

UNIVERSIDADE TIRADENTES

MARIA CLARA BARRETO DE ALMEIDA

A INSERÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE
LITERATURA

ARACAJU
2011

MARIA CLARA BARRETO DE ALMEIDA

A INSERÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE
LITERATURA

Monografia apresentada à
Universidade Tiradentes, como um dos
pré-requisitos para a obtenção do grau
de bacharel em Odontologia.

ORIENTADORA:
PROF^a. MSc. SIMONE ALVES GARCEZ GUEDES

ARACAJU
2011

MARIA CLARA BARRETO DE ALMEIDA

A INSERÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao curso de
Odontologia da Universidade
Tiradentes - UNIT, como um dos
pré-requisitos para a obtenção do
grau de bacharel em Odontologia.

Aprovada em: ____/____/____.

Banca examinadora

Prof^a. MSc. Simone Alves Garcez Guedes
Orientadora/ Presidente da banca

1º Examinador

2º Examinador

A Inserção do Cirurgião Dentista no Programa Saúde da Família: Uma Revisão de Literatura

Maria Clara Barreto Almeida ^a, Simone Alves Garcez Guedes ^{b, c}

^(a) *Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes;* ^(b) *MSc em Saúde e Ambiente e Professora Assistente da Universidade Tiradentes.*, ^(c) *ORIENTADORA*

Resumo

O Programa Saúde da Família (PSF) foi introduzido no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial vigente, revertendo a forma da prestação de assistência à saúde que organizava a atenção básica. A inclusão de equipes de saúde bucal no PSF, nos primeiros meses de 2001, surgiu como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, objetivando diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações odontológicas. Desse modo este estudo teve por objetivo analisar, através de uma revisão de literatura, como o Cirurgião dentista está inserido no contexto da Estratégia Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, bem como avaliar as ações desenvolvidas por ele dentro destes programas. Através deste estudo foi possível observar que, segundo estudos, a maioria dos CDs ainda se encontra envolvida basicamente no atendimento clínico, em detrimento das atividades de promoção e prevenção da saúde estabelecidas para o PSF, e que têm perfil profissional voltado para a clínica, aspecto que está relacionado à sua formação acadêmica, mas também em razão da própria expectativa da comunidade, bem como da gestão do serviço em priorizar o atendimento clínico.

Palavras-chaves: Programa Saúde da Família, inclusão, odontologia.

ABSTRACT

The Family Health Program (FHP) was introduced in Brazil in 1994 by the Ministry of Health, in order to reorient the current health care model, reversing the form of providing health care than organized primary care. The inclusion of oral health teams in the FHP, in early 2001, has emerged as a strategy of reorganization of Primary Health Care, aiming to reduce the epidemiological indices of oral health and increase access of the population to dental actions. Thus this study aimed to analyze, through a literature review, as the dentist is inserted in the context of the Family Health and Oral Health Team, and assess the actions taken by him within these programs. Through this study it was observed that, according to studies, most of the dentist is still primarily involved in clinical care, to the detriment of the activities of health promotion and prevention established for the PSF, and professional profile that they have returned to the clinic, aspect that is related to their academic training, but also because of their expectation of the community and service management to prioritize clinical care.

Key-Words: Family Health Program, inclusion, dentistry.

1. Introdução

Visando reduzir a disparidade existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade real de oferta de ações de serviços públicos à população, foram definidas, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, as diretrizes do

Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade.

Durante anos, foram estabelecidos vários modelos de atenção à saúde no país e o SUS sofreu inegáveis transformações. O Programa Saúde da Família (PSF) foi introduzido no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reorientar o

modelo assistencial vigente, revertendo a forma da prestação de assistência à saúde que organizava a atenção básica. Porém, o cirurgião-dentista ainda não estava inserido nessa nova proposta. Posteriormente definido como estratégia, reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PSF teve como antecedente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, no qual já se trabalhava a família como unidade de ação programática. Os bons resultados do PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, levaram à busca da ampliação e maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começou a ser formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESFs) (RONCALLI, 2003). O PSF produziu um consenso quanto a um projeto de mudança do modelo de saúde hegemônico que nenhum outro projeto na história do SUS conseguiu. Contribuiu, ainda, para o acirramento das discussões sobre a necessidade de uma nova lógica de financiamento, que não a por procedimentos (ANDRADE, 2001).

