

ARTIGOS DE REFLEXÃO

EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS

Fabírcia Souza dos Anjos*
Soraya Fernandes Mestriner**
Alexandre Fávero Bulgarelli***
Ione Carvalho Pinto****
Wilson Mestriner Júnior*****

RESUMO

A equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família propõe reorientação do modelo de atenção segundo princípios e diretrizes do SUS, ampliando o acesso da população às ações de saúde bucal. Nesse estudo objetivou-se contextualizar os avanços e desafios das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no Brasil, por meio de uma revisão teórica e reflexiva da literatura utilizando as bases de dados Lilacs, BBO e Medline. Foram acessadas evidências com as palavras-chave: família, saúde bucal, avanços, desafios, avaliação, equipe, dificuldades e contribuições. Os artigos encontrados foram categorizados de acordo com a Análise de Conteúdos categoria temática, destacando-se avanços e desafios da referida Estratégia. Os avanços apontam a inserção de equipes de saúde bucal na Saúde da Família como responsável pela ampliação do acesso, maior satisfação do usuário, maior abrangência das ações de promoção e prevenção em saúde bucal. As dificuldades refletem-se na cobertura da população adscrita, referência e contrarreferência e perfil do profissional. Concluiu-se que os principais desafios não são exclusivos da odontologia. Assim, é preciso entender a Estratégia de Saúde da Família como um processo em construção para consolidação do SUS que necessita ser visto em um contexto transdisciplinar.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Políticas de Saúde. Trabalho em Equipe.

INTRODUÇÃO

A crise do modelo assistencial predominante no Brasil, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visam transformação do sistema de atenção em saúde⁽¹⁾. Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil, principalmente nas áreas mais carentes de atenção, como o Norte e o Nordeste do País⁽²⁾. Tal aspecto evidencia a atenção fundamentada no princípio da equidade.

Durante muitos anos a atenção odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se pela assistência a grupos populacionais restritos,

como os escolares, por meio de programas voltados às doença de cárie e periodontal. Assim, nos dias atuais há em certos municípios menor acesso da população adulta aos serviços odontológicos devido à priorização, por parte dos serviços de saúde, da atenção às crianças em idade escolar⁽³⁾. Neste contexto, o restante da população fica excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores, o que resulta numa baixa cobertura de atendimento^(2,4).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) finalizada no ano de 1998 apontam que uma parcela importante da população brasileira não tinha acesso aos serviços odontológicos, ou seja, até o ano de 1998, cerca de 20 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista. Isso representa algo em torno de 18,97% de pessoas que nunca tiveram

* Cirurgião Dentista. Especialista. Estagiária da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP, Brasil. E-mail: somestri@forp.usp.br

** Cirurgião Dentista. Doutor. Professora do Departamento de Clínica Infantil e Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto-SP, Brasil. E-mail: mestri@forp.usp.br

*** Cirurgião Dentista. Doutora. Professor do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS. E-mail: alefavbulg@yahoo.com

**** Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Saúde Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP. E-mail: ionevarv@erp.usp.br

acesso a tratamento odontológico⁽⁵⁾. Diante da necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, o MS, em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal nas equipes de Saúde da Família⁽⁶⁾.

Desde então, a inclusão da equipe de saúde bucal no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) propõe uma reorientação do modelo de atenção em saúde bucal consonante com os princípios e diretrizes do SUS. A inclusão das ações de saúde bucal na ESF, nesse processo, visa:

melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; orientar as práticas de atenção à saúde bucal por meio da estratégia de organização da Atenção Básica preconizada pela ESF; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas; capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal; avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas^(7:3).

É válido ressaltar que a ESF possibilitou uma postura mais ativa da Atenção Básica para a saúde bucal, bem como atenção de média complexidade com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), fundamentados na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)⁽⁸⁾.

