

# A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal

*Surgeon-dentist insertion in the Family Health Program: a critical revision on the actions and evaluation methods of the Oral Health Team*

Graziela Oro Cericato\*

Daniela Garbin\*

Ana Paula Soares Fernandes\*\*

## Resumo

O Programa de Saúde da Família, instituído em 1994 pelo Ministério da Saúde, constitui uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde. No entanto, o cirurgião-dentista foi inserido nessa proposta somente em 2000, com a criação das Equipes de Saúde Bucal. O fato de a odontologia não estar presente desde o início possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais e pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das ESB. Assim, o objetivo deste trabalho constitui em realizar uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação realizados pela odontologia dentro do PSF, bem como de propor uma nova forma de avaliação das ações dos profissionais inseridos nesse contexto de trabalho. Para a realização do presente estudo foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Medline, Scielo e BBO, utilizando as palavras-chave PSF e odontologia. O critério de inclusão dos artigos consistiu em estudos que tratavam das ações e dos métodos de avaliação das atividades do cirurgião-dentista no PSF publicados a partir de 2001. Os resultados mostraram que, apesar de o PSF introduzir uma nova lógica que rompe com a prática histórica da odontologia, muitas vezes o que ocorre é apenas a transferência linear do espaço de trabalho do CD. Há a necessidade de implantação de sistemas de avaliação mais voltados para a captura de dados qualitativos que reflitam a vivência dos profissionais inseridos nesse processo de reorientação das práticas de atenção em saúde bucal.

*Palavras-chave:* Programa saúde da família. Odontologia. Avaliação em saúde.

## Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) foi introduzido no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reordenar as práticas de saúde no âmbito da atenção básica em novas bases e critérios, com foco na família, a partir do seu ambiente físico e social. Posteriormente definido como estratégia, reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade<sup>1</sup>.

O PSF teve como antecedente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), lançado em 1991, no qual já se trabalhava a família como unidade de ação programática. Os bons resultados do Pacs, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, levaram à busca da ampliação e maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESFs)<sup>2</sup>. O PSF produziu um consenso quanto a um projeto de mudança do modelo de saúde hegemônico que nenhum outro projeto na história do SUS conseguiu. Contribuiu, ainda, para o acirramento das discussões sobre a necessidade de uma nova lógica de financiamento, que não a por procedimentos<sup>3</sup>.

No entanto, a inserção da odontologia no PSF só aconteceu em 2000, quando o Ministro da Saúde, diante da necessidade de ampliar a atenção em saúde bucal para a população brasileira, estabeleceu

\* Alunas do curso de Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva da UFSC.

\*\* Doutora em Engenharia da Produção pela UFSC; professora do curso de Odontologia da UFSC.

incentivo financeiro para a formação de equipes formadas por cirurgiões-dentistas (CDs), atendentes de consultório dentário (ACDs) e técnicos de higiene dentária (THDs)<sup>4</sup>.

Para Capistrano Filho<sup>5</sup> (2000), “[...] a incorporação das ações de saúde bucal no PSF foi um passo importante no sentido da observância de um dos princípios dos SUS – o da integralidade das ações em saúde [...]”. Ocorreu também uma mudança no modelo odontológico anterior, centrado no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório, pois o PSF tem como base o domicílio, a família, deixando de lado os limites físicos, que eram a justificativa para a não efetivação do acesso.

Dados do Ministério da Saúde<sup>6</sup> mostram que nos quatro primeiros anos do atual governo federal foram implantadas 10 514 novas Equipes de Saúde Bucal na estratégia de Saúde da Família, chegando a 14 775 equipes atuando em 4 212 municípios, representando um aumento de mais de 246% no número de equipes.

É certo que os serviços de saúde são importantes para a saúde bucal da coletividade. No entanto, a predominância do enfoque assistencial deve ser questionada. São necessárias mudanças nas formas tradicionais de avaliação do trabalho desenvolvido pelo CD, que utilizam habitualmente indicadores relacionados a aspectos curativos, redirecionando esforços para a avaliação de atividades preventivas e promocionais<sup>7</sup>.

