de Santana (BA), a fim de investigar se esse perfil é adequado às diretrizes e objetivos desse programa, no que tange às questões de promover, proteger e recuperar a saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Em outubro e novembro de 2008, esta pesquisa de campo foi realizada na cidade de Feira de Santana (BA), que sedia Equipes de Saúde da Família, com inclusão de ESB. Os sujeitos da pesquisa foram os vinte e cinco (25) cirurgiões dentistas que trabalham nas ESB no Programa de Saúde da Família nessa cidade e estavam presentes nas unidades no momento da visita do pesquisador.

Caracteriza-se por um estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. A técnica de coleta de dados empregada foi o questionário, constando de 44 perguntas objetivas, o qual foi aplicado pelos autores do artigo.

O trabalho foi realizado seguindo as normas que regulamentam as pesquisas com seres humanos contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁶ O projeto intitulado *Inclusão da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Município Feira de Santana: Organização e Micropolítica* foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e recebeu parecer favorável sob o registro CAAE 0059.059.000-08, protocolo nº 060/2008.

Visando garantir que todos os direitos dos sujeitos da pesquisa fossem respeitados, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, que descreveu a finalidade e objetivo da pesquisa, e foi assinado pelos entrevistados, ficando uma cópia em seu poder.

O sigilo foi garantido pela postura ética dos pesquisadores. Os sujeitos foram identificados por números, mantendo-se o anonimato das informações.

No questionário foram consideradas algumas variáveis, dentre as quais: idade do profissional, tempo de formação, gênero, qualificação, caracterização das visitas, tempo de atuação e capacitação no PSF, organização da demanda, integração entre os profissionais da equipe do PSF, satisfação com a profissão e renda.

As análises estatísticas dos questionários foram realizadas pelo programa estatístico *Statistical Analysis System (SAS)*,¹⁷ que possibilitou a obtenção da frequência do percentual dos dados coletados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise estatística dos dados obtidos mediante questionário aplicado nas Unidades de Saúde da Família evidenciou os seguintes resultados: dos cirurgiões-dentistas entrevistados, 68% (17) são do sexo feminino e 32% (8) do sexo masculino (**Gráfico 1**), repetindo o quadro denominado de feminilização na profissão odontológica, também observado em diversos estudos realizados em municípios brasileiros.^{12,18-21} Na pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas (INBRAPE),²² foi comprovado, concordando com os dados encontrados, que 57% dos dentistas no Brasil são mulheres.

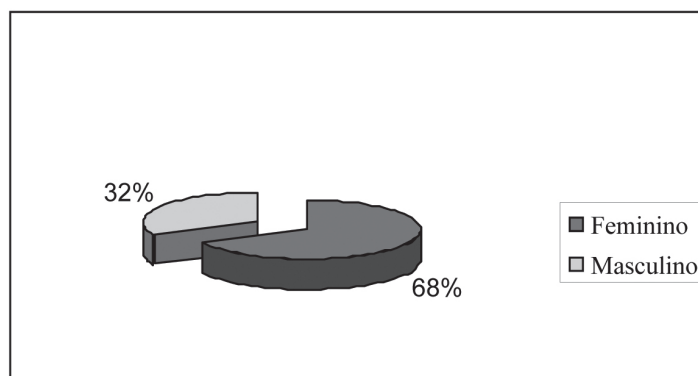


Gráfico 1. Distribuição dos cirurgiões-dentistas quanto ao sexo no PSF de Feira de Santana (BA), 2008

A idade dos profissionais entrevistados encontra-se entre 23 e 45 anos, o que se aproxima dos resultados de Teixeira,¹⁹ em estudo realizado em Sobral (CE), cuja faixa etária estava entre 25 e 51 anos de idade.

Quanto à formação, cerca de 40% (11) têm até 3 anos de formado e 60% (15) fizeram sua graduação na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). (**Gráfico 2**). Araújo e Dimenstein,¹² analisando o perfil do CD inserido na ESF, no Estado do Rio Grande do Norte, encontraram também

maior predominância do tempo de formado no período de até 5 anos. Diferente dos achados de Vilarinho, Mendes e Prado Júnior,¹⁸ nos estudos do perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do PSF em Teresina (PI), que encontraram um período de 17 a 23 anos de graduados.