Nesse contexto, é possível destacar que a atual PNSB (Brasil Sorridente)⁽⁹⁾, em cenário nacional desde 2004, vem reorientar ações de saúde bucal na Atenção Básica e nas ações de média e alta complexidade. Essa política tem como um de seus pressupostos a incorporação à ESF das ações de saúde bucal para atuar como um modelo de vigilância em saúde e garantir uma rede de atenção articulada com toda a rede de serviço e integralidade das ações de saúde bucal. Essas ações tornaram-se efetivas no cuidado com a saúde bucal coletiva, pois são legitimadas por indicadores que refletem o sucesso de acesso à saúde bucal ao longo de quase sete anos do "Brasil Sorridente". Segundo levantamentos da PNAD, no ano de 2008 a proporção de pessoas sem acesso ao serviço de saúde caiu e atingiu uma proporção de 11,7%⁽¹⁰⁾.

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

O estudo justifica-se pelo fato de a busca de conhecimentos sobre essa problemática trazer à tona evidências científicas desse processo de incorporação de ações da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. O presente trabalho tem o objetivo de informar o leitor sobre os avanços e desafios das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no Brasil.

METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza teórica e reflexiva e foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica sistematizada, com análise de trabalhos indexados resgatados a partir dos bancos de dados informatizados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde/LILACS, Biblioteca Brasileira em Odontologia/BBO e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Medline*. Não foi acessada a base de dados *Scientific Electronic Library Online/SciELO* porque os artigos dessa base de dados foram acessados via Medline. As palavras-chave utilizadas foram: família, saúde bucal, avanços, desafios, avaliação, dificuldades e contribuições, em suas diversas combinações.

Foram selecionadas trinta referências, compreendidas no período entre 2002 e 2010. Tais referências constituíram os sujeitos do estudo. Os critérios de inclusão foram os trabalhos que abordassem as ESBs e envolvessem temáticas como implantação, avaliação e relatos de experiências. Após leitura de todos os artigos, foram criadas categorias referentes aos temas abordados por meio da técnica metodológica da Análise de Conteúdo⁽¹¹⁾ segundo a perspectiva temática. Estas categorias

foram divididas de acordo com o objetivo proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente revisão centrou-se na análise das evidências científicas selecionadas. De acordo com os conteúdos analisados nos vinte e três artigos que compuseram a amostra, foram identificadas cinco categorias referentes aos desafios e seis categorias referentes aos avanços das equipes de saúde bucal. Essas categorias estão ilustradas nos quadros 1 e 2, que mostram as categorias selecionadas e analisadas que expressam os avanços e desafios das ESBs mais evidenciados nos manuscritos. Dessas categorias emergem as evidências científicas que são descritas e exploradas ao longo deste texto.

Desafios
Superar as deficiências no Sistema de Referência e Contra-Referência
Solucionar situação de demanda reprimida
Melhorar interação entre membros da equipe
Profissional ainda trabalhando no modelo clínico restaurador
Superar despreparo da equipe

Quadro 1 - Categorias que representam os desafios das Equipes de Saúde Bucal.

Avanços
Ampliação das ações e mudança nas ações de saúde bucal
Ampliação do acesso da população às ações de saúde bucal
Maior satisfação do usuário
Formação de vínculo que contribui para acessibilidade
Formação de parcerias com Instituições de Ensino Superior
Novo mercado de trabalho

Quadro 2 - Categorias que representam os avanços das Equipes de Saúde Bucal.

A relevância das ações realizadas pela ESB está associada ao processo de promoção da saúde que o SUS desenvolve desde o início da aplicabilidade do pensamento filosófico que fundamenta os conceitos da Atenção Primária à Saúde (APS). Dentro do SUS, a APS, por meio da ESF, cria e proporciona espaços

conversacionais que permitem o diálogo entre diversos saberes e conhecimentos. Desse modo, é nesse espaço conversacional é que a saúde bucal se inclui na agenda para a saúde pública brasileira.

A saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família permite a formação de vínculo entre os profissionais e a população acompanhada, o que facilita a identificação e o atendimento humanizado. Além disso, contribui para acessibilidade aos serviços e possibilita o desenvolvimento de um trabalho na perspectiva do autocuidado, por meio da relação de confiança conquistada com o tempo em que se atua na comunidade adscrita ao território de responsabilidade⁽⁴⁾. Com essa vertente humanizada de assistência, o processo de implantação de equipes de saúde bucal seguiu em uma ampliação de ações em saúde bucal coletiva, enfatizando as ações de promoção, prevenção e controle das doenças bucais, na tentativa de melhorar a funcionalidade do serviço odontológico, priorizando os grupos de risco⁽¹²⁾.

Nessa lógica processual, as atividades iniciais da ESB devem incluir, principalmente, o mapeamento da área, o cadastramento das famílias, o levantamento das necessidades, o conhecimento do perfil epidemiológico e o desenvolvimento de ações educativo-preventivas priorizadas no planejamento^(7,13).

No contexto da Saúde da Família, a saúde bucal deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe. Incorporar a saúde bucal neste sentido não significa necessariamente incluir o cirurgião-dentista na equipe mínima, a qual é constituída por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, mas sim, articular esse profissional a uma equipe de saúde⁽¹²⁾.

Em consequência da falta de planejamento, as ESBs ainda não conseguem integrar-se efetivamente à ESF, de forma a possibilitar o desenvolvimento de ações interdisciplinares na produção do cuidado em saúde, o que afeta o potencial da Estratégia em produzir mudanças no modelo assistencial, que ainda se encontra baseado na geração de procedimentos curativos, reproduzindo assim o modelo curativista⁽¹³⁾.

Desse modo, a prática é organizada por meio de ações individuais e coletivas construídas por

uma demanda reprimida. O atendimento é fragmentado pela valorização excessiva da técnica e da especialidade, cujo eixo é ordenado pelo modelo centrado no médico, de resolubilidade limitada⁽¹⁴⁾. Assim, as equipes estão basicamente envolvidas com atividades clínicas e é difícil escapar do modelo de atenção tradicional, curativista restaurador, devido à grande demanda. Por isso algumas ESBs têm dificuldade em desempenhar todas as atividades pertinentes a elas^(1,15).

Analisando-se aspectos administrativos e operacionais das ESB no PSF no Estado de Minas Gerais, é possível observar que ocorreu uma evolução quantitativa dessas equipes, com maior acesso aos serviços de saúde bucal, porém ocorreram diferenças no aspecto político em que está a estratégia. Como pontos positivos das equipes de saúde bucal destacam-se a universalidade do atendimento e a ampliação da cobertura assistencial, com jornada de oito horas de trabalho, possibilitando maior acesso do usuário aos serviços de saúde bucal; e como pontos negativos, a falta de capacitação das equipes de saúde bucal e a demanda excessiva⁽⁴⁾.

Os usuários da ESF, em sua maioria, consideraram-se muito satisfeitos com a atuação da equipe e com as atividades por ela desenvolvidas, havendo uma grande melhora na qualidade de saúde bucal após a implantação das equipes de saúde bucal, visto que esses usuários são informados sobre procedimentos para manutenção da saúde bucal que antes desconheciam, como, por exemplo, a importância da aplicação do flúor e a utilização do fio dental⁽¹⁶⁾.

Além dos aspectos supracitados, tem-se que a carência de recursos humanos constitui-se como o problema central, tanto no que diz respeito à sua contratação quanto à capacitação, motivação, supervisão e rotatividade de profissionais⁽¹⁾.

No processo de incorporação da saúde bucal no PSF foram identificados pontos críticos que podem estar dificultando a implementação da saúde bucal no PSF, os quais são as precárias relações de trabalho, as dificuldades no referenciamento dos pacientes para ações de média e alta complexidade, no desenvolvimento de ações inter-setoriais e nas estratégias de programação, como diagnóstico epidemiológico e avaliações das ações⁽¹⁴⁾. Ao encontro deste

contexto, tem-se que a prática clínica defronta-se, ainda, com uma restrição nos serviços de saúde bucal, que é a inexistência de assistência de média e alta complexidade. Sendo assim, o sistema de saúde se constitui somente como uma porta de entrada⁽¹²⁾.

