

Daniela Aparecida Tavares Aguiar<sup>1</sup>  
Fabiana Maria Monteiro<sup>1</sup>  
Daniela Coelho de Lima<sup>1</sup>  
Alessandro Aparecido Pereira<sup>1</sup>

## Profile of dentists working at the Family Health Strategy Program

## | Perfil de atuação dos cirurgiões- dentistas integrantes da Estratégia de Saúde da Família

### ABSTRACT | Introduction:

*The inclusion of oral health in the Brazilian family health model follows the tenets underlying the Brazilian Public Health System -SUS (universalization, equity and comprehensiveness) and has brought a new perspective to dentistry in Brazil. Also, SUS' reorganization of health care and increased access to health support have helped ensure a fuller attention to individuals and families by establishing a territorial bond. Objective: To describe the profile of dentists working at the Family Health Strategy Program. Methods:*

*Participants were given a structured questionnaire and subsequently the data were analyzed and descriptive statistics were performed. Results: Most professionals have a postgraduate degree and up to nine years of graduation, and had been working at the Family Health Strategy for four years; female and married dentists predominated.*

*They were admitted through a selection process, with a workload of 40 hours per week and they are paid between two or three thousand Brazilian reais. Services are offered by specific groups – babies, pregnant women and hypertensive patients.*

*Regarding physical structure, most dentists considered it inadequate, jeopardizing the quality of care. Conclusion: Despite the lack of job tenure and the dissatisfaction with the infrastructure and salary, the professionals working at the Family Health Strategy Program of the microregion Alfenas/Machado have a dynamic profile, acknowledge the value of team work, give special attention to vulnerable groups and emphasize activities involving prevention and home visits.*

**Keywords |** Public health; Family Health Strategy; Dentistry.

**RESUMO | Introdução:** A inserção da saúde bucal na saúde da família, modelo que contempla os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (universalização, equidade e integralidade), acarretou nova perspectiva para a Odontologia e propôs reorganização do modelo de atenção e ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo atenção integral aos indivíduos e famílias mediante estabelecimento de vínculo territorial. **Objetivo:** Descrever o perfil dos cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** Foi aplicado um questionário estruturado e, posteriormente, os dados foram analisados e realizada estatística descritiva. **Resultados:** A maioria dos profissionais possui pós-graduação e se formaram até há 9 anos, atuando na Estratégia Saúde da Família até há quatro anos, do sexo feminino e casados. Foram admitidos por meio de processos seletivos, tendo carga horária de 40 horas semanais e a renda fica entre 2,5 e 3,5 salários mínimos. Os atendimentos são realizados por grupos específicos – bebês, gestantes e hipertensos. Sobre estrutura física, a maioria considera inadequada, comprometendo a qualidade do atendimento. **Conclusão:** Apesar da falta de vínculo empregatício e de insatisfação com infraestrutura e remuneração, os profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família da microrregião Alfenas/Machado possuem um perfil dinâmico, valorizando o trabalho em equipe, o atendimento a grupos prioritários e atividades que envolvem a prevenção e visitas domiciliares, e não apenas o atendimento clínico ambulatorial.

**Palavras-chave |** Saúde pública; Estratégia de Saúde da Família; Odontologia.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Alfenas, Alfenas/MG, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

As mudanças econômicas, sociais e culturais que ocorrem no mundo desde o século XIX e se intensificaram no século passado, produzem alterações significativas para a vida em sociedade<sup>1</sup>. A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda a sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças nos dias atuais. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde.<sup>2</sup>

O Sistema Único de Saúde (SUS), implantado pela Constituição Federal de 1988, alicerçado sobre os pilares da universalidade, da descentralização e da integralidade, visa garantir os direitos do cidadão impressos na Constituição e tem o dever de oferecer serviços públicos de saúde à população, porém o modelo predominante centrado na prática hospitalar, no individualismo, na irracionalidade no uso de recursos tecnológicos com baixa resolubilidade, gerou alto grau de insatisfação nos usuários<sup>3</sup>, nos profissionais da área da saúde e na população. Essa inadequação total do sistema de saúde caracteriza-se também por um quadro de doenças, desintegração das unidades de saúde, recursos financeiros insuficientes, baixa qualidade dos serviços oferecidos, falta de mecanismos de acompanhamento e avaliação dos serviços<sup>4</sup>.

