

# INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO DE LITERATURA

## Dentist's inserting in the family health team: literature review

Fernanda Barcelos Manassero<sup>1</sup>, Caren Serra Bavaresco<sup>2</sup>

### RESUMO

Com a finalidade de contemplar o princípio da integralidade, em 2000, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi inserida na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assim, este estudo tem por objetivo principal revisar a importância do cirurgião-dentista e o seu papel na ESF. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura, utilizando a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e bancos de dados do Ministério da Saúde, nos quais foram encontrados 18 artigos entre os anos de 2003 e 2011. Também foram pesquisadas as fontes do Pubmed e Cochrane, mas não foram encontrados artigos relacionados ao tema deste trabalho. Diante disso, os critérios de inclusão utilizados no estudo foram artigos científicos relacionados aos objetivos dessa revisão, sendo, portanto, excluídos aqueles não relacionados. Concluiu-se que são necessárias contratações de profissionais especializados em saúde coletiva capazes de desenvolver um trabalho, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde, inseridos no trabalho em equipe e comunidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Família; Saúde Bucal; Efetividade.

### ABSTRACT

In order to contemplate the principle of integrality, in 2000, Oral Health Team was inserted into the Family Health Team (FHT). The aim of this study was to review the importance and role of the dentist in the FHT. Literature review was made using the Virtual Health Library (VHL) and databases of the Brazilian Ministry of Health in which 18 articles were found between the years 2003 and 2011 related to the topic of this work. It was concluded that signings are needed for public health professionals, adequately remunerated, able to develop a working according to the principles of the Health System, inserted into the FHT.

**KEYWORDS:** Family Health; Oral Health; Effectiveness.

### INTRODUÇÃO

Segundo o artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Com base nesse artigo, em 1990, as Leis 8.080 e 8.142 constituíram a Lei Orgânica da Saúde, a qual visava consolidar e regulamentar o Sistema Único de Saúde – SUS.<sup>1</sup>

A partir desse momento, alguns programas foram criados, a fim de fomentar a atenção à saúde pública, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994.<sup>2</sup> Em 1998, o PSF passou a ser Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou seja, a base organizacional do sistema de saúde orientado pela Atenção Primária à Saúde.<sup>3-6</sup>

A ESF segue as diretrizes do SUS, sendo caracterizada como principal “porta de entrada” do sistema de saúde, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.<sup>6</sup> Além disso, presta serviços

<sup>1</sup> Cirurgião-Dentista, Especialista em Saúde da Família. HMV/RS.

<sup>2</sup> Cirurgião-Dentista, SSC/GHC. Preceptora RIS/GHC. Consultora Odontologia - Projeto Telessaúde RS. Mestre e Doutora Bioquímica/UFRGS. Pós-Doutoranda em Epidemiologia/UFRGS. Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: c\_bavaresco@yahoo.com.br.

em uma área delimitada de um território definido e é composta por uma equipe multidisciplinar, minimamente formada por: médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).<sup>7</sup> O número de ACS por ESF deve ser o suficiente para cobrir 100% da população adscrita, entretanto, não se deve ultrapassar o máximo de 12 profissionais por ESF, atentando ao limite recomendado de usuários por equipe.<sup>7</sup>

Somente em 2000, através da Portaria n° 1.444 (8), a Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi inserida na ESF. Esse documento criou o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento da inserção dos profissionais de saúde bucal na equipe.<sup>3,8-10</sup> Para cada ESB a ser implantada, devem estar implantadas duas equipes de saúde da família, podendo aquela ser composta por: um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal (ASB) como Modalidade 1, ou por um cirurgião-dentista, um ASB e um técnico em saúde bucal (TSB) como Modalidade 2.<sup>8</sup> Quando os profissionais das modalidades 1 ou 2 operam em Unidade Odontológica Móvel tem-se a Modalidade 3.<sup>7</sup> Em contrapartida a Portaria n° 2488 de 2011 indica que, independente da modalidade adotada, recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal estejam vinculados a uma ESF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes. Além disso, cada Equipe de Saúde de Família, que for implantada com os profissionais de saúde bucal, ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, por meio de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).<sup>7</sup>