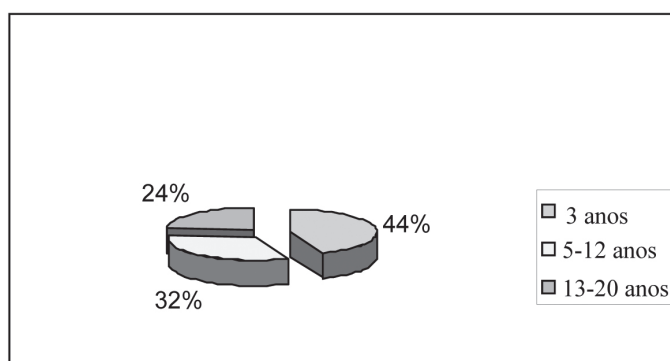


Gráfico 2. Distribuição dos cirurgiões-dentistas quanto ao tempo de formado no PSF de Feira de Santana (BA), 2008

Dos profissionais entrevistados, há maior percentual de solteiros e sem filhos, correspondendo, respectivamente, a 48% (12) e 64% (16). Apresentam renda familiar em torno de 8,68 a 12,53 salários mínimos.^e O que não se distancia muito dos achados de Rodrigues,²³ que encontrou, ao investigar o perfil dos cirurgiões-dentistas do Rio Grande do Norte, uma renda salarial mensal entre 5 e 15,9 salários mínimos para 75% dos participantes. Nem dos achados de Facó, Viana, Bastos e Soares Nuto,²⁴ os quais informam que 72,2% dos entrevistados recebem de 5,1 a 8 salários mínimos.

Todos os participantes da pesquisa atuam na cidade onde residem. Com relação à vida acadêmica, 84% (21) responderam que cursaram alguma disciplina relacionada à saúde pública; 80% (20) dos entrevistados possuem experiência profissional anterior e 72% afirmaram ser no setor privado.

Em sintonia com a proposta de Facó, Viana, Bastos e Soares Nuto,²⁴ todos os profissionais das equipes de saúde devem residir no município em que atuam, trabalhar em regime de dedicação integral, desenvolver, dentre outras atividades, visitas domiciliares e participação em grupos comunitários.

Quanto ao tipo de inserção no mercado, 92% (23) declararam ter inserção pública e privada. No setor público, 96% afirmaram que perfazem um total de 40 horas; no privado, 64% totalizam 20 horas.

^e Salário mínimo em outubro de 2008 equivalente a R\$ 415,00.

Rodrigues,²³ estudando o perfil dos cirurgiões-dentistas do Rio Grande do Norte, também verificou que a maioria dos entrevistados (66,3%) possui jornada de trabalho de 40 horas semanais, coincidindo com o resultado do estudo de Calado,²⁵ que mostra 30 municípios com esta mesma carga horária.

Os resultados levam a concluir que os CD cumprem o que determinam as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, ou seja, uma jornada de 8 horas diárias em cinco dias da semana¹⁰ e ainda desenvolvem atividades no setor privado, o que acaba gerando uma sobrecarga de trabalho.

Com relação ao tempo de atuação na USF, 36% dos dentistas já estão há mais de quatro anos trabalhando e todos realizam alguma atividade relacionada à educação em saúde, desenvolvida tanto na própria unidade quanto em escolas, asilos, igrejas locais e creches, abordando temas específicos de saúde bucal e gerais como diabetes, hipertensão arterial, dieta e gestação (**Gráfico 3**). Esta é uma realidade diferente da identificada em estudo realizado na cidade paulista de Bauru, onde os resultados demonstraram que os cirurgiões-dentistas ainda não despertaram para a importância da educação e da prevenção, principalmente em nível coletivo.²⁶