Surge então uma proposta importante que foi desenvolvida inicialmente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991 e que trabalhava tendo a família como unidade de ação. A partir do ano de 1994, visando a uma ampliação e maior resolutividade de ações, começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população por meio de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade que abrange desde a proteção e promoção de saúde até a identificação precoce e tratamento de doenças. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), como hoje é chamada, é caracterizada pelo trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>5</sup>.

No ano de 2000, foi criado o incentivo de saúde bucal pelo Ministério da Saúde (MS), que propiciou a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF. Com este acontecimento, a integralidade dos cuidados, passo importante na observância dos princípios do SUS, pôde ser praticada<sup>6</sup>. A inserção da saúde bucal na ESF acarretou uma nova perspectiva para a Odontologia e propôs a reorganização do modelo de atenção e ampliação do acesso

às ações de saúde, garantindo atenção integral aos indivíduos e famílias mediante estabelecimento de vínculo territorial<sup>3</sup>.

Em alguns municípios, a inclusão do cirurgião-dentista se dá de maneira desorganizada, sem planejamento por parte da gestão, o que acarreta apenas um acréscimo de horas de atendimento clínico e aumento do número de pacientes e procedimentos. Os procedimentos são centrados na resolução imediata dos problemas de saúde bucal, atendendo apenas à demanda espontânea, sem a preocupação de realizar o tratamento integral das necessidades do usuário. Dessa forma, não há uma real melhoria das condições de saúde bucal da população<sup>7</sup>.

O presente estudo visou descrever o perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes da Estratégia Saúde da Família da microrregião Alfenas-Machado/MG, com possibilidade, de abrir discussões sobre adequação da formação existente e subsidiar processos de planejamento, programação e qualificação para a área de saúde bucal.

## MÉTODOS |

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa nº 041/2012 com Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas/MG, foi aplicado um questionário estruturado a 29 cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia de Saúde da Família das 17 cidades que formam a microrregião Alfenas/Machado, com uma extensão territorial de 6.988,2 km<sup>2</sup> e uma população de 309.942 localizada no sul do estado de Minas Gerais.

A amostra foi composta pelos cirurgiões-dentistas que atuam na saúde da família, a partir da disponibilidade dos profissionais para as entrevistas. Os questionários foram enviados por carta-resposta e/ou contato pessoal. As questões foram lidas pelos próprios entrevistados e respondidas por eles. Retornaram 19 questionários. Entre os 10 sem retorno, 7 não havia profissionais contratados para a saúde da família, apenas para atuação em ambulatorios, 2 estavam de férias e licença maternidade e 1 não quis responder. O consentimento informado de todos os entrevistados foi obtido e garantido aos participantes o sigilo da identificação pessoal.

Os dados foram digitados e analisados no programa EPI INFO 2000 e foi realizada estatística descritiva.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais entrevistados segundo gênero, estado civil e faixa etária

Faixa etária	Feminino	Masculino	Casados	Solteiros	Total
	n° %	n° %	n° %	n° %	n° %
21 - 30	5 (26)	1 (5)	2 (11)	4 (21)	6 (32)
31 - 40	4 (21)	2 (11)	5 (26)	1 (5)	6 (32)
41 - 50	3 (16)	0 (0)	3 (16)	0 (0)	3 (16)
51 - 60	1 (5)	2 (11)	3 (16)	0 (0)	3 (16)
61 - 70	0 (0)	1 (5)	1 (5)	0 (0)	1 (4)
<b>Total</b>	<b>13 (68)</b>	<b>6 (32)</b>	<b>14 (74)</b>	<b>5 (26)</b>	<b>19 (100)</b>

## RESULTADOS |

A Tabela 1 apresenta o perfil dos cirurgiões-dentistas da microrregião Alfenas/Machado quanto ao sexo, estado civil e faixa etária.