Em 2000, foi criado o incentivo de saúde bucal pelo Ministério da Saúde, que propiciou a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família. Com este acontecimento, a integralidade dos cuidados - passo importante na observância dos princípios do SUS - pôde ser praticada.

A inclusão de profissionais da saúde bucal no PSF se iniciou efetivamente nos primeiros meses de 2001 e caracterizou-se por um aumento no atendimento em saúde bucal em todas as regiões do país. Por visar a família como seu principal eixo de atuação, busca-se através desta estratégia consolidar um novo formato de atendimento, rompendo com os modelos vigentes que ora se caracterizam como curativo-mutilador, ora meramente de promoção da saúde bucal da população infantil escolar. A inclusão de equipes de saúde bucal no PSF surgiu como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, objetivando diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações odontológicas (BRASIL, 2003).

Para Capistrano Filho (2000), a inclusão das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família foi um passo essencial no sentido da observância de um dos princípios dos SUS - o da integralidade das ações em saúde. Ocorreu também uma alteração no modelo odontológico anteriormente utilizado, o qual tinha como finalidades principais o alívio da dor e o trabalho dentro das quatro paredes do consultório,

pois o programa (PSF) tem como base o domicílio, a família, deixando de lado os limites físicos, que eram a justificativa para a não efetivação do acesso.

O PSF deve ter como lógica a quebra da organização disciplinar tradicional, fragmentada e preferencialmente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença, devendo dar condições para que médicos, cirurgiões-dentistas, psicólogos, nutricionistas, engenheiros e demais profissionais sejam capazes de constituir conexões entre conhecimentos peculiares de cada profissão a fim de propor novas práticas (RABELLO, CORVINO, 2001).

Desse modo este estudo tem por objetivo analisar como o Cirurgião dentista está inserido no contexto da Estratégia Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, bem como avaliar as ações desenvolvidas por ele dentro destes programas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) às equipes de saúde da família (ESF), já existentes, ocorreu em outubro de 2000, tendo como objetivos fundamentais a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e o acrescentamento do acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas.

Em 8 de dezembro de 2000, o Ministério da Saúde, pela Portaria nº 1444 (BRASIL, 2000), concretizou a inclusão da saúde bucal no PSF, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios por meio desse programa. A partir de 2001, os municípios começaram a se reorganizar para a implantação das equipes de saúde bucal, por meio das estratégias para incorporação das ações de saúde bucal no PSF, seguindo o que indica a Portaria nº 267 (BRASIL, 2001) do Ministério da Saúde, que estabelece as normas e diretrizes da saúde bucal.

No ano de 2004, o governo lançou a atual Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, buscando expandir e garantir a assistência odontológica à população, propondo a operacionalização dos pressupostos do Ministério da Saúde, e oferecendo crescentes incentivos à implantação da Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família. Nesse sentido, as ações de saúde bucal na estratégia da família devem apresentar os princípios e as diretrizes do SUS e ter como objetivo amplificar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades elucidadas pelo PSF.

No entanto, conforme afirma Calado (2002), tornar a saúde bucal universal, resolutiva e integrada aos serviços é muito difícil, mesmo com essas políticas de custo, uma vez que a mesma é caracterizada de modo histórico como ineficiente, isolada, elitista, de alto custo e excludente. Tais características se justificam pela necessidade do uso de tecnologias arrojadas, necessárias para sua prática, mesmo na atenção básica. Sabemos que, mesmo focalizando ações preventivas no primeiro momento, é insubstituível e fundamental a oferta do tratamento curativo, paralelo ou simultâneo ao trabalho educativo com a realização de procedimentos básicos, como exodontias e restaurações, haja vista o volume de necessidades odontológicas acumuladas ao longo do tempo.