Assim, nesse momento histórico a inserção da saúde bucal no PSF passa a demandar uma reorganização da prática odontológica, pois o CD necessita ser sujeito de um processo de qualificação profissional, visando integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território, com vistas à efetivação do SUS<sup>4</sup>.

Em virtude destas discussões, o artigo propõe-se fazer uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação realizados no âmbito da odontologia dentro do PSF. Esse diagnóstico crítico se justifica pela importância que o processo de avaliação representa para reordenar as ações dos profissionais de saúde bucal em prol de um paradigma de atuação focado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

## Materiais e método

Para a realização do presente trabalho, uma pesquisa nas bases de dados Medline, Scielo e BBO foi realizada, utilizando as palavras-chave PSF e odontologia. O critério de inclusão dos artigos consistiu em estudos que tratavam das ações e dos métodos de avaliação das atividades do CD no PSF e que tivessem sido publicados a partir de 2001, uma vez que a inclusão do CD nesse programa ocorreu em 2000. Artigos de revisão foram excluídos. A Tabela 1 demonstra os estudos incluídos no presente trabalho.

Posteriormente, foi realizada uma busca por métodos de avaliação das ações da ESB do PSF, tendo sido apresentado o proposto por Manfredini e Clemente<sup>8</sup> (2002) (Quadro 1). Esse guia foi utilizado por possuir um enfoque de avaliação qualitativa e por tratar especificamente de avaliação das ações da odontologia no PSF.

## Resultados

De acordo com a Tabela 1, pode-se perceber a diversidade de locais de realização dos estudos, o que permite analisar as formas de atuação das ESBs no PSF em várias regiões do país. Para fins de avaliação das ações e dos métodos de avaliação, os temas foram divididos em: ações realizadas pela ESB, perfil dos profissionais e métodos de avaliação das ações da ESB.

Tabela 1 - Demonstrativo dos artigos incluídos no estudo

Autores/ano	Tema	Tipo de estudo	Local
Farias e Moura <sup>14</sup> (2003)	Ações CD/ PSF	Qualitativo Observacional	Iracema (CE)
Baldani et al. <sup>11</sup> (2005)	Inserção CD/ PSF	Quantitativo Descritivo	Estado do Paraná
Oliveira e Saliba <sup>13</sup> (2005)	Inserção CD/ PSF	Quantitativo Descritivo	Campos dos Goytacazes (RJ)
Padilha et al. <sup>9</sup> (2005)	Planejamento Odontologia/PSF	Qualitativo Descritivo Comparativo	Estado da Paraíba
Araújo e Dimenstein <sup>12</sup> (2006)	Organização do CD/PSF	Qualitativo Descritivo	Estado do Rio Grande do Norte
Andrade e Ferreira <sup>10</sup> (2006)	Inserção CD/PSF	Qualitativo Quantitativo Descritivo	Pompeu (MG)

## Ações realizadas pela Equipe de Saúde Bucal

Em relação a este aspecto, houve unanimidade dos autores consultados em citar que as ações desenvolvidas pela equipe odontológica no PSF não estão totalmente de acordo com o que é proposto pelo Ministro da Saúde. Nesse sentido, os autores observaram que a ESB permanecia com características e situações, como o atendimento exclusivamente por demanda, curativo e individual, inerentes ao modelo que a estratégia representada pelo PSF pretende transformar e/ou substituir<sup>9</sup>. Demonstram também a falta de integração entre os membros da equipe, causada, provavelmente, pela introdução tardia da ESB no PSF.

Ainda, verificou-se que os princípios do PSF são perdidos pela grande demanda reprimida e dificuldades administrativas, distanciando o serviço da proposta de melhoria da qualidade de vida da população. O trabalho da equipe de PSF não é percebido pelos usuários, que desconhecem o Programa

Saúde da Família e a inclusão da odontologia nele<sup>10</sup> e, que, além disso, demonstram insatisfação quanto ao tempo de espera por um tratamento.