A ESB foi criada com o objetivo de aumentar o acesso da população às ações de saúde bucal, uma vez que, segundo a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 1998, constatou-se que cerca de 20% da população brasileira nunca havia consultado o dentista.<sup>4,11</sup> Além disso, a incorporação de recursos humanos visa contemplar a integralidade do cuidado e aumentar a resolutividade das ações de saúde, através do vínculo com a comunidade, substituindo o modelo centrado nas ações estritamente curativas, por meio do trabalho multiprofissional com foco na família. Também tem o objetivo de trabalhar no ambiente domiciliar, desenvolvendo ações de prevenção e promoção de saúde, a fim de romper os limites físicos do

consultório.<sup>2, 4, 5, 10, 12, 13</sup>

Todavia, para que essas ações ocorram efetivamente é necessário que todos os profissionais da ESF, inclusive a própria ESB, estejam conscientes dos seus papéis e da grande responsabilidade sobre os processos saúde-doença nos seus territórios de atuação.<sup>13</sup>

Portanto, o objetivo deste trabalho é revisar, na literatura, a importância do cirurgião-dentista e o seu papel como membro da ESB dentro da ESF. A partir disso, fazer uma revisão sobre a formação do cirurgião-dentista que trabalha na ESF, sobre o reconhecimento desse profissional pela equipe multidisciplinar e a visão da comunidade em relação à ESB.

## MÉTODOS

Realizou-se a busca de evidências científicas, no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores (DeCS): saúde da família, saúde bucal e efetividade. A pesquisa foi feita com os descritores aos pares, com data de busca, de abril de 2012, e foram encontrados 152 artigos com o par saúde da família - saúde bucal e 178 artigos com o par saúde bucal - efetividade. Após a leitura dos resumos, foram selecionados todos aqueles relacionados aos objetivos deste trabalho, resultando em um total de 18 publicações, entre 2003 e 2011. Com os mesmos descritores foram pesquisadas as fontes Pubmed e Cochrane, entretanto não foram encontrados artigos relacionados ao tema deste trabalho.

Também foi realizada a pesquisa na base de dados do Ministério da Saúde para acesso às Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Portaria n° 1.444, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), Departamento de Atenção Básica, Caderno de Atenção Básica n° 17 e Portaria n° 2.488.

Os resultados da revisão serão apresentados em tópicos, enfocando a importância e o papel do cirurgião-dentista dentro da ESF, formação desse profissional, reconhecimento da equipe e visão da comunidade.

## RESULTADOS

### Importância e papel do cirurgião-dentista

Na década de 70, a odontologia sanitária era conceituada como “disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral da comunidade”, deixando explícita, já naquela época, a importância do olhar coletivo.<sup>14</sup> Como metodologia, preconizava a ação horizontal com prevenção após a completa ação vertical na resolução dos tratamentos curativos, no

binômio tratar - ensinar a cuidar.<sup>14</sup>

Em 2000, com a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), houve a substituição do modelo tradicional de assistência meramente curativa por um modelo baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua importância reside no fato de abrir mão do curativismo, tecnicismo e biologicismo, para possuir uma assistência integral centrada na família,<sup>15</sup> já que ela é o núcleo de formação e reforço dos valores, hábitos e crenças.<sup>11</sup>

Baldani et al.<sup>4</sup> afirmam que um empecilho para a transição entre a assistência tradicional e aquela centrada na família é a grande demanda de necessidades em saúde bucal, pois muitas horas clínicas ainda são destinadas ao atendimento individual em detrimento da atenção familiar. Atualmente, porém, de acordo com a Portaria nº 2.488 de 2011,<sup>7</sup> buscam-se alternativas para a superação da dificuldade de organização do tempo de trabalho do cirurgião-dentista, e alguns exemplos disso são a readequação da carga horária assistencial desse profissional, e a proporção de ESB em relação às ESF.

Diante disso, é muito importante que toda equipe esteja ciente dos múltiplos papéis do cirurgião-dentista (CD) e da ESB na ESF, para que realmente seja alcançada a integralidade do cuidado.<sup>16</sup> Dessa forma, ao CD compete colocar em prática as políticas e os objetivos do SUS, bem como capacitar a equipe por meio de atividades de educação permanente e da ampliação do acesso da comunidade à promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. Deve, também, realizar e avaliar constantemente as atividades coletivas juntamente com a equipe, saber conduzir ou redirecionar suas ações para melhor atender a comunidade e alimentar os sistemas de informação. Além disso, não se deve perder de vista a vigilância epidemiológica e a vigilância em saúde, o fortalecimento das ações comunitárias e a realização de atividades de educação em saúde.<sup>2, 6, 10-12, 16-18</sup>

