

PERFIL DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS INTEGRANTES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESINA (PI)

PROFILE OF THE DENTISTS THAT PARTICIPATE IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM OF TERESINA (PI).

Vilarinho, Sílvia Marques Martins*
Mendes, Regina Ferraz**
Prado Júnior, Raimundo Rosendo***

RESUMO

Introdução: O Programa Saúde da Família (PSF) se consolida como modelo de atenção à saúde por permitir uma maior aproximação dos profissionais com o seu campo de atuação, estabelecendo vínculos de compromisso com a população. O Ministério da Saúde, incluiu a saúde bucal no programa com a perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços odontológicos. **Objetivos:** Avaliar o perfil do cirurgião-dentista (CD) no PSF. **Material e Métodos:** Aplicação de questionário para 113 CD's que trabalham no PSF em Teresina (PI). **Resultados:** A maioria dos profissionais são mulheres, escolheram trabalhar no programa devido à afinidade com a saúde pública e procuram inserir-se no novo modelo de atenção à saúde. Os relatos da boa integração com a equipe e a capacitação na área de saúde pública foram pontos positivos detectados. O trabalho é desenvolvido no sistema de expediente corrido, totalizando 35h. semanais. Nos dois primeiros meses, 70,8% dos CD's realizaram visitas domiciliares. Os procedimentos curativos são predominantes. Não há retorno de todos os pacientes encaminhados para a atenção secundária. **Conclusões:** A filosofia do PSF foi parcialmente seguida em relação ao diagnóstico situacional das famílias no momento inicial da introdução dos CD's na equipe do PSF. A existência de grande demanda reprimida e necessidades acumuladas, dificulta a substituição total do modelo tradicional pelo atendimento centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS. O serviço de referência e contra-referência deve ser melhorado. O vínculo empregatício através da FMS pode ser considerado como positivo. **UNITERMOS:** saúde pública; PSF, formação profissional.

SUMMARY

Introduction: The Family Health Program (FHP) has been consolidating itself as a model of healthcare as it allows a closer approach between the professionals and their working field, besides establishing links of commitment and co-responsibility with the community. The National Health Ministry, in 2001, made buccal health part of the program aiming to make dentistry care more accessible to the population. **Materials and Methods:** Application of questionnaires to 113 dentists who work for FHP in Teresina (PI). **Results:** The majority of the dentists are females, decided to work for the program for feeling inclined towards public health work. They have been trying to insert themselves into the new model of health care. Positive reports about the program included a good interaction with the team and the possibility of getting capacitated on the public health field. The work is carried out on the basis of one shift a day, adding up to 35 hours a week. Home visits were done by 70.8% of the dentists. Restorative procedures are predominant. Not all patients referred to secondary care returned. **Conclusions:** The work philosophy was partially followed regarding the initial

* Mestranda em Ciências e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da UFPI.

** Docente do Departamento de Odontologia Restauradora e do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da UFPI. Mestre e Doutora em Dentística pela Faculdade de Odontologia de Bauru – USP

*** Docente do Departamento de Odontologia Restauradora e do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da UFPI. Mestre e Doutor em Dentística pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP

situation of the families when the dentists were first inserted on the FHP, the existence of a great deal of reprimanded demand and accumulated needs has proved to be an obstacle to replace the traditional model by the one based on the doctrinaire principles of S.U.S., and it is necessary to improve the reference and counter-reference service.

UNITERMS: public health; FHP, professional formation.

INTRODUÇÃO

A saúde da população é um dos mais fidedignos indicadores da qualidade de vida de uma nação, e retrata a competência das políticas públicas para com os seus cidadãos. Antes da promulgação da constituição brasileira de 1988, o sistema de saúde era excludente e centrado em práticas curativas, contribuindo pouco para melhorar os indicadores de saúde. Os índices de cárie e de periodontopatias no começo da década de 90 colocaram o Brasil entre os países de piores condições de saúde bucal do mundo, mostrando a falência do modelo vigente, considerado elitista, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo e de baixo impacto social – II CNSB¹⁰ (1993).