Dos profissionais entrevistados, quando questionados sobre o curso pretendido, 79% disseram ser a Odontologia a primeira opção, contra 21% que desejaram outros cursos. A maioria desses profissionais, 63% formaram em faculdade pública, e apenas 37% em instituição privada. A maioria dos cirurgiões-dentistas atuantes na Estratégia de Saúde da Família terminou a graduação entre os anos de 2001 e 2010. Dos profissionais entrevistados, 58% possuem curso de pós-graduação; dos 42% que não possuem, 88% desses desejam cursar alguma pós-graduação. Quanto ao contato com disciplinas na área de saúde pública e/ou saúde coletiva, apenas 11% relataram não ter conhecimento durante a graduação.

A maior parte dos profissionais, 79% foram inseridos na ESF por processo seletivo, quanto os demais, 21% por concurso público. Quanto ao tempo de atuação, 58% trabalham entre um e quatro anos.

Com relação à remuneração, 58% recebem entre 2,5 e 3,5 salários mínimos 40 horas semanais. O número da insatisfação quanto aos honorários é de 84% dos profissionais entrevistados. Sobre atividades sem remuneração, 21% realizam trabalho voluntário fora do trabalho.

Quanto às atividades realizadas na ESF, 47% dos profissionais avaliam os resultados da promoção de saúde por meio de demonstração de entendimento dos usuários do serviço. Questionados quanto a visitas domiciliares, a maior parte (63%) executa. Os entrevistados que

responderam não fazer visitas (37%), quando questionados se outro profissional as realiza, 71% responderam não haver nenhum profissional que as faça. Sobre a priorização no atendimento nas unidades, 42% atendem por grupos específicos (bebês, gestantes, hipertensos).

Questionados quanto aos recursos audiovisuais para realizar a Educação em Saúde Bucal, apenas 11% relataram não ter nenhum tipo de recurso. Sobre acesso fácil aos demais profissionais de saúde, todos relataram ter acesso fácil a médicos e enfermeiros, no entanto, não foi unânime o acesso aos demais profissionais, pois 21% não têm acesso à fisioterapeuta; 32%, não têm acesso a psicólogo, farmacêutico e nutricionista e 42% não têm contato com o profissional da fonoaudiologia.

Questionados quanto à estrutura física (sala, material, instrumentais, equipamentos), 53% dos profissionais consideram não adequadas, e a maior parte dos profissionais, 79% relataram ler periódicos científicos e/ou frequentado jornadas e congressos científicos nos últimos 12 meses, contra 21% que não realizam nenhum tipo de atualização.

## DISCUSSÃO |

Neste estudo, a maioria dos profissionais envolvidos na pesquisa é do sexo feminino. Esse dado confirma uma tendência já verificada no País desde os anos 1980<sup>8</sup>. Essa maioria composta por mulheres é confirmada com a feminilização da profissão, coincidindo com os resultados de Vilarinho, Mendes e Prado Júnior<sup>9</sup>, e de Moraes, Kligerman e Cohen<sup>10</sup>. Segundo os autores Rabello, Godoy e Padilha<sup>11</sup>, que concluíram que esse processo de transformação está vinculado a diversos fatores econômicos e culturais e vai ao encontro da busca pela igualdade dos direitos sociais

entre os gêneros e pela escolha de uma profissão que permita maior flexibilidade de horários<sup>12</sup>, diferentemente dos resultados encontrados por Tristão<sup>13</sup>, em sua pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro com predominância do gênero masculino na saúde pública.

Dos profissionais entrevistados, a maioria se destaca em uma faixa etária, entre 21 e 40 anos de idade, dados compatíveis com a pesquisa feita pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO)<sup>9</sup>.

Quanto ao estado civil, 74% dos entrevistados são casados; 26% são solteiros, o que faz concordar com o Censo oficial do IBGE<sup>14</sup>, no qual a maioria dos solteiros está abaixo dos 30 anos de idade.

