

REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DA ODONTOLOGIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Reflections on the dentistry challenges in the Brazilian Unified Health System

Anderson Barbosa de Almeida¹, Marcelo da Silva Alves², Isabel Cristina Gonçalves Leite³

RESUMO

A Odontologia no Brasil tem sido sistematicamente criticada por seu caráter excessivamente técnico, em detrimento dos seus aspectos humanos e sociais. Assim como as demais profissões de saúde, a Odontologia deve estar articulada a outros setores sociais, para que possa consolidar a construção de um novo conceito de saúde mais positivo e integralizado. Este artigo tem como objetivo suscitar, através de uma revisão de literatura, reflexões quanto à contextualização social da Odontologia, abordando três eixos básicos a ela relacionados: a formação do profissional de Odontologia, a participação e o controle social frente aos serviços de saúde bucal e a adequação dos recursos humanos em Odontologia para o Sistema Único de Saúde (SUS). Para exercer o importante papel que lhe cabe, no processo de transformação das políticas de saúde pública no Brasil, a Odontologia tem o desafio de superar alguns obstáculos que têm, historicamente, distorcido a percepção da sociedade de sua real importância no processo de construção de um novo modelo de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Odontologia. Saúde Coletiva. Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Odontologia no Brasil tem sido sistematicamente criticada por seu caráter excessivamente técnico em detrimento de aspectos fundamentais, como a prevenção, uma relação paciente profissional mais humanizada e a própria ética do cotidiano, deixando clara a necessidade de uma sensibilização da profissão para tais aspectos.¹ Embora tal sensibilidade

ABSTRACT

Dentistry in Brazil has been systematically criticized due to its strictly technical approach, to the detriment of human and social aspects. As well as other professions within the public health area, dentistry should be articulated with other social sectors so that it can consolidate the building of a new more positive and integrated health concept. The aim of this article is to raise, through a literature review, reflections on the context of social dentistry, by discussing three basic subjects related to it: the preparation of the dentistry professional, the social participation and control to the oral health services and the adequacy of human resources in dentistry to the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) - the Brazilian public health system. In order to play its important role in the transformation process of Brazilian public health policies, dentistry has the challenge of overcoming some obstacles which have, historically, distorted society's perception of its real importance in the process of building a new health model.

KEY WORDS: Dentistry. Public Health. Unified Health System.

social não possa ser objetivamente mensurada, parece claro que sua construção depende de uma melhor formação, por parte do profissional, quanto aos aspectos sociais e humanos que, em última análise, constitui o verdadeiro objetivo de sua atividade profissional. Esta formação, principalmente fundamentada em disciplinas como sociologia, filosofia, psicologia, antropologia, entre outras, tem sido negligenciada na formação e na prática profissional.

¹ Anderson Barbosa de Almeida, cirurgião-dentista. Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial - PUC Minas. Mestre em Saúde Coletiva - UFJF. E-mail: ander Almeida@oi.com.br

² Marcelo da Silva Alves, enfermeiro. Professor adjunto Doutor da Faculdade de Enfermagem da UFJF / Coordenador da Disciplina Saúde e Sociedade do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da UFJF

³ Isabel Cristina Gonçalves Leite, cirurgião-dentista. Doutora em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ. Professora Adjunta do Dep. de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF

Pode-se dizer que o interesse maior pelas ciências sociais no Brasil ocorreu no final dos anos 1960 e início dos 1970, com a percepção da importância dos determinantes sociais no processo saúde-doença. A partir daí, produziram-se tentativas de se reconstruir modelos explicativos visando à atenção integral ao paciente assim como à integração dos conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais na compreensão do processo da doença.²

Embora seja abordada em um contexto isolado neste trabalho para melhor compreensão de suas particularidades, a Odontologia e as demais profissões da saúde devem estar integradas entre si de forma indissociável para que, articuladas a outros setores sociais, possam consolidar a construção de um novo conceito de saúde mais positivo e integralizado.