A inserção da saúde bucal no PSF, modelo assistencial que contempla os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, acarretou uma nova perspectiva para a Odontologia e propôs a reorganização do modelo de atenção e ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo atenção integral aos indivíduos e famílias mediante estabelecimento de vínculo territorial (Brasil,⁵ 2000).

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 sócio-econômicos e psicológicos do processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde não estando, muitas vezes, preparados para desempenhar suas funções neste novo modelo de atenção (Araújo et al.,² 2006; Brasil,⁷ 2004).

Neste contexto, esta pesquisa objetivou analisar o perfil da atuação dos CD's inseridos no PSF em Teresina-Piauí, buscando conhecer e compreender sua experiência de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde bucal.

REVISÃO DE LITERATURA

Durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência aos escolares através de programas voltados para a cárie e a doença periodontal, enquanto que os

outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento em situações de urgências odontológicas. Tal modelo sempre foi muito criticado, em virtude de sua cobertura exígua e por centrar-se em ações curativas (II CNSAB,¹⁰ 1993). Werneck²⁹ (1994) ressalta que a prática da Odontologia escolar caracterizou-se pela predominância da individualidade, do tratamento mutilador/restaurador e baixa resolutividade.

Discussões no contexto social, em ambientes acadêmicos e políticos pressionaram o ministério da saúde a incluir a saúde bucal no PSF. A Portaria nº 1444 de 28 de dezembro de 2000 garante incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal e define que as equipes de saúde bucal podem ser de dois tipos: modalidade I (um CD e um atendente de consultório dentário – ACD) e modalidade II (um CD, um ACD e um Técnico de Higiene Dental – THD). Após esta determinação outras diretrizes e portarias (Brasil,⁴ 2004) estabeleceram os detalhes da atuação da Odontologia no PSF.

Volschan et al.²⁷ (2002) destacam que a formação acadêmica dos CD's centrada no paradigma científico, está sendo revista de modo a resgatar o caráter coletivo da prática odontológica para uma atuação conforme o preconizado pelo SUS.

Para Farias et al.¹² (2003), a partir de avaliação de ações de saúde bucal no município de Iracema (CE), o PSF traz benefícios significativos à saúde bucal, proporcionando uma inversão no modelo de assistência à saúde, priorizando ações de promoção e prevenção. Apesar de alguns CD's encontraram-se atrelados ao modelo curativo, estão conscientes do novo papel a desempenharem de acordo com os princípios do SUS.

Alguns problemas foram detectados por Pereira et al.¹⁸ (2003), na análise da prática odontológica em Feira de Santana (BA): o não cumprimento de horário por parte dos CD's, falhas no processo de municipalização da saúde, falta de planejamento adequado, a atenção odontológica centrada na quantidade de procedimentos, a manutenção do modelo curativo tecnicista no atendimento odontológico e, por último, a autonomia e o individualismo do CD.

Aerts et al.¹ (2004) enfatizaram que, em nível central, os CD's devem atuar em equipes multidisciplinares no planejamento de políticas públicas saudáveis e no desenvolvimento de ações de vigilância da saúde da coletividade e, em nível local, as atribuições do CD podem ser direcionadas para o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde ressaltando que os cursos de Odontologia precisam ser readequados para formar profissionais capacitados a exercerem uma prática que seja coerente com os objetivos do SUS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi desenvolvido no período de dezembro de 2005 a abril de 2006 em Teresina, capital do estado do Piauí, cuja prefeitura tem como órgão responsável pela saúde a Fundação Municipal de Saúde (FMS). Optou-se por utilizar uma amostra censitária, ou seja, com todos os CD's integrantes das ESB's que ingressaram no programa desde julho de 2003 até maio de 2005. Após autorização do presidente da FMS para a realização do trabalho, um contato telefônico prévio foi feito com cada um dos CD's para agendar a visita da pesquisadora à Unidade de Saúde.

O estudo foi realizado seguindo as normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996). O projeto e seus anexos foram encaminhados ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (UFPI) para análise e recebeu parecer favorável sob o registro: CAAE-0096.0.045.000-05 e Parecer nº 0096/05.

Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, era entregue ao CD o questionário semi-estruturado. Uma semana depois, o questionário era devolvido dentro de um envelope lacrado e não identificado, o qual era colocado dentro de uma urna que foi aberta somente após a entrega do último questionário, a fim de impossibilitar a identificação.

Foram considerados: gênero, qualificação, tempo de atuação e capacitação no PSF, caracterização das visitas e das necessidades da população, grau de dificuldade da demanda e local de atendimento, procedimentos executados, aspectos do planejamento e registro de informações ambulatoriais, integração entre os profissionais da equipe do PSF, condições de trabalho e razões que levaram o profissional a trabalhar no PSF.

A análise estatística dos questionários foi realizada utilizando-se o programa SPSS for Windows. Os resultados foram sintetizados através da média, desvio padrão e percentual. Para os dados qualitativos foi aplicado o teste de associação por meio do qui-quadrado (χ^2) com nível de significância de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 116 CD's que trabalham no PSF no tempo estipulado para amostra, 113 responderam ao questionário, os demais por motivos diversos (licença prêmio, férias ou não concordância em participar da pesquisa) não o fizeram.

Os resultados mostram que 62,83% dos CD's são do sexo feminino, dados que coincidem com os de Teixeira²³ (2004), Brasil⁸ (2005), Gil¹³ (2005), Araújo et al.² (2006) e com pesquisa do INBRAPE (Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas), na qual se encontrou que 57% dos dentistas do Brasil são mulheres.

A maioria dos CD's (85,5%) formaram-se na UFPI e têm entre 17 a 23 anos (46,02%) de graduado. Somente 32,74% são pós-graduados. O tempo médio de atuação no programa é de 23 meses. Gil¹³ (2005) encontrou, predominantemente, profissionais com menos de 30 anos de exercício profissional. A explicação para a diferença é que quando a FMS implantou as equipes de saúde bucal, recrutou os CD's que já trabalhavam no ambulatório.

Um dos diferenciais nas propostas das equipes do PSF, em relação às políticas e programas de saúde públicos anteriormente desenvolvidos no Brasil, é a reorganização da prática assistencial centrada na família (Roncalli,²⁰ 2003, Volschan et al.,²⁷ 2002). Nesse estudo encontrou-se que 70,8% de CD's que visitaram os domicílios de sua área nos dois primeiros meses. Quando os profissionais de saúde bucal do PSF realizam visitas domiciliares, eles se aproximam das pessoas, estabelecendo um contato mais próximo com a população, reforçando o vínculo entre eles e contribuindo, assim, para a acessibilidade aos serviços. Desta forma, a visita domiciliar é instrumento valioso para cumprir a nova dinâmica imposta pelo PSF.

Os resultados mostram que 53,10% dos atendimentos são agendados nas residências através dos 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. Vale ressaltar que, muitas vezes, o CD agenda usando mais de uma maneira daí a soma das porcentagens ultrapassar 100%.

O agendamento é um item importante na reordenação da atenção odontológica que visa substituir práticas centradas no paradigma cirúrgico-restaurador-mutilador por práticas que considerem o indivíduo como um ser integral configurando uma evolução no atendimento quando comparado àquele por livre demanda (Brasil,⁷ 2004). Sendo assim, a porcentagem da livre demanda, aponta os muitos anos de descaso com a saúde bucal, gerando a necessidade por tratamento acumulada. Há de se ponderar que a presença deste tipo de marcação não se configura num aspecto totalmente negativo, pois é uma tentativa de solucionar, gradativamente, a dívida assistencial da Odontologia para com seus pacientes, configurando um momento de transição entre os modelos.

A maioria dos CD's (84,95%) respondeu que conhecia a saúde bucal de sua área de atuação, no entanto, 87,61% destes profissionais se contradisseram ao afirmarem não conhecer o CPOD, o que é dado já que o conhecimento deste índice é essencial para se avaliar a situação de saúde bucal de uma população e importante para planejar as ações a serem desenvolvidas nas equipes de saúde bucal.

