

UNIVERSIDADE TIRADENTES

VINÍCIUS DE SOUSA SIMÕES

**O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA DENTRO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARACAJU/SE
NOVEMBRO/2010

UNIVERSIDADE TIRADENTES

CURSO DE ODONTOLOGIA

**O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA DENTRO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão Curso apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes com parte dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em odontologia.

Orientadora: Simone Alves Garcez Guedes

**ARACAJU/SE
2010/2**

VINÍCIUS DE SOUSA SIMÕES

O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA DENTRO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão Curso
apresentado a Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes como requisito parcial para
obtenção do grau de bacharel em
odontologia.

Aprovado em ____/____/____.
Banca Examinadora

Prof^a. Ms. Simone Alves Garcez Guedes
Orientadora/Presidente da Banca

1º Examinador

2º Examinador

DEDICATÓRIA:

Aos meus Pais: Francisco Pereira Simões e Denice De Sousa Simões, que nunca desistiram e sempre persistiram, para que este momento se tornasse realidade.

EPÍGRAFE:

O Hábito de Superar Meus Limites, Me Tornará um Campeão”.

(Ayrton Senna)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que do seu jeito às vezes demorado, às vezes surpreendente sempre esteve olhando por mim, e fez com que eu encontrasse pessoas que poderiam, de uma forma ou de outra me ajudar nesta longa jornada, que foi o curso de graduação de Odontologia. Sabendo Deus, do meu desejo de realizar algo que possa melhorar um pouco o mundo, me deu forças para enfrentar cada obstáculo.

Em especial, ao Dr. João Eudes Simões e Esposa Dr^a. Vileda Simões, que sempre estiveram presentes quando mais precisei. Tio, tenho guardado e usado muito, seus conselhos no meu dia-dia. E por isso, tenho me tornado um homem cada vez mais digno, honesto, temendo a deus, carismático, trabalhador, inteligente, familiar e de tudo um homem bom.

A tia Nena, que é a base desta grande família, tia posso dizer que, “Quem te ouve, certamente dará longos passos, para alcançar o sucesso”. Sou eternamente grato. Grato a senhora por ter confiado em mim, em todos os momentos dessa longa jornada, que é o curso de Odontologia.

Ao meu Pai, homem sereno, que consegue tudo que deseja, sempre se esforçando para me ajudar. Pai, o senhor tem uma energia muito boa, e um sorriso fácil no rosto, seu filho mais velho te presenteia com o curso de odontologia!!! Muito obrigado...

Mainha...rsrsrsrs, a senhora muitas vezes, para me acalmar dizia que eu, um dia iria sorrir disso tudo. Pois é mãe, é de tantas histórias de sufoco que passamos, que

vencemos, rrsrrsrrsr, vamos sorrir porque merecemos. Seu bebê hoje é dentista!!

Obrigado Mainha....

A minha vó (Maria Luiza Pereira Simões), que quando eu fraquejava, ela chegava com o seu jeitinho, me escutava e com duas ou três frases sabia me dar ânimo e força para levantar, sacudir a poeira e seguir. Vózinha muito obrigado!!!!

Deus cruzou nossos caminhos, e hoje é raro quando eu chego e alguém não pergunta por Raisal, namorada, noiva, amiga, companheira, irmã, mãe, vó, todas estas juntas com um só objetivo, torcer por mim, o que dizer de uma mulher como esta. Obrigado minha princesinha por acreditar em mim, vou te dar muitas alegrias.

Agradeço também aos meus irmãos, Junior, Natalia e Isabella, vocês são muito importantes para mim, são e sempre vão ser responsabilidade minha.

Agradeço a todos os membros da minha família, tios, primos por sempre estarmos juntos.

Aos meus amigos, Patricia, Messias, Luiz Gonzaga, João Paulo, Seu Edvar, Barao, por serem amigos de Fé.

Aos professores (Dr. Jose Carlos, Dr. Edvaldo, Ms. Dorinha)

Aos funcionários da UNIT (Claudio, Thiago, Tenisson, Emanuel)

E em especial à minha orientadora, Ms. Simone, que me ajudou muito, valeu professora!!!!

A minha banca examinadora Doutora Eleonora, e Dr. Domingos que foi um amigão..Valeu professor.

Estou feliz por dar um passo, importante na minha vida, espero poder contribuir em dobro, para ti Senhor..

Vinicius Simões

O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA DENTRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

VINÍCIUS DE SOUSA SIMÕES;
SIMONE ALVES GARCEZ GUEDES.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde é um processo de construção permanente, sendo essencial uma contínua discussão sobre seu modelo de atenção, os paradigmas explicativos do processo- doença que o embasam, e o papel de diferentes profissionais que nele atuam. Esse trabalho tem o objetivo de mostrar de forma embasada por diversos estudiosos a atuação do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Em nível central ou distrital, o Sistema Único de Saúde, deve atuar em equipes interdisciplinares no planejamento de políticas públicas saudáveis e no desenvolvimento de ações de vigilância as saúde da coletividade. Considerando os campos de ação propostos pela Carta de Otawa, as atribuições do cirurgião-dentista, em nível local, podem ser direcionadas para o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. É necessária a readequação dos cursos de odontologia para formar profissionais capacitados a exercerem uma prática que atenda ao SUS e a contínua capacitação dos profissionais já graduados atuando no sistema.