Este artigo tem como objetivo suscitar, através de uma revisão de literatura, reflexões quanto à contextualização social da Odontologia, abordando três eixos básicos a ela relacionados: a formação do profissional de Odontologia, a participação e o controle social frente aos serviços de saúde bucal e a adequação dos recursos humanos em Odontologia para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Odontologia e Saúde Bucal

O conceito de saúde bucal tem sido, ao longo dos anos, excessivamente fragmentado e reducionista. Muitos avanços têm sido alcançados, principalmente pela aproximação da Odontologia aos conhecimentos e práticas que integram um conjunto mais amplo, identificado como Saúde Coletiva. No entanto, a profissão permanece centrada em uma prática tecnicista, focada na assistência odontológica ao indivíduo doente e realizada quase com exclusividade por um sujeito individual em um ambiente clínico-cirúrgico restrito.³

A percepção negativa do processo saúde-doença baseia-se na premissa de que as funções biológicas são tidas, essencialmente, como contribuições para consecução de determinados objetivos inerentes à sobrevivência e eficiência social, através de um funcionamento normal dos sistemas biológicos.⁴ Isto explica, em parte, a dificuldade de inserção da saúde bucal nas políticas públicas de saúde, uma vez que doenças bucais como cárie, periodontopatias e más oclusões, enquanto não sintomáticas e disfuncionais, não constituem, nessa percepção, doenças propriamente ditas, por não atenderem ao critério funcional de saúde.

A construção de um novo conceito de saúde impõe uma maior vinculação à qualidade de vida de uma população, indo além, portanto, de suas consequências imediatas, indi-

cadas como doenças, sequelas e morte.⁵ A saúde bucal não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente por todos os indivíduos, em cada situação particular e, sendo um processo social, cada situação é única, singular, histórica, não passível de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos.⁶

O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal - CNSB⁷ evidencia que a saúde bucal permanece como fator de exclusão social e seu enfrentamento exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. São necessárias políticas intersetoriais, com enfoque na promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado em suas três esferas de governo.

A Formação Profissional na Odontologia

A educação superior que temos hoje é aquela que, de maneira geral, prioriza as práticas pedagógicas que pouco contribuem para o desenvolvimento de uma sociedade de sujeitos sociais construtores de sua própria história. Pelo contrário, a concepção predominante é a de uma educação para o ajustamento e adaptação às normas e padrões de comportamento considerados “adequados” em que, aos educandos, é imposta uma condição de passividade e subordinação à autoridade do educador.⁸ Assim, exclui-se a importância da responsabilidade como fator fundamental para que o indivíduo se torne sujeito, participando ativamente de seus processos, comprometido com suas decisões, geradas através de pensamento crítico em relação à realidade.⁹

A questão da formação de profissionais de saúde envolve diretamente as oportunidades advindas do mercado de trabalho, o perfil profissional e a satisfação das demandas populacionais. Assim, a articulação entre as políticas de educação e de saúde é fundamental para que as transformações sejam possíveis.^{10,11}

Na Odontologia, a educação tem sido historicamente influenciada por uma visão fragmentada e reducionista da saúde, determinada, em grande parte, pelo grande volume de conhecimento gerado no século 20. A formação ultra-especializada de profissionais, para atuar prioritariamente visando o individual, acarreta uma fragmentação do conhecimento e aumenta a importância da interdisciplinaridade

como forma de corrigir tais distorções, ao mesmo tempo em que consolida a deficiência na formação de profissionais generalistas, com perfil adequado para trabalhar com enfoque no coletivo.^{11,12}

Outro problema que afeta a Odontologia, assim como as demais profissões da saúde, é que a estrutura educacional de um curso superior é altamente assediada pela indústria de equipamentos, de medicamentos e de materiais odontológicos, tendo influência, numa relação direta com as demandas do mercado, na prática profissional.¹³ Como consequência, a odontologia tornou-se uma profissão tecnicamente elogiável (pelo nível de qualidade e sofisticação inegavelmente alcançado nas diversas especialidades), cientificamente discutível (uma vez que não tem demonstrado competência para expandir esta qualidade para a maioria da população) e socialmente caótica (pela inexistência de impacto social ante as iniciativas e programas públicos e coletivos implementados).¹³

Uma maior aproximação da educação e da saúde com a realidade social do seu meio e uma participação articulada e efetiva destes dois agentes na construção política do Sistema Único de Saúde são imperativas para minimizar a iniquidade proporcionada pela Odontologia tecnicista e elitista predominante no país.¹⁴ Tais necessidades foram observadas na 3ª CNSB que concluiu que 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. Esta participação e controle social são de grande importância para a adequação dos serviços de saúde à realidade da população à qual se destinam tais serviços.