A maioria dos CDs ainda se encontra envolvida basicamente no atendimento clínico, em detrimento das atividades de promoção e prevenção da saúde estabelecidas para o PSF<sup>11</sup>. Os auxiliares, por sua vez, centravam suas ações em atividades convencionais, como instrumentação, desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais. A experiência do PSF não tem conseguido mudar as formas de atuação já estabelecidas e criar um outro modo de produzir saúde. O que se vê é a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas<sup>12-14</sup>.

## Perfil dos profissionais

No aspecto perfil profissional, cinco dos seis estudos consultados (83,33%) citam carência de qualificação dos profissionais envolvidos nas equipes do PSF. Nesse sentido, os autores observam que os CDs têm perfil profissional voltado para a clínica<sup>14</sup>, aspecto que está relacionado à sua formação acadêmica, mas também em razão da própria expectativa da comunidade, bem como da gestão do serviço em priorizar o atendimento clínico<sup>12</sup>. A maioria dos profissionais não possui especialização, e os que têm tal formação concluíram cursos sem nenhuma relação com a saúde pública ou coletiva, demonstrando a falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada ao PSF<sup>13</sup>. Ainda, os autores citam que nos discursos dos participantes não se observou o cumprimento da carga horária preconizada pelo Ministério da Saúde, como também a participação em cursos de capacitação<sup>12</sup>. Os profissionais parecem despreparados para passar informações educativas, muitas vezes fazendo-o de forma autoritária, mostrando falta de treinamento de toda a equipe<sup>10</sup>.

Quanto à seleção dos CDs para integrar as equipes do PSF, a metade dos trabalhos consultados observou que essa, em sua maioria, era realizada sem processo seletivo, sendo definida por relações sociais e políticas<sup>12</sup>. Assim, a seleção é realizada de forma precária, o que compromete a consolidação do programa,<sup>13</sup> e há também a verificação da constante troca de profissionais, o que impede que criem vínculo com o serviço<sup>10</sup>. Esses aspectos interferem no tipo de trabalho realizado e no comprometimento que o CD estabelece com o seu trabalho e com a comunidade.

## Métodos de avaliação das ações da ESB

Em relação à avaliação do desempenho das atividades dos profissionais de saúde bucal, os autores constataram a deficiência de instrumentos apropriados, sendo as avaliações baseadas em sistemas de informação como o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e o SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS)<sup>9</sup>. Esses sistemas se limitam a explorar questões relacionadas à melhoria do acesso da população no tratamento odontológico (número de procedimentos clínicos e coletivos), ou mesmo ao grau de aceitabilidade da população ao PSF<sup>12</sup>.

Um outro aspecto da avaliação dos profissionais evidenciado neste estudo foi o pouco retorno dado para informações que chegam do nível central para os profissionais responsáveis pela assistência, não havendo retroalimentação de informações que permita às equipes o acompanhamento do seu desempenho ao longo do tempo. As equipes, então, quando avaliam seu desempenho, fazem-no sobre a quantidade e o tipo de atividades e procedimentos que vêm realizando, não tendo uma visão crítica sobre a necessidade da manutenção daqueles serviços ou de reorientar suas práticas.

Assim, a seguir é apresentada uma proposta de avaliação desenvolvida especialmente para as Equipes de Saúde Bucal do Projeto Paidéia-Campinas<sup>8</sup>. Este modelo de avaliação permite que as equipes de saúde bucal avaliem não somente dados quantitativos, mas questões qualitativas referentes à evolução de suas ações.

## Roteiro de avaliação

O modelo de avaliação apresentado no Quadro 1 possui uma proposta inovadora de aplicação. A proposta é que este instrumento seja aplicado com periodicidade trimestral ou semestral a todas as equipes. A cada aplicação, os dados ficam disponibilizados tanto para a equipe de referência como para a equipe de apoio aos distritos, tentando, dessa maneira, estimular a própria equipe a realizar o acompanhamento de suas atividades, identificando os pontos nos quais houve avanços e/ou retrocessos<sup>8</sup>.

## ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DAS EQUIPES DO PAIDÉIA

Unidade de saúde: \_\_\_\_\_ Nome dos profissionais: \_\_\_\_\_  
Nome da equipe de referência: \_\_\_\_\_ Data de preenchimento: \_\_\_\_\_

### 1. DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

- a) A equipe identificou os equipamentos sociais de sua área de abrangência? ( ) Sim ( ) Não  
b) Em relação a esses equipamentos sociais, a identificação foi feita?  
ESCOLA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem número  
CRECHE/CEMEI ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem número: \_\_\_\_\_  
ENSINO FUNDAMENTAL ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem número: \_\_\_\_\_  
ENSINO MÉDIO ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem número: \_\_\_\_\_  
ONG ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem número: \_\_\_\_\_  
ASILOS ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem número: \_\_\_\_\_  
CENTROS DE CONVIVÊNCIA ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem número: \_\_\_\_\_  
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem número: \_\_\_\_\_  
SINDICATOS ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem número: \_\_\_\_\_  
c) Em relação a esses equipamentos, informe se já foram cadastrados e se a equipe de referência já fez visita e identificou o total de usuários:  
( ) Sim ( ) Não  
d) Foram planejadas ações coletivas para o ano de \_\_\_\_\_? ( ) Sim ( ) Não  
e) Foi planejada a necessidade de insumos de higiene oral para essas atividades?  
f) Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram capacitados para as ações coletivas em saúde bucal?  
g) Os Agentes Comunitários de Saúde estão realizando ações educativas e preventivas em saúde bucal na rotina das visitas domiciliares? ( ) Sim ( ) Não  
h) Aponte as atividades que vêm sendo desenvolvidas pelos agentes nessas visitas: \_\_\_\_\_  
i) Em caso negativo, aponte as causas para a não-realização dessas ações pelos ACS: \_\_\_\_\_  
j) A equipe está trabalhando com indicadores para a cobertura populacional das ações coletivas em saúde bucal? ( ) Sim ( ) Não  
k) Os profissionais de saúde bucal participam rotineiramente das reuniões do Núcleo de Saúde Coletiva da unidade? ( ) Sim ( ) Não

### 2. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

#### 2.1. ACOLHIMENTO

- a) A equipe de referência faz acolhimento em saúde bucal? Descreva como: \_\_\_\_\_  
b) Quais profissionais têm participado do acolhimento em saúde bucal, além do cirurgião-dentista: \_\_\_\_\_  
c) A equipe de referência tem protocolo para o acolhimento em saúde bucal?  
d) A equipe de referência tem protocolo para atendimento em saúde bucal?  
e) São realizados atendimentos conjuntos em saúde bucal, articulando a Equipe de Saúde Bucal (CD, THD e ACD) e outros profissionais da equipe de referência?  
f) Os profissionais de saúde bucal (CD, THD e ACD) estão realizando capacitações para os outros profissionais da equipe?  
g) Qual é a avaliação atual da equipe sobre o acolhimento em saúde bucal da unidade? \_\_\_\_\_

#### 2.2. PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES

- a) A equipe tem trabalhado com critério(s) de risco(s) para a identificação dos indivíduos/famílias mais vulneráveis? \_\_\_\_\_  
b) Quais desses critérios de risco vêm sendo adotados pela equipe:  
Risco em saúde bucal: ( ) Sim ( ) Não  
Risco individual: ( ) Sim ( ) Não  
Risco familiar: ( ) Sim ( ) Não  
c) Descreva os critérios de risco em saúde bucal adotados pela equipe: \_\_\_\_\_  
d) Descreva os critérios de risco individual adotados pela equipe: \_\_\_\_\_  
e) Descreva os critérios de risco familiar/social adotados pela equipe: \_\_\_\_\_  
f) A classificação de risco tem sido levada em consideração para efeito da organização do agendamento? Explique como: \_\_\_\_\_

#### 2.3. PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

- a) Aponte os profissionais de saúde bucal da equipe de referência, identificando jornadas e horários de trabalho: \_\_\_\_\_  
b) As atribuições do pessoal auxiliar (THD/ACD) vêm sendo integralmente utilizadas?  
c) Relate as atividades que vêm sendo realizadas pelo THD e pelo ACD: \_\_\_\_\_  
d) Relate as atividades educativas e preventivas que o THD e o ACD vêm realizando na unidade: \_\_\_\_\_  
e) Detalhe se há horários sem atendimento em saúde bucal nesta unidade: \_\_\_\_\_