Dados preliminares do relatório situacional elaborado em junho de 2006 (Teresina,²⁶ 2006) sobre a assistência odontológica do município de Teresina, mostram que o levantamento epidemiológico executado pelas ESB determinou o CPOD médio aos 12 anos de idade de 3,67. Observar-se que quase três anos se passaram, desde a implantação das ESB's até a efetiva divulgação deste relatório, o que dificulta o planejamento para a atuação dos CD's. A necessidade de melhor adequação do planejamento também foi verificada por Pereira et al.¹⁸ (2003). Considerando a recomendação de Rodrigues et al.¹⁹ (2005), de que o exame epidemiológico deve ser realizado no início e a cada dois anos da implantação de um programa, com o objetivo de avaliar o impacto das atividades desenvolvidas e orientar o planejamento das ações, verifica-se que já seria o momento de ser realizado novo levantamento no município de Teresina, uma vez que as ESB's foram implantadas em julho de 2003.

Os procedimentos clínicos e coletivos relatados pelos CD's, conferem com os dados obtidos por Vilarinho et al.²⁸ (2005) que analisaram, atra-

vés de mapas de atendimento, os procedimentos realizados pelas ESB's do PSF no município de Teresina (PI) durante seis meses e verificaram que os procedimentos restauradores e cirúrgicos superam os procedimentos preventivos. Da mesma forma, Araújo et al.² (2006) verificaram que os dentistas não têm realizado atividades preventivas da forma que deveriam, uma vez que, há falta de material e os usuários exigem tratamento curativo, resultante da ausência de programas eficazes de promoção de saúde bucal para a sociedade brasileira durante muitas décadas o que culminou com uma prática odontológica incapaz de elevar os seus indicadores (Pauleto et al.¹⁷ (2004).

As ESB de Teresina enquadram-se na modalidade I e encontram-se na proporção de uma ESB para uma ESF (Brasil,⁵ 2000; Brasil,⁶ 2003), sendo responsáveis, cada uma, em média por 815 famílias. Tais fatos colocam Teresina em vantagem em relação a alguns municípios brasileiros cujas equipes estão numa proporção, em relação à ESF, de 1:2 e conseqüentemente com mais indivíduos sob sua responsabilidade (Rodrigues et al.,¹⁹ 2005).

Sobre os casos não resolvidos na atenção básica, 95 CD's (84,82%) responderam que encaminhavam para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Pode-se indagar que os CD's não têm um conhecimento minucioso sobre a resolução dos problemas encaminhados para os serviços de referência e também que o CEO (nesta data o município contava com apenas um) não consegue atender totalmente a demanda, o que concorda com o trabalho de Teixeira²³ (2004), que verificaram haver uma descontinuidade da atenção odontológica nos níveis secundário e terciário.

Os CD's trabalham em média 32 horas semanais. É importante ressaltar que a FMS de Teresina, através da Portaria nº 540/03 (Teresina,²⁵ 2003), determinou que o horário dos profissionais integrantes do PSF deverá ser de 40 horas semanais, mas possibilita que isso possa ser cumprido de duas formas: em dois turnos (8 horas diárias) ou em turno corrido (7 horas diárias), resultando em uma carga horária real de 35 horas semanais.

A maioria dos CD's (91%) relataram trabalhar de forma integrada com a equipe quando a atividade assim permite, concordando com Teixeira²³ (2004) que verificou que 71,42% dos CD's consideram-se entrosados com os outros membros. Segundo Teixeira²⁴ (2006) a interação da equipe,

criando mecanismos de acolhimento, configura-se na melhor forma de integrar o paciente aos cuidados de um trabalho multidisciplinar. Entretanto, de acordo com Pereira et al.¹⁸ (2003), Teixeira²⁴ (2006) e Brasil⁷ (2004), o trabalho do CD raramente se insere em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, uma vez que desenvolvem suas ações de forma autônoma, independente e individualizada. O trabalho em equipe para o CD, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos anteriores, tornando-se um desafio para ele.