Participação e Controle Social

O significado do conceito de saúde é bastante relativo e construído progressivamente sobre alicerces culturais, sociais, econômicos, políticos e religiosos, entre outros, que interferem na concepção e práticas de saúde adotadas pelas pessoas.¹⁵ A participação social nesta construção é de fundamental importância, pois é através de uma comunicação efetiva e contínua entre profissionais e sociedade que serão desenvolvidas políticas de saúde realmente resolutivas para promoção e assistência à saúde. Se, em nosso país, a conquista legal afirma o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garantir esse direito, o princípio da responsabilidade também cria, para o cidadão, o dever ético de participar na tomada de decisões.¹⁶

As diretrizes organizativas do SUS asseguram, como direito constitucional, através da Lei Orgânica n. 8.142/90¹⁷, a

participação do cidadão na definição e execução da política de saúde nas três esferas do governo. Esta participação se faz por meio da participação popular nas conferências e conselhos de saúde e nos colegiados de gestão de serviços de saúde. No entanto, na prática, tal controle social encontra-se distante dos objetivos almejados pela sua criação.

A relação profissional-paciente na Odontologia, assim como nas demais profissões de saúde, carrega ainda o estigma histórico do poder do profissional frente à vulnerabilidade do paciente.¹⁸ Suas práticas e estratégias excluem a possibilidade de pensar a assistência em função de princípios e normas que não sejam impostos de maneira vertical e incontestável.¹⁹

Especificamente na Odontologia, a imagem do Odontólogo encontra-se ainda vinculada ao medo e à dor, sendo considerada, por grande parte da população, como um mal necessário.²⁰ Na formação profissional, a negligência dos aspectos psicossociais relacionados ao exercício da profissão acentua a imagem negativa da profissão e diminui sua importância dentro do contexto geral de saúde, perpetuando o distanciamento da relação profissional-paciente.

A modificação deste modelo de relação intersujeitos passa, necessariamente, pela sensibilização social do odontólogo e pelo fortalecimento da cidadania por parte dos pacientes. Embora importantes no processo de construção do SUS, os instrumentos legais de controle e participação social são inócuos para uma sociedade alienada e, desta forma, retarda as transformações necessárias ao sistema em desenvolvimento. Isto ressalta a vinculação obrigatória entre saúde e educação, tanto para corrigir falhas inerentes à formação do odontólogo, quanto para incutir a responsabilidade de cada cidadão no processo de materialização do SUS como política de saúde. Nesse sentido, o acesso à informação é de importância primária para que os conselhos possam exercer verdadeiramente seu papel. O acesso a informações sobre a realidade epidemiológica do município e sobre os modelos assistenciais que tenham poder de reversão dessa realidade é fundamental para que os conselhos possam, de forma consciente e responsável, deliberar por políticas que efetivamente busquem combater as desigualdades sanitárias e promover a saúde da população.²¹

A saúde pública é um processo dinâmico que demanda a união de esforços individuais e institucionais, em que é necessário o debate constante de ideias e a conjunção de vontades para compatibilizar os interesses que viabilizam a ação social.²² Uma maior participação social na organização e avaliação dos serviços de saúde bucal no SUS é de fundamental importância para que se identifiquem as

reais necessidades da população e, com isso, reduzam-se as dificuldades de percepção da dimensão sócio-histórica das práticas odontológicas e do potencial de alcance de sua intervenção social.

No entanto, identifica-se, constantemente, que os profissionais de saúde bucal, no seu trabalho cotidiano, não participam dos espaços institucionalizados de controle social, excluindo, assim, o tema saúde bucal da pauta de debates destes espaços. Um dos efeitos mais nocivos de tal distanciamento é a dificuldade de novos modelos estratégicos de atenção à saúde bucal, para conseguirem se impor através do reconhecimento público de sua importância, permanecendo vulneráveis às instabilidades políticas determinadas pela alternância de gestores.²³

A capacitação de conselheiros, sejam eles representantes dos usuários, dos trabalhadores ou dos prestadores de serviço, adquire, assim, valor para que o processo de participação e de controle social iniciado pela legislação vigente e materializados com a implantação de espaços formais, não fique submerso em dificuldades, tais como falta de representatividade entre conselheiros e suas bases, ou existência de conselhos meramente cartoriais.²⁴

A Adequação dos Recursos Humanos em Odontologia para o SUS

Uma nova maneira de pensar as práticas de saúde surgiu em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Alma-Ata, União Soviética e foi objeto de reflexões, no Brasil, através da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que culminou com a consolidação do SUS pela Constituição de 1988.²⁵ Os novos desafios impostos pelos princípios doutrinários do novo sistema (universalidade, integralidade e equidade) demandaram uma completa readequação dos recursos humanos para a saúde.¹⁴ As diversas profissões de saúde, entre elas a Odontologia, sentiram a necessidade de uma reformulação de conceitos e práticas e evidenciaram inúmeros obstáculos para esta transformação.