#### 2.4. ACESSO

- a) Como a equipe vem organizando o atendimento das urgências na rotina de trabalho? \_\_\_\_\_  
b) Qual é a participação percentual das urgências no total de atendimentos da unidade? \_\_\_\_\_  
c) Como o usuário agenda a sua consulta para tratamento junto à equipe:  
( ) ordem de chegada  
( ) listagem prévia, caderno de espera  
( ) abertura de vagas, em dias previamente estimulados  
( ) outros: \_\_\_\_\_  
d) Estão sendo realizados agendamentos de usuários provenientes de encaminhamentos da equipe de referência? ( ) Sim ( ) Não  
e) Em caso afirmativo, identifique as causas dos encaminhamentos: \_\_\_\_\_  
f) A equipe tem proposta para a organização do agendamento? ( ) Sim ( ) Não  
g) Em caso afirmativo, detalhe: \_\_\_\_\_

#### 2.5. PARTICIPAÇÃO NA UNIDADE E CONTROLE SOCIAL

- a) A Equipe de Saúde Bucal participa das reuniões do Conselho Gestor Local de Saúde?  
b) Em caso afirmativo, detalhe a forma de participação: \_\_\_\_\_  
c) A saúde bucal foi tema de discussão no conselho gestor local de saúde?  
d) Em caso afirmativo, informe os temas debatidos: \_\_\_\_\_  
e) No processo de trabalho da equipe, identifique os três principais problemas na atualidade: \_\_\_\_\_

Quadro 1 - Roteiro de avaliação das equipes do Paidéia proposto por Manfredini e Clemente<sup>8</sup> (2002)



## Discussão

Após a análise dos dados coletados, fica claro que as ações realizadas pelos CDs envolvidos com o PSF ainda são, na maioria das vezes, de caráter curativo e voltadas para o atendimento clínico ambulatorial. Há grande dificuldade em se modificarem as formas de atuação já estabelecidas para criar um outro modo de pensar e produzir saúde. O que se vê é a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas.

Um aspecto relevante levantado foi o pouco tempo de permanência dos profissionais que formam as equipes de saúde bucal, já que em grande parte dos casos a implantação é realizada por meio de contratos temporários. Isso pode se constituir em fator limitante para o trabalho, dificultando desde a qualificação dos profissionais até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade do vínculo para a melhor incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde<sup>6</sup>.

A qualificação dos CDs é também fator de discussão, uma vez que o perfil exigido para um profissional que atue na lógica do PSF não é atingido por deficiências na formação extremamente voltada para o desenvolvimento de habilidades técnicas, em detrimento daquelas necessárias ao trabalho com a coletividade e suas demandas. Esse fato é relevante e compromete a continuidade e a credibilidade do programa. Nesse sentido, o Conselho Federal de Odontologia vem corroborar ao afirmar que uma das razões da discrepância do progresso técnico e científico da odontologia brasileira e do nível de saúde bucal dos brasileiros é a formação e a capacitação inadequada dos recursos humanos, que não incorporam habilidades para o trabalho em nível comunitário.

No que diz respeito aos resultados de avaliações das ações dos CDs no PSF, constatou-se a predominância de sistemas de avaliação quantitativa. Isso pode decorrer do fato de os procedimentos clínicos realizados serem de fácil mensuração (por exemplo, uma restauração, uma exodontia), bem como da facilidade de se estabelecer consenso sobre o que seria uma doença bucal. Esse aspecto acaba contrariando discussões sobre a necessidade de uma nova lógica de financiamento que não fosse por procedimentos<sup>3</sup>. As equipes, então, quando avaliam seu desempenho, fazem-no sobre a quantidade e o tipo de atividades e procedimentos que vêm realizando, não tendo uma visão crítica sobre a necessidade da manutenção daqueles serviços ou de reorientar suas práticas.