A maioria dos profissionais entrevistados concluiu a graduação em universidade pública (63%), diferentemente da maioria da realidade brasileira. Um estudo realizado pelo CFO no ano de 2008 mostrou que a maior parte dos profissionais (60,6%) obtiveram formação em instituições privadas, fato comprovado, já que a maior parte das universidades que oferecem o curso de Odontologia são privadas. Isso acaba denunciando o caráter privatista do ensino superior, com poucas ofertas em faculdades públicas. Essas que se localizam, especialmente, em regiões consideradas mais desenvolvidas, o que é comprovado em nosso estudo, já que a área selecionada para este estudo é assim considerada.

A pesquisa revela que a maioria dos cirurgiões-dentistas entrevistados se formaram até 9 anos. Dessa forma, observa-se uma mudança de paradigma a partir do momento em que o profissional, ao se formar, procura o serviço público, por identificá-lo como um novo nicho de mercado, o que se deve também graças ao aumento dos postos de trabalho no SUS, com as Unidades de Saúde da Família<sup>15</sup>. O cirurgião-dentista (CD) que trabalha na ESF tem que vencer muitos desafios, pois durante sua vida acadêmica recebe uma educação voltada para questões curativas, biológicas e tecnicistas com pouca ênfase nos fatores socioeconômicos e psicológicos do processo saúde-doença, não estando, muitas vezes, preparado para desempenhar funções neste novo modelo de atenção<sup>16,3</sup>.

O descompasso entre a formação dos profissionais de saúde, a necessidade dos serviços, principalmente aqueles que configuram o primeiro nível de atenção, e as necessidades de saúde da população é um desafio para o

setor público brasileiro. Esse problema tem adquirido grande importância e ficando mais visível para os gestores, que não podem contar com um quadro de profissionais preparados para atuar no âmbito da atenção básica em uma equipe multidisciplinar com enfoque em educação, prevenção e promoção de saúde<sup>17</sup>.

Entretanto, a reorganização dentro desse novo modelo requer profissionais capacitados, com uma visão ampliada de saúde, capazes de compreender indivíduos, famílias e comunidade de forma integral. Necessitam de currículos e programas de capacitação orientados para atender às necessidades em consonância com a realidade dos sistemas municipais, de modo a permitir que tais profissionais intervenham na qualidade, no sentido de planejar, desenvolver e avaliar as ações de saúde bucal, buscando responder às necessidades da comunidade onde estão inseridos.<sup>18</sup>

Dos entrevistados, 58% possuem curso de pós-graduação; dos 42% que não possuem, 88% desses desejam cursar alguma pós-graduação. Concordando com os achados desta pesquisa, Araújo e Dimenstein<sup>17</sup>, ao levantarem o perfil dos cirurgiões-dentistas inseridos na ESF do Rio Grande do Norte, identificaram que um pouco mais da metade dos profissionais entrevistados possuía algum tipo de pós-graduação. Diferentemente do resultado de Vilarinho, Mendes e Prado Júnior<sup>9</sup>, em que a maioria apresentou apenas a graduação, sendo jovens de 17 a 23 anos.

A maior parte dos cirurgiões-dentistas, 79% foram inseridos na ESF por processo seletivo, quanto aos demais, por concurso público. Isso mostra certa instabilidade no emprego. Os mesmos dados foram coletados na pesquisa realizada em âmbito nacional sobre a modalidade de contratação na ESF<sup>19</sup> e percebeu-se que as admissões são realizadas pelas prefeituras municipais, sendo a grande parte dos contratos temporários ou de prestação de serviço<sup>20</sup>. Dessa forma, esses profissionais, contratados pelos próprios municípios, ficam submetidos a questões político-partidárias, podendo resultar em falta de compromisso com o trabalho, serviços prestados de baixa qualidade, desmotivação, falta de responsabilidade na execução das atividades. Lourenço<sup>21</sup> descreve em seu trabalho que as formas de contratação mostram o grau de prioridade dos governantes em relação à saúde.

Quanto à questão salarial, 58% recebem entre dois e três mil reais, o que está de acordo com os dados divulgados

pelo CFO<sup>8</sup>. No entanto, o percentual de insatisfação quanto aos honorários é de 84% dos profissionais entrevistados, um valor significativo quando comparado com a pesquisa realizada pelo CFO em 2003<sup>22</sup>.