PALAVRAS- CHAVE: Sistema Único de Saúde, Cirurgião-dentista, Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

The Health System is a process of permanent buildings, which is essentially an ongoing discussion about its care model, the theories explaining the disease process, supporting it, and the role of different professionals working in it. This work aims to based on a show by many scholars the role of dentists in the Unified Health System

In central or district level, the Health System must work in interdisciplinary teams in the planning of healthy public policies and actions in the development of the health surveillance of collectivity. Considered fields of action proposed by the Ottawa Charter, the duties of the surgeon dentist, at the local level, can be directed to strengthening community action, developing personal skills and reorienting of Health Services required the upgrading of courses to train dental professionals to pursue a practice that meets the SUS and continuous training of graduate professionals already working in the system.

KEYWORDS: Unified Health, dentist, healthy public policies.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, pela primeira vez, incluiu uma seção sobre a saúde no capítulo da seguridade social. Ela reconhece através do art.196 que a saúde é direito de todos e dever do estado. No art. 198 a constituição estabelece que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL,1988).

O SUS visa a inclusão da população em um quadro de melhoria de indicadores de saúde e qualidade de vida (AERTS,ABEGG,CESA, 2004).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado, em 1994, pelo Ministério da Saúde e está estruturado a partir de Unidades Básicas de Saúde (UBS). O PSF funciona como porta de entrada do sistema, e o que não pode ser resolvido ali é encaminhado para serviços mais especializados. O PSF tem como base o domicílio, a família, deixando de lado os limites físicos e indo de encontro às comunidades (BRASIL,2001).

O Programa Saúde da Família hoje se transformou em Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista o objetivo de determinar o desenvolvimento da ação em função do que ela conhece sobre um ambiente incerto e procura reunir informações colhidas e os acasos encontrados durante o percurso (MORIN,2004).

A inclusão da odontologia no PSF só ocorreu 6 anos após , motivada pela situação caótica de saúde bucal da população brasileira , através da assinatura da portaria 1.444 de 28/12/2000. Esta inclusão visava o aumento da cobertura e do atendimento

odontológico no Brasil através da implantação de ações e serviços de saúde bucal na atenção básica. A atenção básica em saúde bucal significa a realização de ações destinadas à identificação, prevenção e soluções dos principais problemas da população, através de tecnologias apropriadas e recursos humanos ao alcance de todos os indivíduos (MANHÃES,2007).

A ESF deve estar embasada em uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal; técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. As equipes devem prestar assistência em média à 3.000 habitantes e no máximo 4.000 (BRASIL, 2006).

Entretanto, a ESF ainda encontra obstáculos a serem transpostos. Segundo Aleixo (2002), o maior deles é a pouca qualificação dos trabalhadores de saúde do SUS que acaba por limitar a implementação desta estratégia

Quanto à formação e trabalho em saúde bucal entende-se que o sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o controle social. A formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal e é conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio para a saúde e das associações de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. Desta forma, “se cristalizam barreiras para o SUS exercer o preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção e queda da qualidade dos serviços” (NARVAI, 2006).

Segundo Narvai (2006) assinalou-se que “nos últimos dez anos foi incentivado o estabelecimento de relações precárias de trabalho, que burlam o valor social do servidor público como agente do Estado democrático para a proteção social da população, assim como os direitos conquistados pelos trabalhadores na Constituição de 1988”. Recomendou-se, também, entre outros aspectos, “implementar uma política de humanização das condições de trabalho e da atenção ao usuário, envolvendo profissionais de saúde bucal , usuários e gestores , valorizando o exercício da cidadania e respeitando as especificidades regionais , a diversidade cultural e as relações de trabalho”. Além disso, “criar um sistema de avaliação de desempenho de funções, que seja previsto nos planos de cargos, carreiras e salários, com mecanismos claros de ascensão funcional por mérito, dedicação , e competência, sob supervisão dos conselhos municipais de saúde e de comissão de representantes dos servidores, eleitos anualmente”.

As bases do ensino progressista apontam que a prática é uma atividade que incorpora uma reflexão sobre o mundo, sobre a vida e sobre si mesma (SILVA, 2005).

Tais afirmações contrastam com a pedagogia tradicional e suas bases humanistas implantadas em nosso país desde o Brasil colonial. O profissional da educação depara-se continuamente com questões que devem ser problematizada para que a atuação profissional tenha sentido e sobretudo, para que seus alunos se beneficiem da ação educativa (BRASIL,2003).

O caminho da problematização na prática educativa, tal como acreditamos, parte do diálogo, busca romper a forma vertical de ensinar “Deixando de anestésiar os alunos, estimulando seu poder criador e de compreensão da realidade em pensamento e transformação” (BRASIL,2003).

Inspirados em exemplos de experiências de mais de 30 anos, realizadas no Canadá (em Mac Master) e na Holanda (em Maastricht) principalmente, e também por recomendação das sociedades das escolas médica para países da África, Ásia, America latina, várias escolas de medicina no Brasil vêm buscando adotar a aprendizagem baseada em problemas (Problem Based Learning-PBL) em seus currículos (SILVA,2005).

O método foi abordado por Charles Maguerez no método do arco, o processo ensino-aprendizagem, selecionado com ou determinado aspecto da realidade, deve começar levando os estudantes a observar a realidade em si, com seus próprios olhos. Ao observar a realidade, expressam suas percepções pessoais, efetuando uma primeira leitura da realidade (BRASIL,1994).

A base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população são os trabalhadores do setor saúde. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substitui a atuação de um trabalhador de saúde na função essencial de atenção (BRASIL,2004).

Atualmente, apresenta-se como uma estratégia inovadora, propondo a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais comunitários, públicos e privados na busca de qualidade de visar para a população (AERTS,ABEGG,CESA, 2004).