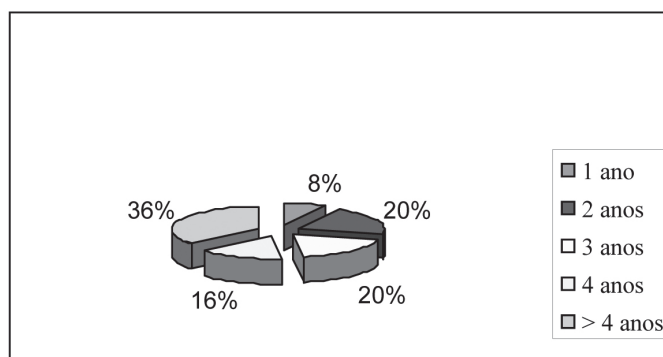


Gráfico 3. Distribuição dos cirurgiões-dentistas quanto ao tempo de atuação no PSF de Feira de Santana (BA), 2008

Martelli et al.²¹ encontraram em sua pesquisa, quanto aos dados referentes ao tempo de serviço público, que a procura dos profissionais da odontologia pelo trabalho no serviço público intensificou-se nos últimos anos, haja vista que 46,9% dos CD possuem tempo de serviço de até cinco anos. Esse dado encontra respaldo histórico, à medida que se reconhece o incremento da saúde bucal no contexto das políticas públicas a partir de 2001, quando o MS passou a normatizar e incentivar financeiramente as ESB no âmbito da ESF.

As visitas domiciliares são feitas por 96% (24) dos CD, na maioria das vezes apenas quando solicitadas pelo agente comunitário de saúde (ACS).

O CD não realiza levantamento epidemiológico e utiliza principalmente a condição de saúde bucal do usuário como referência das necessidades odontológicas da micro-área em que estão locados, caracterizando um limite na identificação dos problemas bucais da população de Feira de Santana.

Quando os profissionais de saúde bucal do PSF realizam visitas domiciliares, eles se aproximam das pessoas, estabelecem um contato com a população, reforçam o vínculo entre eles e contribuem, assim, para a acessibilidade aos serviços. Desta forma, a visita domiciliar é instrumento valioso para cumprir a nova dinâmica imposta pelo PSF,¹⁸ devendo-se respeitar os limites propostos na Política de Saúde Bucal, que destaca a necessidade do cumprimento mínimo de 75% da carga horária nas atividades clínicas.

Ao serem questionados sobre a coordenação da USF, 96% dos dentistas entrevistados nunca desempenharam a função. Na grande maioria das unidades é exercida por enfermeiros, e só em cerca de 4% ocorre rodízio entre os componentes da ESF.

A maioria dos dentistas afirmou ter feito algum curso de pós-graduação, e destes 56% (14) foi do tipo aperfeiçoamento, nas áreas de prótese, dentística ou endodontia. Quanto a sua atualização profissional e participação em Congressos, 76% dos entrevistados leem com frequência alguma publicação científica, 100% acessam a internet e 88% participaram de Congressos nos últimos dois anos. Este achado se diferencia da realidade de Pernambuco, onde dos 115 CD entrevistados, 67,8% possuem formação voltada para a ESF.²¹ Assim, percebe-se que os CD das ESB em Feira de Santana, ao contrário do que ocorre no estado de Pernambuco, ainda não identificam a necessidade de especialização na área de saúde pública. Um problema na ESF, na medida em que a formação do CD, historicamente associada a uma prática curativista e técnico-centrada, não favorece o processo de trabalho nas equipes.

Quanto aos cursos de capacitação, 68% dos dentistas fizeram na própria USF e os demais a realizaram fora, sendo, em sua maioria, promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Este fato demonstra que, a despeito de os cursos de pós-graduação estarem voltados para especialidades clínicas, existe preocupação, por parte da gestão municipal, em complementar os conhecimentos adquiridos sobre saúde coletiva durante a graduação, indispensável para o entendimento sobre as prerrogativas e diretrizes do PSF e, por conseguinte, do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Calado,²⁵ dentre as responsabilidades e atribuições do município, após a implantação da equipe do PSF, devem constar: recrutar, selecionar, contratar e remunerar os

profissionais integrantes das equipes, realizar o treinamento inicial e a capacitação em processo contínuo, dentre outros. Dessa forma, essa capacitação será fundamental para melhorar o desempenho do cirurgião-dentista e de toda a equipe, além de padronizar o conhecimento, favorecendo um melhor entendimento de todos sobre as diretrizes preconizadas pelo SUS.