Coelho e Savassi<sup>23</sup> caracterizaram as visitas domiciliares como atividades destinadas à realização de buscas ativas em demandas reprimidas, a fim de desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde.

Questionados quanto à visita domiciliar, 37% dos entrevistados relataram não realizá-la, e, desse total, 71% afirmaram que ninguém desenvolve esse tipo de atividade representando a classe odontológica. Segundo Barros<sup>24</sup>, as visitas domiciliares demandam um tempo maior para assistências aos usuários, devido à dificuldade de deslocamento, falta de condições ideais de atendimento no interior do domicílio, ou mesmo a própria questão de segurança. No estudo de Moraes, Kligerman e Cohen<sup>11</sup> é uma atividade pouco realizada, sendo o atendimento clínico predominante, caracterizando a manutenção de um modelo assistencial tradicional.

Quando perguntado aos profissionais envolvidos neste estudo sobre os recursos audiovisuais, 11% falaram não dispor de nenhum deles. Narvai<sup>25</sup>, ao discorrer sobre o perfil de formação do cirurgião-dentista brasileiro, mostra a inadequação do preparo dos recursos humanos, sendo esses profissionais formados de maneira desvinculada das reais necessidades do País, direcionados precocemente para especialidades, além da não adequação para os serviços em que deverão atuar, pois muitos recursos audiovisuais podem ser criados, até, dentro da própria Estratégia de Saúde da Família, não dependendo diretamente de grande quantidade de recursos financeiros.

Sobre a relação entre os profissionais que atuam nas equipes, é frequente referir ao trabalho entre os profissionais de forma multidisciplinar, porém a atuação não é multidisciplinar, já que cada profissional trabalha de maneira isolada, limitando a fazer circular entre si, o mínimo de informações<sup>26</sup>.

No estudo, ao serem indagados quanto a essa relação entre a equipe, os cirurgiões-dentistas foram unânimes ao se referir ao contato acessível com médicos e enfermeiros. Quando mencionada a relação entre os demais membros da equipe, os dados são divergentes. Quanto ao acesso ao fisioterapeuta, 21% não o têm, 32% não têm acesso a psicólogo, farmacêutico e nutricionista; e 42% não têm contato com o

profissional da fonoaudiologia. Esses dados vão ao encontro da opinião de Abrahão<sup>27</sup>, o que tem prevalecido no interior das equipes é o recorte multidisciplinar, caracterizado basicamente pela justaposição de disciplinas, abordando o mesmo objeto a partir de diferentes pontos de vista, que define os papéis de um modo rígido no desenvolvimento das ações, com a preservação dos campos de domínios e o status de cada categoria profissional que compõe a saúde da família. No estudo de Vilarinho, Mendes e Prado Júnior<sup>9</sup>, os cirurgiões-dentistas conseguem atuar de forma integrada com a equipe diferente do relato encontrado por Moraes, Kligerman e Cohen<sup>10</sup>, em que a dificuldade do trabalho em equipes multiprofissionais e o pouco envolvimento do cirurgião-dentista com a comunidade são salientados.

Com relação à estrutura física do consultório odontológico dentro da unidade de saúde (sala, material, instrumentais, equipamentos), 47% dos profissionais consideraram adequada; e 53% consideraram insatisfatória. Essa falta de condições mencionada diz respeito ao sucateamento dos órgãos públicos em relação às estruturas físicas, devido à inexistência de um sistema de manutenção preventiva, adaptações mal executadas de consultórios, falta de instrumentos, materiais e equipamentos inadequados em número e qualidade. Isso contribui para precárias condições de trabalho, limitando a assistência, diminuindo a qualidade dela e causando doenças ocupacionais nos profissionais envolvidos.

Questionados sobre leituras em periódicos científicos e participações em jornadas e congressos nos últimos 12 meses, apenas 21% relataram que não se mantiveram atualizados. Devido ao caráter tecnicista da profissão e à grande oferta de profissionais no mercado de trabalho, a maioria dos profissionais entrevistados buscam o saber, o que não difere dos dados encontrados em estudos relatados por Figueiredo, Brito e Botazzo<sup>28</sup>.