Outra grande importância da ESB reside no acolhimento. O primeiro contato do usuário com o sistema de saúde é o estágio no qual se é capaz de aumentar o vínculo com a comunidade e, assim, atingir a integralidade com maior resolubilidade.<sup>19, 20</sup> No estudo de Nuto et al.,<sup>21</sup> durante 8 meses, foi realizado o acolhimento em saúde bucal, contemplando 2.385 usuários. Primeiramente, foi realizada uma atividade educativa com escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor (ATF), seguida de exame clínico e classificação de risco de todos os participantes e, por último, foi realizado o agendamento da consulta odontológica. O estudo identificou que 53,3% dos usuários teriam sua demanda resolvida no acolhimento ou que, para isso, seria necessária somente uma sessão

clínica, o que organiza a demanda e aumenta a cobertura da atenção.

Além do acolhimento, as visitas domiciliares (VD) são estratégias que fortalecem o vínculo com os usuários. Somado a isso, nessas visitas é possível realizar procedimentos simples, como as restaurações atraumáticas (ART), em pacientes impossibilitados de se deslocar ao consultório odontológico, compreendendo a realidade dos diversos usuários e redimensionando a demanda nas unidades de saúde.<sup>6, 13</sup>

Com igual importância, também existe a possibilidade das atividades educativas nas escolas. Entretanto, Souza e Roncalli<sup>10</sup> questionaram a vontade do CD em executá-las, pois essas atividades de educação em saúde acabam sendo uma prática solitária, tendo em vista que o CD, além de ficar responsável pela sua elaboração, muitas vezes, não possui nenhum apoio técnico, administrativo ou financeiro.

Faccin et al.<sup>13</sup> apontaram a dificuldade de se estabelecer o vínculo e a confiança no profissional por haver mais de um profissional realizando atendimento na mesma sala. Nesse mesmo sentido, Pimentel et al.<sup>6</sup> demonstraram que a avaliação das ações executadas em saúde bucal acabam sendo perdidas devido ao grande número de fichas a serem preenchidas durante o atendimento clínico. Os autores relataram, também, a dificuldade na referência e contrarreferência, pois verificaram que os níveis secundário e terciário não acompanharam o crescimento da atenção básica, em relação à oferta de serviços. Com base nisso, a Atenção Primária à Saúde fica comprometida no que se refere à integralidade, coordenação do cuidado, resolatividade, além da prevenção de agravos.<sup>20</sup>

## Formação do cirurgião-dentista

Narvai<sup>14</sup> e Almeida et al.<sup>18</sup> afirmam que as universidades não formam profissionais com o perfil adequado às particularidades do SUS. Os CD são preparados para trabalharem em ações curativas, individualistas, utilizando tecnologias avançadas, enquanto deveriam ser mais capacitados para a realidade nacional e as necessidades da população.<sup>3, 6, 12, 14, 18, 19, 22</sup>

Farias e Moura<sup>9</sup> e Cericato et al.<sup>2</sup> verificaram que a ESB mantém as características de atendimento individual e curativo, fato que também ocorre com os ASB, os quais se dedicam prioritariamente às suas funções pré-estabelecidas – instrumentar, desinfetar, esterilizar. Esse despreparo para o trabalho na atenção primária é justificado por alguns autores pelo fato de que a maioria dos CD não possui curso de especialização na área de saúde pública ou saúde coletiva, e, além disso, também não recebe nenhum

tipo de capacitação para o desempenho das suas funções nesse nível de atenção.<sup>2, 15, 18</sup>

Existe, ainda, a falta de preparo de alguns gestores que, equivocadamente, pensam ações intersetoriais como “mutirões” em escolares ou como ações preventivas nas unidades de saúde.<sup>10</sup> Chapper e Goldani<sup>16</sup> relatam que há um despreparo do CD em identificar questões que exigem uma visão ampliada, por exemplo, abusos e maus tratos a crianças, e que, para isso, deveriam ser treinados olhares mais macroscópicos na área da odontologia com o intuito de alcançar, de fato, a integralidade do cuidado.