De acordo com Calado (2002), avanços importantes foram conseguidos com a implantação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF tais como: mudança na prática assistencial, inserção de outras categorias profissionais, como Técnicos em Higiene Dentária (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) na rede de serviços municipais e participação conjunta de faculdades e universidades no desenvolvimento das atividades. Entretanto, muitos obstáculos ainda precisam ser sobrepujados, junto a eles, a delicadeza dos serviços de referência e contra referência, poucos recursos financeiros para implantação, realização e conservação do programa, perfil insatisfatório dos profissionais e falta de sensibilidade do gestor para o tema.

Dentro do programa as principais atribuições do CD são: realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade; realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS); assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população; encaminhar e nortear os usuários, que apresentarem problemas mais complicados, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento; realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências; realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados; emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência; executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos

específicos, de acordo com plano de prioridades locais; coordenar ações coletivas voltadas para à promoção e prevenção em saúde bucal; programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas; supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD; além de capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal (BRASIL, 2001).

Segundo Pinheiro *et al.* (2008) a formulação do modelo de atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família – PSF – segue os princípios e as diretrizes preconizados por esta estratégia. Para a operacionalização desse novo modelo, no entanto, pode-se constatar, em conjunto com um grande número de estudiosos do tema, a necessidade da formação de recursos humanos na Odontologia para o desenvolvimento desse novo processo de trabalho.

Observa-se atualmente, na maior parte dos estados brasileiros, uma expansão das ESBs no PSF. Porém, a inclusão do dentista em alguns municípios está se dando de maneira desarranjada, sem planejamento por parte da gestão, o que ocasiona apenas um acréscimo de horas de atendimento e aumento do número de pacientes e procedimentos. Procedimentos esses centrados na resolução imediata dos problemas de saúde bucal, atendendo apenas à demanda espontânea, sem a preocupação de realizar o tratamento do usuário por completo. Dessa forma, não há uma real melhoria das condições de saúde bucal da população (ARAÚJO, DIMENSTEIN, 2006).

Dados do Ministério da Saúde mostram que nos quatro primeiros anos do governo anterior foram implantadas 10 514 novas Equipes de Saúde Bucal na estratégia de Saúde da Família, chegando a 14 775 equipes atuando em 4 212 municípios, representando um aumento de mais de 246% no número de equipes (BRASIL, 2004).

Este programa se constitui atualmente numa fonte de emprego em constante crescimento para o cirurgião- dentista no Brasil. Entretanto, o cirurgião- dentista que trabalha no PSF vê-se freqüentemente diante de muitos desafios, sentindo-se, em alguns momentos, inseguro e despreparado para exercer as suas atividades. Isso porque ele recebeu uma educação voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas, com pouca ênfase para os fatores socioeconômicos e psicológicos no processo saúde/doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde. **(autor, ano)**

São necessárias mudanças nas formas tradicionais de avaliação do trabalho desenvolvido

pelo Cirurgião Dentista (CD), que utilizam habitualmente indicadores relacionados a aspectos curativos, redirecionando esforços para a avaliação de atividades preventivas e promocionais. É certo que os serviços de saúde são importantes para a saúde bucal da coletividade. No entanto, a predominância do enfoque assistencial deve ser questionada. (AERTS, ABEGG, CESA, 2004).

Assim, segundo Matos e Tomida (2004), nesse momento histórico a inserção da saúde bucal no PSF passa a demandar uma reorganização da prática odontológica, pois o CD necessita ser sujeito de um processo de qualificação profissional, visando integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território, com vistas à efetivação do SUS.

Os procedimentos clínicos que fazem parte do elenco de atos da produção de saúde bucal da atenção básica, preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), e que o CD deverá efetuar são, basicamente, restaurações, periodontia básica, exodontias, profilaxia e aplicação tópica de flúor em consultório.