A Carta de OTTAWA é um documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Trata-se de uma Carta de Intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal, que consubstância uma combinação de estratégia fala sobre: Políticas publica saudável, Desenvolvimento de habilidades pessoais , As ações comunitárias, Criações de

ambientes saudáveis, Serviços de Saúde. Nesse sentido, temos como guiar as possibilidades de atuação do cirurgião dentista no Sistema Único de Saúde (CARVALHO, 1996).

O presente trabalho tem como objetivo, analisar as diferentes funções que o cirurgião-dentista pode exercer sobre suas competências na Estratégia Saúde da Família.

2- REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Políticas Públicas

Política Pública é um conjunto de idéias que dão sustentação para as ações. Podem assegurar um meio ambiente saudável, ofertando serviços que conduzam à equidade e tornando mais acessível as escolhas saudáveis segundo Dickson e Abegg (2000).

As políticas públicas objetivam melhorar a dieta, a higiene bucal, a conscientização de hábitos nocivos à saúde bucal e a relação direta entre doenças sistêmicas e a saúde oral. O cirurgião dentista, deve ter um bom conhecimento para alcançar bons resultados na saúde em geral (AERTS, ABEGG, CESA, 2004).

O surgimento das primeiras atividades odontológicas sob responsabilidade do poder público no Brasil e sua evolução no século XX, enfatizou a emergência do marco referencial denominado odontologia sanitária (NARVAI, 2006).

A experiência desenvolvida pelo SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), em Aimorés e em outras localidades, foi objeto de análise e reflexão por profissionais de saúde pública com boa formação teórica e originou vários artigos, destacando-se o de Freire em 1964 (CHAVES, 1960).

Tal cenário mudou radicalmente quando, em 1952, o SESP-Serviço, implementou os primeiros programas de odontologia sanitária, inicialmente em Aimorés , MG , e em seguida em vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil (NARVAI, 1994).

O alvo principal desses programas era a população em idade escolar, tida como epidemiologicamente mais vulnerável e, ao mesmo tempo, a mais sensível às intervenções de saúde pública. Assim, métodos e técnicas de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do cotidiano de dezenas de profissionais de odontologia em várias regiões do País (MOYSÉS, 2002).

Segundo Narvai (1994), para promover mudanças, a Saúde Bucal Coletiva (SBC) precisa construir uma agenda que leve em consideração eventos relevantes nesta área, neste início do século. O estágio de construção do Sistema de Único de Saúde (SUS) baliza a possibilidade de realizar as ações que permitam atender às necessidades de todas as pessoas (princípio da universalidade), viabilizando seu acesso a todos os recursos odontológicos e de saúde geral de que necessitam (princípio da integralidade), e ofertando mais aos que mais necessitam (princípio da equidade).

O SUS é, reconhecidamente, uma importante conquista social dos brasileiros , que se mostrou capaz de resistir à avalanche neoliberal que , nas última década, destruiu a maioria dos sistemas públicos de saúde na América Latina. Mas reconhecer isso não significa desconsiderar os enormes problemas enfrentados pelo setor de saúde, seja em decorrência das péssimas condições de vida da

maioria (com grande impacto sobre os níveis de saúde), seja em consequência das dificuldades orçamentárias e gerenciais que marcam a administração pública (NARVAI,1994).

Um das conquistas decorrentes desse processo é a realização periódica, nas três esferas de governo, de conferências de saúde, dentre as quais as conferências de saúde bucal. Tais conferências devem se constituir na principal referência para a agenda da saúde bucal coletiva (MOYSÉS, 2002).

Para Moysés (2002) isso requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo.

Segundo Chaves (1962) a Odontologia Sanitária “é a disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral “(...) da comunidade”, sendo esta entendida como uma “uma cidade ou parte dela, um estado, região, país ou grupo de países(...) Em qualquer nível, o que é importante é a visão de conjunto da comunidade, tanto mais complexa quanto mais extensa geograficamente e maior a população.

Já próximo do final do século a ABOPREV-Associação Brasileira de Odontologia Preventiva, publicou “Promoção de Saúde Bucal”, obra coletiva que reuniu dezenas de autores brasileiros e estrangeiros, sob coordenação de Kriger (1997), ampliando ainda mais as bases técnicas e científicas sobre as quais se poderiam apoiar o planejamento e a gestão de serviços odontológicos. Mais recentemente, esforços significativos nesse sentido vêm sendo empreendidos por Pereira(2003), com o lançamento de “Odontologia em Saúde Coletiva”, e por Angelim (2006), com “Saúde Bucal Coletiva: metodologia de trabalho e práticas”.

As ações de políticas públicas para Odontologia, não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta aí incluídos os profissionais de saúde e também, os cirurgiões-dentistas (FRAZÃO, 1998).

2.2 Desenvolvimento de habilidades pessoais

E imprescindível a estruturação de um projeto de atuação cuja metodologia inclua a educação em saúde como ferramenta na mudança de comportamentos profissionais, melhorando a informação e motivando a compreensão da necessidade de um novo comportamento perante velhos hábitos. As atitudes e a formação dos profissionais da vigilância tem grande influência na aceitação das orientações pelo setor regulado (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, houve em 2006, no 24º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo (CIOSP), o Encontro Latino-Americano de Coordenadores Nacionais de Saúde Bucal, cujo produto foi intitulado de “Carta de São Paulo sobre Saúde Bucal nas Américas”. Este documento destacou alguns temas relativos à saúde nas Américas, dentre eles Sistemas de Saúde Bucal e Educação Odontológica na América Latina e Desenvolvimento da Rede Latino-Americana de Saúde Bucal. No que se refere especificamente à formação de recursos, o documento clarifica que “a formação de recursos humanos tem sido identificada como um dos principais problemas para o desenvolvimento dos sistemas de saúde na América Latina. Dessa forma, para se atingir nas práxis diária dos serviços, ações promotoras, de saúde bucal, a formação acadêmica deve ser repensada (BRASIL, 2007).