No Brasil, a população coberta por equipes de Saúde da Família (49,44%) vem atingindo patamares maiores a cada ano⁽¹⁰⁾. Por outro lado, essas equipes têm dificuldades em desempenhar todas as atividades a elas pertinentes, e o encaminhamento dos casos de maior complexidade também foi referido como ponto crítico pela análise dos conteúdos dos artigos observados no presente estudo. Além disso, é preciso formar profissionais generalistas com perfil adequado para o atuação no SUS, tendo em vista uma maior satisfação do usuário por meio de uma maior proximidade com os profissionais de saúde e pela facilidade de acesso aos serviços^(1,17).

Em um estudo que avaliou a inserção da ESB no Estado do Paraná foram encontrados avanços como inserção de atividades de prevenção em todas as escolas e creches, com participação dos professores, e inserção de alunos de graduação de instituições de ensino superior. Em alguns municípios foi referido que essa inserção ocorre desde o primeiro período, tanto com alunos do curso de Odontologia quanto de Enfermagem, com a implementação de equipamentos odontológicos móveis (equipamentos ambulantes) para o atendimento à população na zona rural e a “doentes acamados”, além do estabelecimento de prioridades para atendimento da comunidade⁽¹⁾.

No estudo supracitado, as principais dificuldades encontradas pelos municípios foram:

poucos recursos existentes para o financiamento (desde a implantação até a manutenção dos serviços); inexistência de serviços de referência e contra-referência para o atendimento de especialidades oferecidas (ou não) na rede; problemas relacionados à comunidade: difícil entendimento da proposta para a inserção ou mudança de hábitos e grande ansiedade pelo tratamento curativo-restaurador em detrimento do preventivo-promocional; perfil inadequado dos profissionais que atuam no

programa; poucos recursos humanos; pouca infra-estrutura e Inexistência de educação permanente^(9,6).

Além disso, foi citado em outro município que cirurgiões-dentistas não podem participar dos cursos de especialização em Saúde da Família que são oferecidos⁽¹⁸⁾.

O perfil do profissional e seus interesses são fundamentais para se analisar os desafios da ESF, pois em alguns casos esses profissionais de saúde de mostraram insatisfeitos com sua formação. Quanto à pretensão de continuar trabalhando com a ESF, observa-se que há o interesse do cirurgião-dentista em prosseguir com a atividade. As principais razões para isso são: satisfação com o trabalho desenvolvido, vínculo com a população, crença como uma estratégia de mudança do setor saúde e possibilidade de adquirir mais conhecimento na área. Apesar disso, alguns profissionais com curso superior anseiam cursar uma especialização ou trabalhar em áreas especializadas⁽¹⁸⁾.

Entre as razões para a escolha da SF como campo de atuação profissional, a oportunidade de emprego foi citada como maior motivador para adentrar o trabalho da ESF as equipes de Saúde da Família, sendo possível afirmar que a ESF vem tornando-se um modelo importante de inserção de profissionais no mercado de trabalho, especialmente para aqueles em início de carreira⁽⁷⁾.

São inegáveis, embora ainda incipientes, os avanços alcançados desde a formulação da proposta de inserção de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, a saber: as perspectivas de mercado de trabalho para o profissional de saúde bucal, despontando o serviço público como uma alternativa promissora; as questões trabalhistas que envolvem a contratação destes profissionais, uma vez que esse mercado, diferentemente da iniciativa privada, requer um vínculo empregatício; uma revisão das técnicas de promoção e prevenção em saúde bucal; a revisão das ações clínicas na saúde bucal, ainda profundamente marcada pela exodontia, pela mutilação; a necessidade de se constituírem outros níveis assistenciais, aparecendo como mais urgentes as especialidades de endodontia e prótese⁽⁴⁾.