A educação para a saúde também faz parte dos programas de saúde pública. Na prática, no entanto, tem-se observado que os profissionais envolvidos nos programas apresentam dúvidas de como e o que fazer. Segundo Barbosa, Brito, Costa (2007, *apud* Zanetti *et al*, 1996), durante muito tempo, as práticas odontológicas foram centradas no atendimento da demanda espontânea, com enfoque individual e abordagem tecnicista. A realização dessas práticas não se dava a partir de um planejamento das ações e estavam voltadas para a lógica de mercado. Muitas vezes atuam apenas como intermediários de informações e de materiais educativos produzidos por órgãos oficiais, nem sempre observando a realidade local. Portanto, apesar do esforço realizado, não se consegue obter o impacto esperado e os usuários dos serviços de saúde acabam recebendo a culpa pela sua incapacidade de compreender o que foi ensinado (Brasil, 2004).

A educação em saúde tem sido praticada pelas ESBs, porém sempre foi abordada de maneira tradicional, sem a participação da comunidade nesse processo. Os métodos de prevenção tradicionais estão apoiados em percepções do modo de aprender baseado na memorização de informações, o que não satisfaz o objetivo maior, que é a transformação do conhecimento em algo com revelação expressiva, capaz de efetivar-se em geração de autonomia dos próprios cuidados com a saúde (ARAÚJO, DIMENSTEIN, 2006).

Sabe-se da importância da educação para o controle das doenças bucais e, para isso, é necessária uma integração e articulação do setor saúde com o setor educação. Todavia, atualmente, não existe uma normatização das estratégias preventivas para a Odontologia. Para que a educação em saúde se torne efetiva, é preciso que não só os profissionais que lidam com a odontologia participem desse processo. É fundamental o relacionamento com os demais integrantes, como o médico e o enfermeiro. O dentista, através de reuniões de equipe, pode passar informações de saúde bucal para estes profissionais, que as irão repassar a seus pacientes (ARAÚJO, DIMENSTEIN, 2006).

Na esfera do PSF, a educação em saúde mostra-se como uma ação prevista e atribuída a todos os profissionais que fazem parte da ESF. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações que cumiram risco à saúde na comunidade assistida para enfrentar, em parceria com a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença, e desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (ARAÚJO, DIMENSTEIN, 2006 *apud* ALVES, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), dentre as atribuições do cirurgião-dentista no PSF está o atendimento a grupos prioritários, que são classificados em: crianças, gestantes, diabéticos e hipertensos. O odontólogo deveria, pois, destinar, no mínimo, dois turnos semanais para o atendimento a esses grupos e se reunir frequentemente com essa população, aproveitando os mesmos turnos utilizados pelos outros membros das ESFs, compostas pelos médicos, enfermeiros e ACSs, para que estes participem desses encontros.

3 DISCUSSÃO

Um dos princípios básicos da odontologia moderna é não intervir antes que as ações de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar. Nesse sentido, os cirurgiões-dentistas são convidados a repensar a sua prática e exercer um novo papel dentro da odontologia em saúde coletiva (AERTS, ABEGG, CESA, 2004).

De acordo com Cericato, Garbin, Fernandes, (2007, *apud* Farias, 2003) a maioria dos CDs ainda se encontra envolvida basicamente no atendimento clínico, em detrimento das atividades de promoção e prevenção da saúde estabelecidas para o PSF. Os auxiliares, por sua vez, centravam suas ações em atividades convencionais, como instrumentação,

desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais. A experiência do PSF não tem conseguido mudar as formas de atuação já estabelecidas e criar um outro modo de produzir saúde. O que se vê é a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas.

A qualificação dos CDs é também fator de discussão, uma vez que o perfil exigido para um profissional que atue na lógica do PSF 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. Esse fato é relevante e compromete a continuidade e a credibilidade do programa. Nesse sentido, o Conselho Federal de Odontologia vem corroborar ao afirmar 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 (CERICATO, GARBIN, FERNANDES, 2007).

A atuação do cirurgião-dentista em equipe interdisciplinar, em nível central, se volta para o planejamento de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ações de vigilância da saúde da coletividade. Ressalta-se que essas atividades também podem ser desenvolvidas em nível distrital, na dependência do tamanho do município e de sua organização político-administrativa (AERTS, ABEGG, CESA, 2004).