De um modo geral, a formação e a capacidade de recursos humanos na área da saúde é um grande desafio a ser superado. Esses profissionais necessitam incorporar ao saber específico de sua área outros saberes, provenientes de diferentes campos do conhecimento, e desenvolver competência e habilidades, visando fundamentar cientificamente sua prática cotidiana e com isso aumentar a credibilidade de suas ações (BRASIL, 2001).

Nesse momento histórico, a inserção da saúde bucal no PSF passa a demandar uma reorganização da prática odontológica. Assim como os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família, o cirurgião-dentista necessita ser sujeito de um processo de qualificação profissional, visando a integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território com vistas à efetivação do SUS (BRASIL, 2002).

É possível que a reformulação do modelo assistencial tenha espaço no cotidiano dos serviços de maneira silenciosa, contudo, é necessário pensar de que maneira os recursos humanos envolvidos neste permanente processo de mudanças são formados no interior das universidades. O ensino odontológico tem se baseado em conteúdos técnicos fortemente arraigados ao ambulatório das faculdades de Odontologia e a abordagem social dos problemas de saúde não é um tema frequentemente discutido entre os estudantes e professores (MATOS, 2004 apud TOMITA, 2004).

Os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Odontologia têm sido alvo de modificações, a partir da Resolução CNE/CES nº 3, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação em Odontologia, que ressalta a importância do estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde, enfatizando os princípios do SUS (BRASIL, 2002).

Para haver reforma curricular é preciso modificar a prática da educação, por meio da relação entre a teoria e a prática. A discussão deve ir além das escolas, das universidades e dos sistemas escolares (BRASIL, 2002).

A complexidade do campo da vigilância da saúde e a inexistência dessa temática na maioria das grades curriculares restringem o número de profissionais que podem compor as equipes de saúde nessa nova proposta. Tudo isso e mais a pequena experiência acumulada pelo setor saúde com ações dessa natureza determinam a necessidade de investimentos na formação de profissionais que irão atuar nessa área, incluindo o conhecimento da legislação que respalda as ações de fiscalização (vistoria, autuação e interdição) (BRASIL, 2001).

Dessa forma, o cirurgião –dentista tem um papel importante a assumir no auxílio das pessoas na identificação de crenças prejudiciais a saúde, no incentivo ao exame das bocas de crianças e adultos no domicílio para a detecção de problemas e na orientação sobre locais para buscar ajuda na capacitação de agentes comunitários e auxiliares de saúde bucal, no auxílio da educação continuada dos profissionais que integram a equipe ESF (AERTS, ABEGG, CESA, 2004).

Atuação como educador em saúde bucal em equipes multidisciplinares e multiprofissionais, e em ações educativas coletivas (grupos, escolas, conselhos locais de saúde, associações), relacionadas ao estilo de vida, ao uso do flúor na água e a orientação sobre a higiene bucal (AERTS, ABEGG, CESA, 2004).

2.3 Ações comunitárias

As pessoas da comunidade são consideradas um recurso fundamental para a construção da saúde bucal. Nesse sentido, a contribuição básica e o envolvimento ativo da população em questões que ela conhece como ninguém,

atuando na tomada de decisões, planejamento e implementação de ações, bem como na fiscalização dos recursos utilizados. Dessa forma, responsabiliza-se a população pela busca, promoção e proteção de sua própria saúde (BUSS,1998).

Entre as diferentes possibilidades de envolvimento do cirurgião-dentista com atividades comunitárias, sugere-se as seguintes: buscar parceria com ativistas comunitários para a formação de redes e alianças; apoiar a criação de hortas e pomares como meio de encorajar ações cooperativas e o consumo de alimentos saudáveis; associar-se com grupos comunitários ativos na promoção da saúde das mães e crianças, como, por exemplo, a pastoral da saúde, proporcionar a participação da população no planejamento e tomada de decisões em relação a saúde bucal da comunidade; desenvolver ações intersetoriais com outras instituições públicas ou privadas ONGs,SESI,SESC,Universidades (AERTS, ABEGG, CESA, 2004).

O termo promoção de saúde foi usado pela primeira vez por Mark Lalonde, ministro da Saúde e Bem-estar do Canadá. no famoso documento "A New Perspective on the Health of Canadians" , ele argumentou que as principais causas de morte e doença não são as características biológicas, mas o meio ambiente e o comportamento dos indivíduos, estilo de vida (BUSS,1998).

Embora fortemente tendencioso no sentido de colocar a responsabilidade nos indivíduos pela sua própria saúde, esse documento foi um passo muito importante porque pela primeira vez o governo de um país industrializado oficialmente reconheceu que para melhorar a saúde seria preciso interferir nos aspectos da política pública que afetam os comportamentos relacionados com a saúde dos indivíduos (PINTO, 2008).

Segundo Pinto, (2008) a meta na educação em saúde é tornar os indivíduos internamente mais bem equipados para que possam fazer escolhas mais

saudáveis, a promoção de saúde tenta fazer com que as escolhas mais saudáveis tornem-se escolhas mais fáceis, para atingir esse objetivo, a promoção de saúde tenta modificar as normas da sociedade e o meio ambiente, de forma que estes se tornem mais favoráveis à obtenção da saúde.