A maioria dos CD's (73,5%) afirmaram fornecer instruções sobre saúde bucal para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 65,9% dos CD's sabem que os ACS repassam essas instruções aos usuários. Oliveira et al.,¹⁶ (2005), encontraram resultados semelhantes, pois concluíram que o nível de conhecimento dos ACS sobre saúde bucal é aceitável. Neste momento vale complementar que, segundo Moysés et al.¹⁵ (2004), o comprometimento dos vários atores envolvidos em projetos intersetoriais, a médio e longo prazo, também é questão crucial para a sustentabilidade das políticas públicas, especialmente aquelas voltadas para a promoção da saúde.

A maioria (79,64%) dos profissionais afirmou ter optado por trabalhar no PSF por gostar de trabalhar com a comunidade e em equipe, fato que pode ser considerado como positivo, pois este perfil é fundamental para o sucesso da proposta do programa. Todos os CD's entrevistados já possuíam vínculo empregatício com a F.M.S. e por ocasião de seu ingresso nas ESB's passaram a ganhar uma gratificação. Assim é que o fato de melhorar o salário foi citado por 17,69% (Gráfico 1), como um dos motivos de decidir trabalhar

na ESB, corroborando o verificado por Santiago²¹ (2004) que encontrou dados semelhantes em seus trabalhos. Este fato pode ser considerado positivo para o programa, pois Gil¹³ (2005) e Oliveira et al.¹⁶ (2005) revelaram formas precárias de contratação desses profissionais.

Ao implantar as equipes de saúde bucal, a FMS ofereceu um curso introdutório de 40 horas para capacitar os profissionais que integrariam as equipes. Por este motivo, 90% dos CD's entrevistados responderam possuir formação na área de saúde pública, independentes de terem cursado outro tipo de pós-graduação. Além do curso introdutório, alguns profissionais fizeram ou estão fazendo cursos de aperfeiçoamento e/ou especialização em saúde bucal coletiva, programa saúde da família, saúde pública ou áreas afins.

Segundo Silveira Filho et al.,²² (2002) o CD que atua no PSF deve possuir uma parcela de especificidade técnica, prática científica e sensibilidade social e precisa incorporar novas racionalidades cognitivas e operativas para romper com os vícios do modelo de atuação que se procura modificar, uma vez que, segundo Pauleto et al.¹⁷ (2004) e Fakhouri¹¹ (2004), os currículos da maioria dos cursos de Odontologia do país dão, ainda, muita ênfase ao aspecto técnico-científico, modelo este ultrapassado por se mostrar incapaz de melhorar os indicadores de saúde bucal da população. Tal observação pode ser confirmada pelos resultados aqui obtidos, pois há que se considerar que os profissionais que atuam no PSF têm, no mínimo, 11 anos de exercício profissional, época em que nos currículos universitários a ênfase didática era dada para a fragmentação do tratamento odontológico e muito voltado para a especialização, daí a importância do treinamento e atualização permanentes dos profissionais.

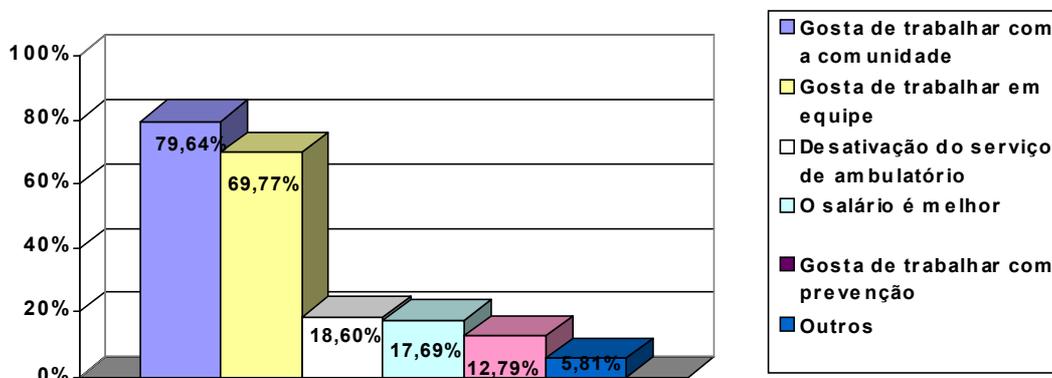


GRÁFICO 1 – Razões que levaram o CD a integrar uma ESB. Teresina (PI), dezembro 2005/abril 2006.