Frente a essa realidade, o Ministério da Educação, com base no Parecer da Câmara de Educação Superior 1.300/2001, de 06 de novembro de 2001,<sup>23</sup> instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia na Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002.<sup>24</sup> Nelas consta o novo perfil do formando, que exige um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, que saiba atuar em qualquer nível de atenção à saúde com a compreensão da realidade social, cultural e econômica da sociedade. Também é importante que seja capacitado a desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde individual e coletiva, a trabalhar de maneira integrada com os outros profissionais de saúde e a assumir posições de liderança. Além disso, esse profissional deve trabalhar com educação permanente, saber planejar e administrar serviços de saúde, além de realizar atenção integral num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência, bem como a formação em programas de pós-graduação *latu sensu* em saúde da família, residências multiprofissionais e cursos ofertados pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS), devido à importância de se qualificar profissionais com o perfil adequado para o trabalho na Atenção Primária.

### Reconhecimento pela equipe

Segundo o Ministério da Saúde,<sup>25</sup> inserir a saúde bucal na equipe multiprofissional ainda é um dos desafios do trabalho em equipe, pois gera “desconforto,” no que diz respeito a lugares e poderes consolidados anteriormente. Para Cericato et al.<sup>2</sup> uma das causas prováveis da difícil integração da ESB na ESF é, justamente, essa inserção tardia.

Além disso, a remuneração dos CD, a forma de incorporação (sem concursos ou preparação/capacitação) e a forma de contratação (maioria por indicação ou contrato temporário) não caracterizam uma boa relação de trabalho, nem o reconhecimento da importância do papel do CD pela equipe.<sup>4, 10, 19</sup> A maioria dos contratos temporários compromete o vínculo com a comunidade e pode não

estimular o profissional no desempenho da sua função,<sup>2,4</sup> gerando instabilidade no cargo e rotatividade de profissionais.<sup>2, 4, 10</sup> Outra consequência disso é o despreparo para a atuação na atenção básica e o não cumprimento da carga horária estipulada pelo Ministério da Saúde.<sup>2</sup> No estudo de Souza e Roncalli,<sup>10</sup> verificou-se que 80% dos CD possuem jornada de trabalho de 40 horas, mas que 40% deles não cumprem a carga horária determinada, sendo a remuneração um dos motivos para esse comportamento.

No trabalho de Souza e Roncalli,<sup>10</sup> foram observadas vinte e cinco unidades de saúde da família. Dentre elas, oito foram consideradas insatisfatórias: sem sala de espera ou com uma sala de espera pequena e suja, sem luva de procedimentos e instrumental e, tampouco, atendimento; quinze foram consideradas pouco satisfatórias: pequeno espaço físico e paredes deterioradas; e somente duas unidades foram consideradas satisfatórias para o atendimento ao paciente. Diante de uma Atenção Básica, muitas vezes, precária, é de suma importância profissionais capacitados para comporem a rede de atenção à saúde, visto que, inclusive em reuniões de equipe, os CD não sabem como proceder, já que os assuntos de odontologia são tratados separadamente.<sup>13, 19</sup>

Por outro lado, evidências sugerem bons resultados com a incorporação da ESB na ESF. Frazão e Marques<sup>22</sup> verificaram mudanças positivas no trabalho conjunto entre ESB e ACS, quando esses desempenharam importante papel na promoção de saúde bucal, auxiliando a ESB em atividades educativas, em orientações de higiene bucal, e no encaminhamento de famílias para atendimento odontológico. Tanto o autocuidado em relação à boca, quanto o número de escovações, número de escovas dentais em casa e uso do fio dental aumentaram na medida em que os ACS passaram a receber treinamento para saúde bucal.

### Visão da comunidade

A expectativa tanto da comunidade, como dos gestores sobre os atendimentos clínicos realizados pela ESB, em muitos relatos, influencia e reforça o modelo curativo de dedicar mais tempo aos atendimentos individuais do que aos coletivos.<sup>2, 9, 15, 18</sup> Por outro lado, uma considerável diminuição das queixas dos usuários em relação ao atendimento odontológico deu-se, a partir do momento em que se estabeleceu a escuta, o protocolo de atendimento claro e acessível a todos, aumentando-se, dessa forma, o vínculo e o acesso aos serviços de saúde.<sup>19, 21</sup>

Outra maneira de fortalecer o vínculo entre a ESB e a comunidade é por meio da capacitação dos ACS. Esses profissionais podem realizar atividades educativas e orientações de higiene bucal, durante as visitas domiciliares ou

em espaços da própria comunidade, aumentando o comprometimento do usuário com a sua saúde e tornando-o disseminador dessas informações.<sup>13, 17, 19, 22</sup>

A expectativa da população deve ser ouvida e sua satisfação avaliada.<sup>13</sup> O estudo de Emmi e Barroso<sup>12</sup> mostrou a satisfação da comunidade com a inclusão da ESB, relatada através da aquisição de novos conhecimentos sobre fio dental e flúor. Nesse mesmo estudo, as melhorias mais relatadas pelos usuários foram a instrução de higiene bucal, aumento do acesso ao atendimento odontológico e visitas domiciliares.