A Odontologia, historicamente, teve seu ensino e prática centrados na excelência tecnológica e com ênfase dada ao caráter individualista. A autonomia profissional esteve constantemente associada à concepção de prática liberal e novas formas de inserção do profissional no mercado implicam, necessariamente, em mudanças nas relações de trabalho. A produção de serviços passa a não depender exclusivamente do profissional. A institucionalização da clientela cria formas distintas de captação, redefinindo tipo, quantidade e acesso dos pacientes aos profissionais e, principalmente, reorientando a relação profissional-paciente. A instituição

desse modelo representa alterações na prática, tanto no que diz respeito à técnica, quanto à organização do trabalho, produção e distribuição de serviços na sociedade.²⁶

Em uma análise do trabalho em saúde, feita através dos dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e do Emprego, Carvalho e Girardi²⁷ observaram que 24% do emprego formal na economia brasileira e aproximadamente 44% dos empregos de categorias de profissionais de saúde são provenientes do setor público, e os maiores índices de participação, neste setor, são observados entre os dentistas (72,86%) e os médicos (61,60%). Em linhas gerais, encontra-se, fora da relação salarial típica, um conjunto muito heterogêneo de arranjos, como, por exemplo, os profissionais autônomos liberais, cooperados, ou terceirizados, os profissionais “irregulares” e alternativos, entre outros. O fato de diversas formas não assalariadas de ocupação de força de trabalho não serem captadas pela RAIS, resultam em um subdimensionamento do peso dos empregadores públicos que, por restrições orçamentárias ou “flexibilidade gerencial”, utilizam, preferencialmente, formas de contratação de profissionais que não configuram relação de emprego.²⁷

Ao longo dos anos, a inserção da Odontologia no setor público constituiu-se na forma de assistência à saúde do escolar e, para a grande maioria da população pobre, predominavam práticas mutiladoras como a de extração de dentes.²⁶ Os avanços técnico-científicos não apresentavam repercussão de maneira igual entre as diferentes classes sociais. O paradigma biologicista, hegemônico na prática odontológica, substituiu formas de tratamento, mas sem que houvesse uma reflexão sobre as origens sociais das doenças.²⁸ Isto foi ainda agravado pelo aumento abusivo do número de cursos de Odontologia no Brasil.

Os dados do Conselho Federal de Odontologia - CFO²⁹, referentes ao crescimento da oferta de cursos de graduação em odontologia revelam uma ampliação indiscriminada dos cursos e das vagas das graduações no país. O Brasil apresenta 188 faculdades de Odontologia, sendo 27 federais, 19 estaduais, 08 municipais e 134 particulares, que se apresentam com uma distribuição bastante desigual, com uma concentração exagerada na região sudeste. Esse crescimento da oferta de cursos de Odontologia no país foi marcado pela grande expansão do ensino privado, devido a uma política para a educação superior, centrada no mercado econômico como fonte de criação de novos cursos e instituições, com o objetivo de suprir uma demanda por novas vagas no ensino superior, mesmo que isso contrastasse com a premissa da necessidade social do ensino.³⁰ A relação oferta/demanda prejudicada, principalmente nos

grandes centros, torna o exercício da profissão e sua relação com o mercado de trabalho ainda mais vulnerável.

A despeito das transformações políticas e conceituais introduzidas a partir da Reforma Sanitária, as questões relacionadas às políticas de saúde e ao sistema de saúde não despertaram, de modo significativo, o interesse dos pesquisadores científicos brasileiros da área odontológica.³¹ Isto reflete de forma direta no processo de formação dos Odontólogos, os quais não são devidamente qualificados para exercerem seus papéis estratégicos para o funcionamento adequado do sistema. Isto porque 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.³

No que diz respeito aos problemas relacionados às práticas sanitárias, percebem-se movimentos convergentes do Governo Federal para a consolidação de um novo modelo de atenção, como a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o projeto de Vigilância em Saúde - Vigisus.³²

A Estratégia de Saúde da Família apresenta como característica uma enorme capilaridade que a torna socialmente sensível: suas ações colocam frente a frente profissionais e realidade. Formam-se espaços pedagógicos em que a prática é o objeto das ações e onde muitas situações falam por si, permitindo às equipes um aprendizado e uma compreensão absolutamente reais e novos a cada vez que ocorrem. São situações onde o fazer se aproxima da realidade de vida das pessoas e possibilita um espaço privilegiado para o trabalho com os usuários. A inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, através de incentivos financeiros a partir do ano 2000, representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.³³ No entanto, apesar de tais incentivos terem resultado em um crescente aumento de equipes de saúde bucal na ESF em todo o país, em um grande número de municípios tais equipes não absorveram a essência do programa, não conseguindo proporcionar uma maior aproximação do serviço com o cotidiano da família, mantendo, assim, o caráter individualista e tecnicista da abordagem odontológica tradicional.³⁴⁻³⁶