Com relação à demanda das pessoas atendidas pela ESB, 76% (19) dos entrevistados afirmaram que é organizada, o que facilita o atendimento e gera resultados satisfatórios. Informação que não reflete a realidade, uma vez que os profissionais desconhecem o quadro de necessidades da comunidade, como já relatado, e realizam atendimento de acordo com a queixa, problema apresentado individualmente. Essa observação está de acordo com os estudos de Vilarinho, Mendes e Prado Júnior,¹⁸ cujos resultados mostram que 53,10% dos atendimentos são agendados nas residências, pelos ACS e/ou da ESB; 73,45% pelos funcionários das unidades de saúde da família, 37,17% por livre demanda e 13,27% de outras formas, ficando claro, para esses autores, que a existência de grande demanda reprimida impede que o modelo tradicional de atendimento seja substituído totalmente por aquele centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Quanto aos problemas enfrentados no setor público, uma boa parte dos profissionais entrevistados respondeu que o salário corresponde a sua principal insatisfação. Mesmo assim, mais da metade dos entrevistados (64%) defenderam sua profissão e disseram que jamais a trocariam por outra, corroborando os achados de Bastos, Aquilante, Almeida, Lauris e Bijella²⁶ e Facó, Viana, Bastos e Nuto Soares²⁴, cuja pesquisa também detectou um alto percentual de insatisfação financeira, embora a maioria tenha afirmado estar realizada profissionalmente.

Roncalli e Souza²⁷ constataram que, além da baixa remuneração, um grande número de dentistas (40%) tem com o município uma relação firmada por contratos temporários, o que acarreta instabilidade no emprego; também a forma de contratação de 40% dos dentistas é por indicação, ou seja, não há qualquer seleção para esses profissionais, fato que pode levar às conhecidas práticas clientelistas, agravando a precarização das relações de trabalho.

Martelli et al.,²¹ ao verificarem que a forma de contratação de 65,2% dos CD inseridos na ESF de Pernambuco consiste em vínculo irregular, argumenta que essa condição aponta para a real precariedade das relações de trabalho, podendo contribuir para a alta rotatividade e insatisfação do profissional, comprometendo, dessa forma, a qualidade da assistência à saúde prestada à população.

CONCLUSÃO

Um dos aspectos observados após análise dos dados foi que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino e recém-formada pela Universidade Estadual de Feira de

Santana, seguindo a tendência de feminilização da profissão, já verificada em diversos estudos desenvolvidos no país.

Na pesquisa ficou explícito que os cirurgiões-dentistas, não obstante a insatisfação demonstrada em relação ao nível salarial, gostam e defendem sua profissão. No entanto têm que se desdobrar entre o setor público e o privado, a fim de suprir suas necessidades financeiras.

Os profissionais buscam atualizar seu conhecimento em cursos de pós-graduação, publicações científicas, *Internet* e Congressos.

Considerando a discussão atual sobre o limite da formação dos profissionais de saúde para atuar no contexto do SUS, os resultados surpreendem, pois a maioria dos participantes da pesquisa respondeu positivamente sobre a presença do conteúdo das diretrizes propostas pelo SUS e sobre o processo de trabalho preconizado pelo PSF nas disciplinas da graduação.

Apesar dos limites da proposta metodológica do estudo, considerando que os profissionais detêm conhecimentos sobre a política para a saúde bucal, a pesquisa mostrou que a grande maioria dos participantes tem uma visão coletiva, voltada para a prevenção, o que representa um avanço na prática em Saúde Bucal e aponta para um novo modelo de atenção em Odontologia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. O programa saúde da família e a atenção básica no Brasil. Brasília, DF; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 267, de 6 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. Brasília; 2001.
3. Paim JS. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 587-603.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: Ampliando a cobertura para consolidar a mudança no modelo de atenção básica. R. Bras. Saúde Matern. Infant. 2003;3(1):113-25.
5. Souza DS, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, et al. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. R. bras. Odontol. 2001;2:7-29.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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, DF; 29 dez. 2000.