CONCLUSÕES

Com base nos objetivos propostos, nos resultados obtidos e na análise estatística aplicada, pode-se concluir que, na população estudada:

- O CD que integra o PSF, em sua maioria, é do gênero feminino, formou-se na UFPI, tem entre 17 e 23 anos de formado e possuem somente a graduação;
- A filosofia do PSF foi parcialmente seguida em relação ao diagnóstico situacional das famílias no momento inicial da introdução dos CD's na equipe do PSF.
- A existência de grande demanda reprimida necessidades acumuladas, entre outros motivos, impede que o modelo tradicional de atendimento seja substituído totalmente por aquele centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS, já que os procedimentos curativos continuam sendo predominantes;
- Os CD's optaram pelo turno corrido, trabalhando em média, 32 horas semanais e se responsabilizam, aproximadamente, por 815 famílias, proporção semelhante à existente entre usuários e demais integrantes da ESF;
- As principais razões que levaram os CD's a optarem por integrar uma ESF foram, em ordem decrescente: gostar de trabalhar com a comunidade; gostar do trabalho em equipe; desativação do serviço de ambulatório e a melhor remuneração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aerts D, Abegg C, Cesa K.O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):131-8.
2. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(1):219-27.
3. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da Odontologia no programa de Saúde da Família do Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2005;21(4):1026-1035.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS01/96. Diário Oficial da União, Brasília, novembro de 1996.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, 28 de dezembro de 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 673, 03 de junho de 2003.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Brasília/DF. 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente: A saúde bucal levada sério. 2006. [Acesso em junho de 2006]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>
10. Brasil. Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB; 1993. 28p.
11. Fakhouri AP. A real situação do cirurgião-dentista dentro do programa saúde da família. *Rev Odontol UNICID*. 2004;16(2): 159-67.
12. Farias MV, Moura ERF. Saúde Bucal no Contexto do Programa Saúde da Família do Município de Iracema, no Ceará. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2003;32(2):131-7.
13. Gil CRR. Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(2):490-8.
14. 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. [Acesso em 08 jun 2006]. Disponível em: www.cfo.org.br/download/perfil_CD.pdf
15. Moyses SJ, Moyses ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;(9)3:627-41.
16. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10:297-302.
17. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):131-40.
18. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em Unidades básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(2):599-609.
19. Rodrigues AAO, Assis MMA. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no programa saúde da família em Alagoinhas-Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2005;29(2):273-85.
20. Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC. *Odontologia em Saúde Coletiva*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 28-49.
21. Santiago WK. O processo de inserção da Odontologia no Programa BH vida entre 1999/2002: um estudo com base na visão da equipe de coordenação de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do programa. Belo Horizonte, 2004. [Dissertação – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais].
22. Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita,

- boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. 193p.
23. 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. Sobral (CE), 2004.[Monografia – Escola de Formação em Saúde da Família].
 24. Teixeira MCD. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a Odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):45-51.
 25. Teresina. Fundação Municipal de Saúde. Portaria/ Pres/nº540/03, 08 de setembro de 2003.
 26. Teresina. Fundação Municipal de Saúde. Relatório Situacional da Assistência Odontológica do Município de Teresina, 2006.
 27. Volschan BCG, Soares EL, Corvino M. Perfil do profissional de Saúde da Família. *RBO*. 2002; 59:314-6.
 28. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Procedimentos odontológicos realizados nas equipes de saúde bucal do PSF em Teresina (Pi): levantamento de seis meses. 2005. Mimeografado.
 29. Werneck MAF. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. Niterói, 1994. [Tese – Universidade Federal Fluminense].

Recebido para publicação em: 26/09/2006; aceito em: 18/12/2006.

Endereço para correspondência:

SÍLVIA MARQUES MARTINS VILARINHO
Rua Alecrim, 2208 – São Cristóvão
CEP 64049-130, Teresina, PI, Brasil
Fone: (0xx86) 3234-1541 e 9986-1541
E-mail: svilarinho@novafapi.com.br