Os profissionais da Odontologia devem assegurar que as mensagens repassadas à população sejam corretas e atualizadas. As ações educativas promovidas por organizações profissionais são mais efetivas quando se baseiam em alianças como a indústria e o comércio, procurando aumentar a disponibilidade de alternativas atraentes de lanches com pouca gordura, pouco sal, muita fibra e que sejam não cariogênicos. As possibilidades de sucesso são superiores às costumeiras campanhas que tentam persuadir as pessoas a comerem menos açúcar e a visitarem o dentista com mais frequência. Em resumo, a saúde bucal do indivíduo é determinada principalmente pela casa, escola, local do trabalho, indústria, comércio e mídia (PINTO, 2008).

O autor afirma ainda que o sucesso da promoção de saúde em evitar doenças bucais depende da odontologia sair do consultório e advogar pela saúde bucal. Empresas e instituições podem realizar suas principais funções sociais, ou seja, educar, fabricar produtos, divulgar produtos, sem, ao mesmo tempo, causar problemas de saúde. As atividades de promoção da saúde envolvem a criação e manutenção de alianças com todos esses setores sociais, no contexto de uma abordagem intersetorial, que comprometa a sociedade como um todo a desenvolver suas atividades sem com isso criar problemas evitáveis, como quantidade excessiva de cárie dental, cardíacos, câncer e acidentes (PINTO, 2008).

Os cirurgiões-dentistas, em suas clínicas (ou por intermédio de suas entidades representativas), devem estar capacitados a informar corretamente seus pacientes e o público em geral quanto às principais estratégias de promoção de

saúde, tornando-se uma referência positiva importante para a sociedade, no que tange à prevenção de doenças bucais foro do consultório odontológico. Iniciativas amplas de promoção da saúde, tais como a implementação de fluoretação das águas e políticas de alimentação saudável nas escolas, podem ser ativamente impulsionadas em suas clínicas (PINTO, 2008).

Outras formas importantes de envolvimento incluem escrever para as indústrias e autoridades reguladoras de publicidade, para reclamar sobre propaganda enganosa sobre alimentos que podem ser prejudiciais às pessoas, especialmente para as crianças, além de aliar-se com outros grupos profissionais para pressionar em prol de mudanças positivas nas políticas públicas que afetam a saúde e a saúde bucal em particular (ANDRADE, 2002 apud COELHO, 2002).

Para que possa haver um encontro e uma reflexão crítica entre os profissionais da saúde e a comunidade e para que se gerem práticas educativas relevantes e transformadoras a discussão recai no desafio de como a informação e a educação podem consolidar uma modificação do comportamento cultural, relativamente à prevenção e controle de doenças e às práticas exercidas no serviços de saúde (ANDRADE, 2002 apud COELHO, 2002).

O conhecimento da população-alvo, que sejam profissionais da saúde, que seja a comunidade, é essencial para o planejamento e o desenvolvimento de práticas educativas, recursos instrucionais e material de comunicação de massa, permitindo que os indivíduos se identifiquem como parte da realidade que se quer transformar, como sujeitos que constroem suas vidas e cidadania. Uma etapa importante para o planejamento diz respeito a identificação das condições de vida, trabalho e risco de adoecimento da população-alvo e deve levar à compreensão de valores, dos hábitos, das crenças e das expectativas dos indivíduos (ANDRADE, 2002 apud COELHO, 2002).

Devem também identificar os meios de comunicação a que eles têm acesso e que são mais utilizados pela comunidade, os fluxos formais e informais existentes entre os serviços de saúde, e as práticas sanitárias prevalentes. As articulações com os conselhos comunitários e a identificação dos projetos institucionais já existentes na área são a lição que os planejadores da saúde devem aprender com a experiência dos movimentos sociais (ANDRADE, 2002 apud COELHO, 2002).

2.4 Criações de ambientes saudáveis

Apesar de estarmos vivendo em um mundo globalizado, as cidades que concentram grandes contingentes da população vêm ganhando, nos últimos anos, uma importância significativa como espaço de interesses coletivos. Esses projetos necessitam, para seu desenvolvimento, da solidariedade social e da integração das políticas urbanas (WESTPHAL, 2002).

Todo atendimento clínico odontológico prestado a um indivíduo, produz um determinado tipo de lixo que pode estar infectado, ser tóxico e constituir uma expressiva fonte de contaminação. No que se refere aos riscos à saúde pública, torna-se expressivo e essencial muita atenção com todo o processamento do lixo (ESTRELA, 2002).

A criação de ambientes favoráveis à saúde implica o reconhecimento da complexidade da nossa sociedade e das relações, de interdependência entre diversos setores. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilite e favoreça a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passando a compor centralmente a agenda da saúde (BUSS, 2000).

Os estabelecimentos de assistência odontológica devem respeitar as normatizações que se refere à proteção do meio ambiente, tendo em vista trabalhar cotidianamente com secreções eliminadas para o meio ambiente por meio do esgotamento sanitário (DIAS *et al*, 2006).

Deve-se observar que tais secreções são potencialmente prejudiciais não somente ao meio ambiente, mas principalmente à contaminação de pessoas que eventualmente tenham contato com este material, se não existir um sistema adequado de esgotamento sanitário (DIAS *et al*, 2006).

Segundo Teixeira (1997), as pessoas de uma comunidade tem o direito a viverem em um ambiente saudável e de serem informados sobre os riscos ambientais em relação a sua saúde e bem-estar.

Deve-se ter em mente, que é possível reduzir os riscos, no manuseio de um planejamento bem elaborado, mesmo com poucos recursos disponíveis desde que os profissionais envolvidos, estejam conscientes destes riscos e predispostos a assumirem suas responsabilidades culminando na obrigação de adequar seus serviços de maneira que não coloque em risco toda a coletividade (PEDROSA *et al*, 2009).