7. Emmi DT; Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no programa de saúde da família no distrito de Mosqueiro (Pará). *Ci. Saúde Col.* 2008 fev.;13(1):35-41.
8. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Extraído de [<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30633.pdf>], acesso em [5 de abril de 2008].
9. Rodrigues AAAOR, Santos AM, Assis MMA. Agente Comunitário de Saúde: sujeitos da prática em saúde bucal em Alagoinhas-BA. *Rev. Ci. Saúde Col.* 2007. Extraído de [http://www.Abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo-763], acesso em [20 de maio de 2008].
10. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF; 2004.
11. Rodrigues AAAOR, Assis MMA. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no programa saúde da família em Alagoinhas-Bahia. *R. Baiana Saúde Publ.* 2005;29(2):273-85.
12. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ci. Saúde Col.* 2006 jan./mar.;11(1):220-227.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira – resultados principais. Brasília, DF; 2004.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população 2007. Extraído de [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_16.pdf], acesso em [10 de março de 2008].
15. Bezerra NO, Nascimento MAA. Implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em Feira de Santana-BA no ano 2000 como experiência piloto: vontade política ou “interesses políticos”? *R. Baiana Saúde Públ.* 2005; 29(2):175-88.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução N° 196/96. Brasília, 2000. Extraído de [<http://www.saude.gov.br/bvs>], acesso em [2 de agosto de 2007].
17. SAS Institute. SAS language and procedures: usage. Version 6. Cary NC; 1995.
18. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Perfil dos Cirurgiões-Dentistas integrantes do Programa de Saúde da Família em Terezina (PI). *R. Odonto Ci.* 2007 jan./mar.;22(55):48-54.

19. Teixeira AH. Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família: conhecendo a atuação das equipes no município de Sobral, CE no período de 2001 a 2003. [Monografia]. Sobral (CE): Escola de Formação em Saúde da Família; 2004.
20. Medeiros CLA, Queiroz MDD, Souza GCA, Costa ICC. Expectativas dos cirurgiões-dentistas sobre a inserção de saúde bucal no programa de saúde da família. R. eletr. Enf. 2007 maio/ago. Extraído de [<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm>], acesso em [20 de junho de 2008].
21. Martelli PJJ, Macedo CLSV, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, et al. Perfil do Cirurgião-Dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do Estado de Pernambuco. Ci. Saúde Col.; 2007. Extraído de [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2781], acesso em [21 de maio de 2008].
22. Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas – INBRAPE. O perfil do cirurgião dentista no Brasil. Pesquisa realizada para entidades nacionais de Odontologia: ABO, ABENO, ACBO, CFO, FIO e FNO, 2003 abr. Extraído de [www.cfo.org.br/download/perfil_CD.pdf], acesso em [8 de junho de 2006].
23. Rodrigues MP. O perfil dos profissionais de saúde bucal dos serviços de saúde pública do Rio Grande do Norte. Extraído de [http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_perfil03.pdf], acesso em [15 de maio de 2008].
24. Facó EF, Viana LMO, Bastos VA, Soares Nuto AS. O Cirurgião-Dentista e o Programa Saúde da Família na Microrregião II, Ceará, Brasil. R. Baiana Saúde Publ. 2005;18(2):70-77.
25. 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 FIOCRUZ; 2002.
26. Bastos JRM, Aquilante AG, Almeida BS, Lauris JRP, Bijella VT. Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru – USP entre os anos de 1996 e 2000. J. Applied Oral Science 2003;11(4):283-9.
27. Roncalli AJ, Souza TMS. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Públ. 2007 nov.;23(11):2727-39.

Recebido em 2.5.2009 aprovado em 19.1.2010.