Dessa forma, permanece o desafio para a saúde bucal conseguir conformar uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços, para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Odontologia, como profissão de saúde, possui um importante papel no processo de transformação das políticas de saúde pública no Brasil. Para exercer tal papel de forma efetiva, tem o desafio de superar alguns obstáculos que têm distorcido, através dos anos, a percepção da sociedade de sua real importância no ideal de integralidade da saúde a ser alcançado. Tais obstáculos deverão ser superados em todos os cenários nos quais se dá a prática profissional, com uma participação social cada vez mais efetiva para que, fundamentada em uma realidade regionalizada, as ações de saúde possam ser pensadas, articuladas e executadas de forma intersetorial, aproximando-se ao máximo dos ideais de universalidade, integralidade e equidade que alicerçam o Sistema Único de Saúde Brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Freitas SFT, Kovaeski DF, Boing AF. Desenvolvimento moral em formandos de um curso de odontologia: uma avaliação construtivista. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 jan/abr; 10(2):453-62.
2. Nunes ED. Sociologia da saúde: história e temas. In: Campos GWS. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
3. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(n. esp.):141-7.
4. Almeida Filho N, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):879-89.
5. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996. p.233-300.
6. 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.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

8. Rozendo CA, Casagrande LDR, Schneider JF, Pardini JC. Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 1999 abr; 7(2):15-23.
9. Freire P. Educação como prática da Liberdade. 30ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
10. Chaves MM. Odontologia social. Rio de Janeiro: Editorial Labor; 1977.
11. Araújo ME. Palavras e silêncio na educação superior em odontologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 jan/mar; 11(1):179-82.
12. 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 jul/ago; 21(4):1026-35.
13. Seco LG, Pereira MLT. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004 jan/mar; 9(1):113-20.
14. Sanchez HF, Drumond MM, Vilaça EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 jan/abr; 13(2):523-31.
15. Martin VB, Ângelo M. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. *Rev Latinoam Enferm*. 1998 dez; 6(5):45-51.
16. Fortes PAC. A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. *Rev Bioét*. 1997; 5(1):71-6. [Citado em: 2009 jun. 10]. Disponível em: <http://portalmedico.org.br/revista/ind1v5.htm>.
17. Brasil. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 31 de dezembro de 1990. p.25694.
18. Foucault M. A microfísica do poder. 21ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
19. Caponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
20. Cruz JS, Cota LOM, Paixão HH, Pordeus IA. A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. *Rev Odontol USP*. 1997 out/dez; 11(4):307-13.
21. Bispo Júnior JP, Lins IA. A Ciência da Informação e o controle social na área de saúde. In: *Anais do Encontro Nacional de Ciência da Informação-CINFORM*, 5. Salvador. Salvador: Edufba; 2004. p.174-9.
22. Antunes JLF. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. *Rev Saúde Pública*. 2008 jun; 42(3):562-7.
23. Manfredini MA. Saúde bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos; 2000. p.43-73.
24. Macedo LC. Participação e controle social na área de saúde: uma revisão bibliográfica [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005. 118f.
25. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. 292p.
26. Freitas CHSM. Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2007 jan/abr; 11(21):25-38.
27. Carvalho CL, Girardi SN. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. 2003. [Citado em 2009 jun. 10]. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/areas_det.cfm?id_doc=163&id_area=4.
28. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 mar; 12,(1):275-84.
29. Conselho Federal de Odontologia - CFO. Quadro estatístico de faculdades; 2008. [Citado em 2009 jul. 24]. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/quadr_estatistico_faculdades.pdf
30. Vieira ALS, Garcia ACP, Amâncio Filho A, Pierantoni CR, Ferraz CA, *et al*. Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.183-202.

31. Narvai PC, Almeida ES. O sistema de saúde e as políticas de saúde na produção científica odontológica brasileira no período 1986-1993. *Cad Saúde Pública*. 1998 jul/set; 14(3):513-21.

32. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):131-8.

33. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RMS, organizadores. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

34. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual,

curativa, autônoma e tecnicista. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003 abr/jun; 8(2):599-609.

35. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 jan/mar; 11(1):123-30.

36. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 jan/mar; 11(1):53-61.

Submissão: março de 2009

Aprovação: agosto de 2009