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 participar do processo de identificação dos problemas dos diferentes grupos populacionais do território sob responsabilidade de seu serviço de saúde, atuando em equipes multidisciplinares e intersetoriais, com a participação de lideranças locais na vigilância da saúde bucal

Considerando a importância de que o trabalho do CD não se restrinja apenas a sua atuação no âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, sugere-se cautela no deslocamento freqüente deste profissional, para a execução das ações coletivas. Estas devem ser feitas, preferencialmente, pelo THD, pelo ACD e pelo ACS. Compete ao CD planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las sendo, em última

instância, o responsável técnico-científico por tais ações.

Barbosa, Brito, Costa (2007, *apud* Zanetti1, 2000) descrevem que é utopia achar que podemos solucionar todos os problemas bucais, com prática clínica nas áreas de PSF, pois os profissionais de saúde bucal são capazes de oferecer, em consultório com condições satisfatórias de funcionamento, 1.308 horas clínicas ao longo de um ano (11 meses) e 3924 horas clínicas ao longo de um triênio, se despendermos 32 horas semanais das 40 horas contratuais em tais atividades. É importante que os profissionais de saúde bucal tenham consciência deste fato, e utilizem o tempo profissional em outras atividades preconizadas pelo Programa, tais como o desenvolvimento de ações preventivas e educação em saúde bucal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta revisão de literatura foi possível observar que, segundo estudos, a maioria dos CDs ainda se encontra envolvida basicamente no atendimento clínico, em detrimento das atividades de promoção e prevenção da saúde estabelecidas para o PSF, e que eles têm perfil profissional voltado para a clínica, aspecto que está relacionado à sua formação acadêmica, mas também em razão da própria expectativa da comunidade, bem como da gestão do serviço em priorizar o atendimento clínico.

O Cirurgião-dentista necessita ser sujeito de um processo de qualificação profissional, que vise integrar uma equipe e desenvolver práticas programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território, com vistas à efetivação do SUS.

Apesar das deficiências e contradições que implicam o enfrentamento de situações difíceis, exigindo intervenção intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, é possível a efetivação do modelo do PSF para as práticas de saúde bucal, por se tratar de uma estratégia necessária e pertinente.

REFERÊNCIAS

AERTS, D; ABEGG, C; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 2004; 9(1):131-8.

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; 2001.

ARAÚJO, Y. P. de, DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1):219-227, 2006.

BARBOSA, A. A. A; BRITO, E. W. G; COSTA, I. C. C. Saúde bucal no psf, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Cienc Odontol Bras** 2007 jul./set.; 10 (3): 53-60

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Equipes de Saúde Bucal: projetos, programas e relatórios**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família: 2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1444, de 28 de dezembro de 2000, dispõe do incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal por meio do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 dez. 2000. p.85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 267, de 6 de março de 2001, dispõe de normas e diretrizes da saúde bucal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 7 mar. 2001. p.67.

CALADO, G. S. **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.

CAPISTRANO FILHO, D. O. O cirurgião-dentista no PSF. **Rev Bras Odontol Saúde Coletiva** 2000; 1(2):8.

CERICATO, G. O; GARBIN, D; FERNANDES A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO**, setembro/dezembro, 2007. v. 12, n. 3, p. 18-23

MATOS, P. E. S, TOMITA, N, E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad Saúde Pública** 2004; 20(6):1538-44.

MEDEIROS, C. L. A; QUEIROZ, M. D. D; SOUZA, G. C. A; COSTA, I. C. C. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line] 2007 Mai-Ago; 9(2): 379-388. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm>

PINHEIRO, et al. A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF. **Revista de Odontologia da UNESP**. 2008; 37(1): 69-77.

RABELLO, S. B, CORVINO, M. P. F. A inserção do CD no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Odontol** . 2001; 58:266-7.

RONCALLI, A. G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2003. p. 28-49.