Ao descrever e analisar as práticas de promoção da saúde na Atenção Básica realizadas por equipes da ESF em distintos contextos demográficos e sociais do Brasil, observa-se, no que tangem à saúde bucal, que uma série de cuidados e abordagens estão somando-se a esta estratégia em vários locais, devido ao processo de descentralização, que reflete as diferentes maneiras de os municípios brasileiros implantarem tal estratégia⁽¹⁹⁾.

Tem-se, também, que a saúde bucal já é parte da Política Nacional de Saúde, a qual inclui as ações de saúde bucal como um avanço ou acréscimo sobre as ações programáticas básicas da ESF e a ampliação do acesso da população aos serviços básicos de saúde. Assim, as atividades educativas e procedimentos coletivos desenvolvidos têm o sentido de ampliar o autocuidado e a autorresponsabilização dos indivíduos com a própria saúde, confluindo em programas de saúde bucal com identificação de riscos e definição de prioridades, assim como a atenção a grupos prioritários ou áreas específicas da saúde bucal⁽¹⁵⁾.

É válido ressaltar que a implantação de equipes de saúde bucal na ESF, mesmo sendo um fato relativamente recente na história nacional das políticas sociais de saúde, se avaliada por meio de evidências científicas, mostra que focar a família como seu principal eixo de trabalho da saúde bucal coletiva é fundamental. Dessa forma, busca-se consolidar um novo modelo de atenção em saúde bucal, rompendo com os modelos vigentes, que ora se caracterizam como curativo-mutiladores, ora meramente como promoção de saúde da população infantil escolar^(4,6).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF é um processo de ação em saúde relativamente novo e necessita de uma maior integração entre os profissionais, os gestores e a comunidade, para alcançar maior resolubilidade nas ações desenvolvidas; entretanto, aos poucos a saúde bucal vem sendo consolidada nessa estratégia, e, apesar dos muitos desafios enfrentados e outros ainda a serem superados, a inserção da equipe de saúde bucal no conjunto das atividades e ações da ESF é um inegável avanço.

Respeitando a lógica da equidade e do trabalho com a realidade local, dentro de um processo de vigilância em saúde, observa-se que a implantação das ESBs ocorre de maneiras diferentes no território brasileiro. Deste modo, de acordo com cada comunidade, seus desafios e suas potencialidades, a abordagem das pessoas e o acesso ao serviço irão variar conforme o nível de organização social e cultural no local que irá se estabelecer um serviço.

Os principais problemas e dificuldades que vêm sendo vivenciados pelas ESBs identificadas durante o desenvolvimento deste trabalho não são exclusivos da odontologia enquanto campo da saúde, mas refletem o que se

apresenta nas equipes da ESF como um todo, onde o processo para a formação do profissional é de fundamental importância para que este seja inserido e contextualizado no perfil de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde.

Considera-se também que para se concretizar a inserção da Odontologia na ESF é preciso o amadurecimento de políticas públicas norteadoras de programas e modelos de atenção, bem como o entendimento dessa estratégia como um modelo de atenção em construção para a consolidação do Sistema Único de Saúde, devendo respeitar seus princípios filosóficos de participação popular, integralidade, equidade, universalidade, hierarquização e regionalização.

BRAZILIAN ORAL HEALTH CREW: ADVANCES AND CHALLENGES

ABSTRACT

The inclusion of the oral health workers in the Family Health Strategy staff was developed in order to re-organize the oral health model regarding the principles of the Brazilian Public Health System named SUS, aiming to increase the access to oral health care and the improvement of oral health condition. The present study aimed to evaluate the advances and challenges of oral health workers in the Family Health Strategy with a Reflexive literature-review using Lilacs, Medline and BBO database. Search for evidence was performed by the keywords: family, oral health, advances, evaluation, challenge, staff, difficulties and contributions. All the articles were categorized according to Thematic Analysis. The literature had shown positive aspects as: increase of the access, better user's related satisfaction, major coverage of promoting and preventing oral health actions. Difficulties were found to be the coverage of the listed population, reference and counter-reference and profile of the professional. It was concluded the main challenges faced by the Oral Health Workers are not exclusive of the Dentistry field, but reflect what is represented on the implementation of the Family Health Strategy as a whole. It is necessary to understand this process as a strategy under development in parallel to the construction and consolidation of SUS.