O Cirurgião-Dentista deve estar atento e preocupado com os resíduos produzido em decorrência de seu trabalho na clinica odontológica. Quanto aos cuidados como: manipulação, armazenamento, transporte e destino final (AERTS, ABEGG, CESA, 2004).

A educação e a conscientização da equipe de saúde bucal acerca de meios adequados, para se cuidar dos resíduos produzidos pelos serviços de saúde

valorizam o gerenciamento e refletem positivamente na prevenção de riscos a saúde pública (ESTRELA, 2002).

Os resíduos gerados nos serviços odontológicos causam riscos à saúde pública e ocupacional equivalente aos resíduos dos demais estabelecimentos de saúde. Seus responsáveis técnicos devem implantar um plano de gerenciamento de acordo com o estabelecido na ANVISA nº.306 de 07 de dezembro de 2004, ou a que vier substituí- lá (SILVA, 2006 apud BARCELLOS,2006).

Os resíduos gerados nos serviços de odontológicos podem ser classificados em: Biológicos, Químicos, Perfuro cortantes e Comuns (SILVA, 2006 apud BARCELLOS, 2006).

Resíduos biológicos são resíduos com possível presença de agentes biológicos, que por suas características podem apresentar risco de infecção; Resíduos químicos os seguintes resíduos contêm substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade; Perfuro cortantes são todos os objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontos ou protuberâncias rígidas e agudas capazes de cortar ou perfurar (bisturis, agulhas, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas e outras); Resíduos comuns são aqueles resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares (SILVA, 2006 apud BARCELLOS, 2006).

2.5 Serviços de Saúde

Longe de se constituir em uma etapa distinta, isolada e episódica na gestão de uma organização, o planejamento precisa -para alcançar êxito – fazer parte do seu dia-a-dia, integrando-se ao processo normal de tomada de decisões e de desenvolvimento do trabalho. Envolve todo um modo de pensar, com suas indagações, dúvidas e questionamentos acerca do que está sendo feito e do que poderá ser feito. Planejar é o mais elementar requisito da administração, visto que significa, em suma, não mais que ordenar de forma sistemática a conduta de cada um, da empresa ou organização, para uma nova realidade, melhor que a atual (PINTO, 2008).

As primeiras teorias sobre o planejamento remontam aos tempos clássicos de Robert Taylor e Henry Fayol há mais de um século, por volta do ano de 1850 e, quiçá antes, nos estudos de desenvolvimento de fontes de matérias-primas e transportes de Adam Smith. A base referencial do planejamento é toda ela econômica, como bem o demonstram os trabalhos de Keynes, Otto Bauer e Joseph Schumpeter nos anos 20 deste século (PINTO, 2008).

Na Odontologia, trabalhos como os de Sheiham (1982) e Friedman (1996), entre outros, reconhecem a inadaptação da realidade do mercado específico frente ao setor econômico, seja quando se discute a prestação de serviços a quem não tem capacidade de remunerá-los, seja quando se trata de concretizar necessidades de tratamento por parte de distintos tipos de pacientes (pobres e ricos, com ou sem conhecimentos sobre prevenção e saúde bucal) (PINTO, 2008).

A avaliação de necessidades na saúde é uma abordagem sistemática que busca certificar que o serviço da saúde utiliza seus recursos para melhorar a saúde da população do modo mais eficiente. O conceito de necessidade tem importância central no planejamento de assistência à saúde. Serviços de planejamento de

saúde, por sua vez, estão enraizados no princípio ético de melhorar a saúde e utilizar recursos de modo apropriado (ANDRADE, 2002 apud COELHO, 2002).

Uma das presunções mais comuns na provisão e organização de serviços de saúde, incluindo as de saúde bucal é que a necessidade de assistência à saúde bucal pode ser determinada de modo objetivo. O método mais comumente empregado é a necessidade normativa que repousa na avaliação clínica dos profissionais. Cada vez mais entretanto, está sendo, definida de outras formas, que não as normativas. Isto se deve ao conceito de que qualquer estado de saúde ou doença permite uma interpretação bem mais ampla, incluindo, por exemplo, as circunstâncias psicossociais de vida de grupos ou indivíduos (ANDRADE, 2002 apud COELHO, 2002).

Os fatores que determinam a utilização de serviços odontológicos são variáveis nos diferentes sistemas e estão em função das necessidades percebidas pelos pacientes e das facilidades de acesso (PEREIRA, 2003).

Diversos estudos têm-se ocupado em determinar quais fatores influem na utilização de bons serviços odontológicos (ARNLJOT *et al*, 1985; BURT, EKLUND, 1992C; PETERSEN, HOLST, 1995. Constatou-se, por exemplo, que a percepção pelo paciente de sua necessidade de tratamento odontológico é um dos maiores determinantes da utilização de serviços. Quem mais utiliza os serviços odontológicos são as mulheres, os mais jovens, a população de nível socioeconômico elevado, os grupos dominantes da sociedade, as pessoas em bom estado de saúde, os residentes na zona urbana, as pessoas de média e alta renda, os que dispõem de seguro odontológico (PEREIRA, 2003).

O princípio de que quanto mais centralizado estiver um sistema de saúde menor será a sua eficácia, é plenamente aplicável à política de cobertura populacional em Odontologia. Seu corolário, ou seja, que os serviços sob administração e

controle locais costumam ser superiores aos que dependem de instituições federais, é da mesma forma verdadeiro mesmo que existam exceções. Este é um problema que se agrava em países mais extensos e populosos como é o caso do Brasil, onde a tendência a uniformizar sob uma só regra situações e grupos muito distintos entre si pode criar distorções mais sérias e de mais graves conseqüências do que as que procura corrigir (PINTO, 2008).