Há a necessidade de implantação de sistemas de avaliação mais voltados para a vivência dos profissionais inseridos nesse processo de reorientação das práticas de atenção em saúde bucal com base nos pressupostos do PSF. O presente artigo traz como proposta o método de avaliação citado por Manfredini e Clemente<sup>8</sup> (2002), por entender que permite uma avaliação mais qualitativa das ações da ESB

no PSF, permitindo que a própria equipe faça comparações periódicas entre as avaliações e conclua acerca dos ganhos e/ou perdas em relação ao processo de trabalho desenvolvido. Dessa maneira, a avaliação estaria mais próxima do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, o qual propõe que as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família sejam freqüentemente avaliadas e adaptadas às necessidades da comunidade, sendo fundamental o acompanhamento dos dados que servirão de base para o planejamento e redirecionamento das ações<sup>6</sup>.

## Conclusão

A abordagem do PSF para o trabalho do CD vai muito além do trabalho clínico, pois é uma lógica de pensar na saúde de forma integral e ampliada. No entanto, a formação acadêmica dos profissionais de saúde bucal não contempla ainda estas questões, ou contempla-as apenas de forma pontual e isolada, o que se reflete em falta de preparo para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar e para a vivência do paradigma de promoção de saúde. Há a necessidade de motivar os profissionais para que reflitam e redirecionem suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas. A inserção da odontologia parece ter sido de direito, mas não de fato.

No entanto, apesar das deficiências e contradições que implicam o enfrentamento de situações complexas, exigindo intervenção intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, é possível a efetivação do modelo do PSF para as ações de saúde bucal, por se tratar de uma estratégia necessária e pertinente.

## Abstract

*The Family Health Program (FHP), instituted in 1994 by the Health Ministry, is constituted of a reorganization strategy of the attention system to health. However, the surgeon-dentist was only inserted in this proposal in 2000, with the creation of the Oral Health Teams (OHT). The fact of the dentistry not to be present since the beginning, possibly caused damages to the integralization process of the professionals and it can have determined varied forms in the implantation process of the OHT. Thus, the objective of this work is to carry out a critical review on the actions and the methods of evaluation achieved by dentistry in the FHP, as well as to propose a new form of assessment of actions of the professionals inserted in this context of work. For the achievement of this study, a research, under the Scielo, MEDLINE and BBO databases, using the key-words FHP and Dentistry. The inclusion criterion of the articles was consisted of studies that dealt with the actions and the evaluation methods of the activities of the surgeon-dentist in the FHP, published from 2001. The results showed that, in spite of the FHP introduce a new logic that breaks with the historical practice of the dentistry, what often happens is the linear transference of the work place of the*

*surgeon-dentist. There is a necessity for the implantation of evaluation systems toward the capture of qualitative data that reflect the experience of the inserted professionals in this process of reorientation of the attention practices in oral health.*

*Key words: Family health program. Dentistry. Health evaluation.*

## Referências

1. Groisman S, Moraes NM, Chagas LJ. A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. *Cadernos da Abo- prev* 2005; 1-8.
2. 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: planejando ações e promovendo saúde*. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2003. p. 28-49.
3. Andrade LOM. *SUS passo a passo: gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; 2001.
4. Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(6):1538-44.
5. Capistrano Filho DO. O cirurgião-dentista no PSF. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva* 2000; 1(2):8.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família: 2001/2002*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(1):131-8.
8. Manfredini MA, Clemente C. *Roteiro de avaliação das equipes do Paidéia*. Campinas: mimeo; 2002.
9. Padilha WWN, Valença AMG, 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 Odontoped Clin Integr* 2005; 5(1):65-74.
10. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(1):123-30.
11. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4):1026-35.
12. 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.
13. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10 Suppl:297-302.
14. Farias MAV, 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.

### Endereço para correspondência

Graziela Oro Cericato  
Rua 15 de novembro, 763, apto 1300  
99010-000 – Passo Fundo - RS  
Fone: (54) 3312-1137  
Email: gracericato@yahoo.com.br

*Recebido: 06.07.2007 Aceito: 10.09.2007*