Keywords: Family Health Program. Primary Health Care. Health Politics. Staff Work.

EQUIPOS DE SALUD BUCAL EN BRASIL: AVANCES Y DESAFÍOS

RESUMEN

La inclusión del equipo de salud bucal en la Estrategia de Salud Familiar propone la reorientación del modelo de atención según los principios y directrices del Sistema de Salud Brasileño/SUS para ampliar el acceso de la población a las acciones de salud bucal. Este estudio tuvo como objetivo contextualizar los avances y retos de los equipos de salud bucal en la Estrategia de Salud de la Familia en Brasil, a través de una revisión teórica y reflexiva de la literatura con las bases de datos LILACS, BBO y Medline. La búsqueda se realizó mediante el cruce de las palabras clave: familia, salud bucal, avances, retos, evaluación, equipo, dificultades y contribuciones. Los artículos encontrados fueron categorizados de acuerdo con el análisis temático, destacándose avances y desafíos de la Estrategia de Salud de la Familia. Los avances muestran la inserción de equipos de salud bucal en la Salud de la Familia como responsable por la ampliación del acceso, mayor satisfacción del usuario, mayor amplitud de las acciones de promoción y prevención en salud bucal. Las dificultades se reflejan en la cobertura de la población registrada, referencia y contrareferencia y perfil del profesional. Se concluye que los principales desafíos no son exclusivos de la odontología. Por lo tanto, es necesario entender la Estrategia de Salud de la Familia como un proceso en construcción para consolidación del Sistema de Salud que debe ser visto en un contexto transdisciplinario.

Palabras-clave: Equipo de Salud Familiar. Atención Primaria de Salud. Políticas de Salud. Trabajo en Equipo.

REFERÊNCIAS

1. Baldani MH, Fadel CB, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(4): 1026-35.

2. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 207-302.

3. Rocha RACP; Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas

- pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(12): 2871- 80.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal: Projetos, programas e relatórios. Brasília(DF); 2002.
5. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):709-17.
6. Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cad Saúde Pública*. 2004;4(6):1538-44.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Regulamentação da Portaria n.º 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, que criou o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa de Saúde da Família (PSF). Portaria n.º 267, de 06 de março de 2001. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 2001. p.67.
8. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(2): 360-65.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF); 2004.
10. Brasil. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização dos serviços de saúde – PNAD 2008. Rio de Janeiro; 2010. [acesso em 19 jun 2010]. Disponível em: www.ibge.gov.br.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2002.
12. Farias MAV, Moura ERF. Saúde Bucal no contexto do Programa Saúde da Família do Município de Iracema, no Ceará. *Rev Odontol*. 2003; 32(2):131-7.
13. Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PEB. A dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. *Boletim da Saúde*. 2004; 18(1):175-84.
14. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (dês) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):53-61.
15. Lustosa Neto D, Prado Junior RR, Mendes RF. Restaurações diretas no Programa de saúde da família de Teresina (PI). *RGO*. 2007; 55(1):55-60.
16. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. *Cienc Cuid Saude*. 2008; 7(1):45-52.
17. Padilha WWN, Gondim AMV, Cavalcanti AL, Gomes LB, Almeida RVD, Taveira GS. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. *Pesq Bras Clín Integr*. 2005; 5(1):65-74.
18. Calado GS. A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 2002.
19. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(5): 985-96.

Endereço para correspondência: Alexandre Favero Bulgarelli. Rua Angelo Beloni, n.º 253, Parque Bandeirantes, CEP: 14090-400, Ribeirão Preto, São Paulo.

Data de recebimento: 23/11/2010

Data de aprovação: 15/08/2011