## CONCLUSÕES

Apesar da incorporação do cirurgião-dentista à Estratégia Saúde da Família, verifica-se que muitas equipes de saúde bucal da ESF apresentam poucos profissionais qualificados na área de Saúde da Família ou Coletiva, comprometendo o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica. Essa baixa qualificação repercute no acesso e acolhimento dos serviços de saúde para a população. Assim, algumas práticas exercidas pelas equipes de saúde bucal ainda apresentam dificuldades para se efetivarem, conforme preconizam as Políticas Nacionais de Atenção Básica e Saúde Bucal.

Para promover as mudanças desejadas, é necessário investir na ESF, principalmente na qualificação do acesso e na formação profissional, incluindo o reconhecimento dos especialistas na área da APS e a efetivação dos programas de educação continuada tais como o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o Telessaúde. Por fim, um olhar mais ampliado deve ser realizado em relação à oferta de procedimentos (integralidade) e a ordenação do cuidado em saúde bucal deve ser discutida, a fim de desenvolver práticas em saúde bucal mais efetivas e duradouras.

## REFERÊNCIAS

1. Lei Orgânica da Saúde [Internet]. 2012 [citado 2012 jul. 10]. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/10\\_jul\\_plenaria\\_regionalizacao\\_financiamento.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/10_jul_plenaria_regionalizacao_financiamento.html)>.
2. Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. RFO. 2007; 12(3):18-23.
3. Carvalho DQD, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PEB. A dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Boletim da Saúde; 2004.
4. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2005; 21(4):1026-35.
5. Lentsck MH, Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. Avaliação do Programa de Saúde da Família: uma revisão. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(3):3455-66.
6. Pimentel FC, Martelli PJDL, Araújo Júnior JLDA, Acioli RML, Macedo CLSV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(4):2189-2196.
7. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 [citado 2011 out. 21]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>.
8. Saúde Md. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 [citado 2000 dez. 28]. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>.
9. Farias M-AV, 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.
10. Souza TMSD, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Caderno de Saúde Pública. 2007; 18(2):2727-39.
11. Soares FF, Figueiredo CRVD, Borges NCM, Jordão RA, Freire MDCM. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(7):3169-80.
12. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(1):35-41.
13. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(1):1643-1652.
14. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Revista de Saúde Pública.

2006; 40:141-7.

15. Martelli PJDL, Araújo Júnior JLDA, Pimentel FC. Modelos municipais em saúde bucal: tendências atuais. *Int J Dent.* 2009; 8(3):146-59.

16. Chapper A, Goldani MZ. A participação de odontólogos em equipes multidisciplinares. *Revista da Faculdade de Odontologia.* 2004; 45(2):3-5.

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

18. Almeida GCMD, Sena MFD, Pessoa DMDV, Ferreira MÁF. Ações preventivas em saúde bucal desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família: como os dentistas estão avaliando os resultados no seu processo de trabalho? *Caderno de Saúde Coletiva.* 2010; 18(4):578-86.

19. Rodrigues AO, Fonsêca GS, Siqueira DVDS, Assis MMA, Nascimento MA. Práticas da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e a construção (des) construção da integralidade em Feira de Santana - BA. *Revista APS.* 2010; 13(4):476-85.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

21. Nuto SDAS, Oliveira GCD, Andrade JVD, Maia MCG. O acolhimento em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, Fortaleza - CE: um relato de experiência. *Revista APS.* 2010; 13(4): 505-9.

22. Frazão P, Marques D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção de saúde bucal. *Revista de Saúde Pública.* 2009; 43(3):463-471.

23. Parecer CNE/CES 1.300/2001. Sect. 1 (2001) [citado 2001 set. 21]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>.

24. Educação CND, Superior CDE. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. DOU, Brasília 2002. p. 10. [citado 2002 fev. 19]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/009.pdf>>.

25. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004. [citado 2004]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>>.

---

Submissão: março de 2013.

Aprovação: agosto de 2015.

---