Quatro são as diretrizes básicas a seguir na estruturação do trabalho odontológico: Universalização, Descentralização, Integração Institucional e Regionalização. Universalizar significa estender serviços básicos a toda a população, o que implica a definição de um elenco de atividades que deve ser igualmente acessível a todas as pessoas sem restrições de caráter econômico, social, racial, religioso, político, geográfico ou de qualquer outra ordem, e a alocação dos recursos financeiros necessários a que este conceito se concretiza na prática diária. Descentralizar corresponde ao estabelecimento da programação, à tomada de decisões inclusive orçamentárias e à execução dos serviços o mais próximo possível da população, sob responsabilidade da unidade local que se transforma no núcleo principal do sistema. A integração institucional deve ocorrer por níveis de influência, ou seja, uma só instituição no âmbito federal, uma só no estadual e uma só para a execução local (PINTO, 2008).

A alternativa é a chamada integração programática, em que cada instituição mantém a sua independência e orçamento, comprometendo-se a executar um programa comum estabelecido segundo as necessidades e conveniências dos grupos populacionais a atender. Quando a verdadeira integração não é possível, desenvolve-se a sua alternativas, procurando superar os inconvenientes típicos das negociações entre organismos distintos e por vezes concorrentes. Regionalizar corresponde a uma estratificação de ações, com a oferta de serviços básicos para todos e de serviços especializados de maneira seletiva, bem como a organização do setor odontológico em unidades articuladas entre si a partir das periferias urbanas e da zona rural ate os centros populacionais mais

densos , onde cuidados integrais à saúde devem estar acessíveis aos grupos prioritários dos pontos de vista epidemiológico, econômico e social (PINTO, 2008).

De maneira mais freqüente, contudo, é preciso conhecer a comunidade, identificar os principais grupos que a compõem, estimar necessidades do ponto de vista epidemiológico, para então saber quem deve merecer prioridades para atendimento, quais as atividades mais necessárias e como distribuir melhor o tempo e os recursos disponíveis. Nos programas de âmbito municipal, estadual ou mesmo nacional, o conhecimento das divisões internas da sociedade é essencial ate mesmo para determinar a localização dos serviços e decidir se todas as pessoas devem ser atendidas em todas as unidades ou se pelo menos algumas devem dedicar-se a clientelaes específicas (PINTO , 2008).

Os serviços de saúde bucal deve atender a clientela especifica, crianças de baixa idade, grupos escolares, trabalhadores urbanos, idosos, confinados institucionalmente, gestantes, indígenas, residentes da zona rural e por fim adolescentes e adultos (PINTO, 2008).

Os serviços de saúde podem ser um componente importante 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 os vários aspectos de sua vida,e não apenas em conjunto de sinais e sintomas restritos a cavidade-bucal (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 do seu serviço de saúde, atuando em equipes multidisciplinares e intersetoriais, com a participação de lideranças locais na vigilância da saúde bucal (AERTS, ABEGG, CESA, 2004).

O acolhimento na saúde deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos deficientes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. O acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre depois de ultrapassada a etapa do acesso. Nesse encontro entre profissional e usuários, dá-se uma negociação visando a identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de estimular a autonomia quanto à sua saúde (BRASIL, 2004).

3- Considerações Finais

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.

O Sistema Único de Saúde deve estar sempre passando por transformações, pois o alvo principal são os indivíduos de uma sociedade dinâmica e futurista.

Assim, os profissionais que trabalham no SUS devem estar atentos a essas transformações não só como trabalhadores passivos, mas como os geradores ou criadores deste dinamismo, que deve fazer parte do SUS, estas mudanças devem sempre estar embasadas nos princípios que norteiam o SUS, universalidades, integralidade e equidade.

Dentro deste dinamismo do SUS, foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família que depois se transformou em Estratégia Saúde da Família, tem como objetivo, abraçar, ir de encontro aos problemas de saúde. Para isso precisa de profissionais capacitados, a entender esta nova forma de buscar a saúde.

Dentro desta equipe, o cirurgião-dentista deve se sentir parte integrante e essencial, pois a saúde coletiva necessita de duas atribuições e conhecimentos.

Os profissionais da Odontologia tem a responsabilidade de interceder a favor de políticas públicas saudáveis, realizar ações comunitárias, realizar atenção básica de saúde dentro da estratégia saúde da família, visando sempre auxiliar as pessoas a se capacitarem, na busca de uma qualidade de vida melhor.

SOBRE OS AUTORES

Vinícius de Sousa Simões, graduando (2010/2) do curso de Odontologia da Universidade Tiradentes; vaqueiro_pa@hotmail.com. Simone Alves Garcez Guedes Mestre em saúde e ambiente; Professora responsável pelas disciplinas odontologia Social e Preventiva II, Saúde Bucal Coletiva II, do curso de Odontologia da Unit/SE; simonegguedes@yahoo.com.br.

REFERÊNCIAS

AERTS, Denise; ABEGG, Cláides; CESA, Kátia. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2004, vol.9.

ALEIXO, J. L. M. **Atenção primária á saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio**. *Revista Mineira de Saúde Pública*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da 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, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2004. Brasília: MS; 2004.

BRASIL- **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal , 295 p., 1988

BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema nacional de vigilância ambiental em saúde**. Brasília: Fundação; Nacional de Saúde, 2001.