## CONCLUSÃO |

O Cirurgião-dentista inserido na ESF possui um perfil dinâmico, que procura atender à demanda da população, não ficando apenas focado no atendimento ambulatorial. Ele procura direcionar seu trabalho a grupos prioritários, valorizando as visitas domiciliares e o trabalho multiprofissional, tendo bom contato com enfermeiros e médicos. Ainda deseja a inclusão de outros profissionais de saúde na equipe para um atendimento integral do indivíduo.

Os profissionais sentem a necessidade de incentivo financeiro em recursos físicos e humanos, que, assim, possam incentivar a permanência do cirurgião-dentista no local de trabalho, com o objetivo de criar vínculo com equipe e usuários. A falta de elo empregatício gera desconforto e insegurança ao profissional, por isso há necessidade de contratação por meio de concursos públicos.

Medidas que visam melhorar a satisfação profissional poderão melhorar também o rendimento do mesmo, a qualidade do serviço e a satisfação dos usuários atendidos.

## REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2000; 34(3):316-9.
4. Pereira AC. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009.
5. Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003.
6. Souza DS. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Rev Brasileira de Odontologia. 2001; 2(2):7-29.
7. Iunes RF. Demanda e demanda em saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA; 1995. p. 99-122.
8. Conselho Federal de Odontologia (Brasil). Portaria nº. 22, de 27 de dezembro de 2001. Baixa Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações do Capítulo VIII, Título I; Capítulo I, II e III, Título III, das Normas aprovadas pela Resolução CFO-185/93, alterada pela Resolução CFO-198/95 [Internet]. Conselho Federal de Odontologia; 27 dez 2001 [acesso em 12 dez 2012]. Disponível em: URL: <<http://cfo.org.br/serviços-e-consultas/ato-normativo/?id=277>>.
9. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior, RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa de Saúde da Família em Teresina (PI). Rev Odonto Ciênc. 2007; 22(55):48-54.
10. Moraes LB, Kligerman DC, Cohen SC. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. Physis. 2015; 25(1):171-186.
11. Rabello SB, Godoy CVC, Padilha WVN. Por que a odontologia se transformou numa profissão de mulheres? Rev Bras Odontologia. 2000; 57(2):118-23.
12. Moimaz SAS, Saliba NA, Blanco MRB. A força do trabalho feminino na odontologia, em Araçatuba – SP. J Appl Oral Sci. 2003; 11(4):301-5.
13. Tristão SKPC. Perfil dos cirurgiões-dentistas da atenção básica interessados pelo Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2002. Academus Rev Científica Saúde. 2004; 3(2):1-7.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde - 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
15. Haddad AE, Morita MC. O ensino da odontologia e as políticas de saúde e educação. In: Carvalho ACP, Kriger L. Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006.
16. Araújo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(1):179-82.
17. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(1):219-27.
18. Silva SF. A saúde bucal dentro da Estratégia de Saúde da Família no estado de Pernambuco. Recife. Monografia [Especialização em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

19. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 783-836.

20. Cotta RMM. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(3):7-18.

21. Lourenço EC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. Piracicaba. Dissertação [Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Campinas; 2005.

22. Conselho Federal de Odontologia. Perfil do Cirurgião-Dentista no Brasil; 2003. Disponível em: <http://www.cfo.org.br> [2012 novembro 15].

23. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Med Família Comum*. 2004; 1(2):19-26.

24. Barros GB, Cruz JPP, Santos AM, Rodrigues AAAO, Bastos KF. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. *Rev Saúde.com*. 2006; 2(2):135-42.

25. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.

26. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1997; 2(1/2):5-19.

27. Abrahão AL. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. *Informe-se em Promoção da Saúde*. 2007; 3(1):1-3.

28. Figueiredo GO, Brito DTS, Botazzo C. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):753-63.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Daniela Aparecida Tavares Aguiar**

*Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700,*

*Centro, Alfenas/MG, Brasil*

*CEP: 37130-001*

*E-mail: [daniela.aguiar@unifal-mg.edu.br](mailto:daniela.aguiar@unifal-mg.edu.br)*

Submetido em: 26/12/2016

Aceito em: 23/03/2017