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; 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem**. 3 Educação/ *Conhecimento/ Ação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Capacitação pedagógica para instrutores / supervisores: área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BUSS, PM ET AL.1998 **PROMOÇÃO DA SAUDE PUBLICA**; São Paulo;Rio de Janeiro.

BUSS, Paulo Marchiore; **Promoção da saúde e qualidade de vida .(Scielo , public health)**, vol 5 , nº1 , Rio de Janeiro 2000 , Ciência e Sa úde Coletiva

Carvalho AI 1996. **Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade**. *Ciência & Saúde coletiva* 1(1):104-121.

Camara de Educação Superior , Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002 , <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES032002.pdf> (acessado em 21 /Mar/2003).

CHAVES MM. **Manual de odontologia sanitária**: Tomo I. São Paulo: MASSAO Ohno-USP; 1960

CHAVES MM. **Odontologia sanitária**. Washington (DC): ops ; 1962 [Publicação Científica. N 63]

DIAS, Aldo Angelim . **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de trabalho e praticas**. Ed. Santos; São Paulo; 2006.

Dickson M & Abegg . **Desafios e oportunidades para a promoção de saúde bucal**, pp. 39-66. In YP Buischi (org.). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. Ed. Artes Médicas, São Paulo; 2000

BRASIL. Encontro Latino-Americano de Coordenadores Nacionais de Saúde Bucal. São Paulo. **Carta de São Paulo sobre saúde bucal nas Américas**. 2007.

ESTRELA, Carlos. **Controle de Infecções em Odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 1ed.,2002.

FRAZÃO P. **Tecnologias em saúde bucal coletiva**. In: Botazzo C, Freitas SFT, coordenadores. *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: Unesp, Edusc; 1998. p. 159-74.

KRIGER L . **Promoção de saúde bucal**. 1ª Ed. São Paulo: Artes Médicas-Aboprev: 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família no Brasil: urna analise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: DAB, 2007.

BRASIL. MS (Ministério da Saúde) 2003. **Reorganização das ações de saúde bucal em atenção básica**. Informe 7. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe7.pdf>>. Acesso em 5/05/2003.

MORIN E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução de Eloá Jacobina. Rio de Janeiro (RJ): Editora Bertrand Brasil; 2004.

MORIN E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya São Paulo (SP): Editora Cortez; Brasília: UNESCO; 2004

MOYSÉS SJ , GEVAERD SP . **A superação do sistema incremental de atenção a escolares em Curitiba**. In: Silveira-Filho AD, Ducci L, Simão MG , Moysés SJ , Gevaerd SP , organizadores. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita , Boqueirão , bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. P. 17-26.

NARVAI PC , FRAZÃO P . **Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva**. In: ANTUNES JLF , PERES MA. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p . 346-62

NARVAI PC. **Saúde bucal coletiva , bucalidade e antropofagia**. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; N°11; 18-9.

NARVAI PC. **Saúde bucal coletiva: um conceito Odontológico Soc**. 2001; N°3; 47-52.

NARVAI PC. **Odontologia e saúde bucal conetiva** 1ª Ed. São Paulo : Hucitec; 1994.

MATOS, NILCE EM TOMITA, **CAD SAUDE BUCAL** , RIO DE JANEIRO ,NOV – DEZ 2004 **A INSERÇÃO DA SAUDE BUCAL NO PROGRMA SAUDE DA FAMILIA DA UNIVERSIDADE AOS PELOS DE CAPACITAÇÃO**.

PEDROSA, HLO; FIGUEIREDO, RLQ; PEREIRA, JV. **Estudo do Gerenciamento dos Resíduos Odontológicos**. Disponível em: http://www.sbpcnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMO/resumo_1688.html. Acesso em 20 de março.2009.

PEREIRA AC. **Odontologia em saúde coletiva**.Porto Alegre: ARTMED; 2003.

PINTO, Vitor Gomes; **Saúde Bucal Coletiva**; 5ª edição ,Editora santos,2008;São Paulo.

SILVA, Jorge Luiz Lima da; ASSIS, Débora Lopes de; GENTILE, Angelina Cupollilo – **A percepção de estudantes sobre: A mudança de um paradigma em relação ao processo ensino aprendizagem.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 01, p. 72 – 80, 2005. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

SILVA, Luiz Carlos da Fonseca e; Regina Maria Gonçalves Barcellos. Capítulo 12; **Gerenciamento de resíduos em serviços odontológico; Serviços odontológicos prevenção e controle de riscos.** Brasília 2006.ed ANVISA.

SILVA, Vanessa Manhães Tavares Amado; **odontologia no programa saúde da família a importância da inclusão nas ações de saúde bucal na atenção básica 2007**, cirurgiã dentista, aluna do curso de pós graduação *latu sensu* em saúde da família da faculdade de medicina de campos: são paulo

SHEIHAM A SJ 1995. **O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde**, pp. 23-36. In YP Buischi (org.). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica.** Ed. Artes Médicas, São Paulo.

SMS-POA (**Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**) 2001. **Conferência Municipal de Vigilância da Saúde. Cadernos de Teses.** SMS, Porto Alegre.

TEIXEIRA, MB; 1997. **ATENÇÃO PRIMARIA AMBIENTAL: O FOCO NA EXPERIÊNCIA LOCAL DEBATE SOCIO-AMBIENTAL** 3(8):6-7.

ANDRADE, VERA. COELHO, MARIA ALICE SIGAUDM. **O processo educacional na promoção de ações comunitárias em Saúde** ; São Paulo, 2002.

WESTPHAL, Márcia Faria; **O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida** ; Ciênc. saúde coletiva; vol.5 no.1 Rio de Janeiro 2000,