

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

GIULLIANO HENRIQUE GONÇALVES

**A INSERÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALFENAS – MINAS GERAIS
2013**

GIULLIANO HENRIQUE GONÇALVES

**A INSERÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família
da Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof. Alessandro Aparecido
Pereira

**ALFENAS – MINAS GERAIS
2013**

GIULLIANO HENRIQUE GONÇALVES

**A INSERÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família
da Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof. Alessandro Aparecido
Pereira

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Prof.

Aprovada em Alfenas: _____/_____/_____

AGRADECIMENTOS

À Deus, por colocar pessoas tão maravilhosas em minha vida: minha esposa Daniele, minha filha Helena e meus pais Ary e Maria José.

RESUMO

As equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) são uma realidade e uma bem sucedida modalidade de atenção básica. Em 2000, foi criado o incentivo a saúde bucal pelo Ministério da Saúde que propiciou a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF. Esta estratégia se constitui atualmente numa fonte de emprego em expansão para o cirurgião-dentista no Brasil. Entretanto, o cirurgião-dentista que trabalha na ESF vê-se frequentemente diante de muitos desafios, sentindo-se, em alguns momentos, inseguro e despreparado para exercer as suas atividades devido, em grande parte, pela formação recebida, muita das vezes voltada para as ações curativas e técnicas clínicas, com pouca ênfase para os fatores socioeconômicos e psicológicos envolvidos no processo saúde-doença e no desenvolvimento de atividades de promoção da saúde. Trabalhar estes aspectos desde a formação acadêmica tornará o profissional da Odontologia do futuro preparado para enfrentar esse novo momento da saúde bucal. Diante disso, realizou-se uma revisão bibliográfica para subsidiar o projeto de inserção de estudantes de odontologia do 1º ao 5º períodos nas Unidades de Saúde da Família, durante o Estágio Supervisionado. Com isso preparar os acadêmicos de Odontologia para a atuação no campo da atenção básica. O envolvimento dos alunos diante da nova realidade observada enriquece a formação profissional, como o conhecimento do processo de trabalho e das diretrizes utilizadas nas ESF, além da participação nas atividades desenvolvidas na unidade, tanto no âmbito odontológico, quanto geral.

Descritores: Educação, Estudantes de Odontologia, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Family Health Strategy (FHS) teams are a reality, a successful form of basic attention. In 2000, an oral health incentive was created by the Health Ministry. This allowed Oral Health Teams (OHT) to be included in the FHS program. Nowadays, this strategy increasingly provides work for dentists in Brazil. However, dentists who work at FHS often face several challenges, sometimes feeling insecure and unprepared to carry out their daily activities. This is mainly due to having received an education aimed at curing procedures and clinical techniques, not emphasizing social, economic and psychological factors involved in the health-illness process, and the development of health promotion activities. Working on these aspects since university will make future Dentistry professionals more prepared to face this new moment in Oral Health. Therefore, we carried out a literature review to support the project of inserting dental students from 1st to 5th periods in the Family Health Units, during the Supervised Internship. With that prepare dental students for the work in the field of primary care. The involvement of students of the new reality observed enriches training, as knowledge of the work process and guidelines used in the ESF, as well as participation in activities in the unit, both in the dental or general.

Keywords: Education, Dental Students, Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião Dentista
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
TSB	Técnico de Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	OBJETIVO.....	10
3	METODOLOGIA.....	11
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
4.1	Reverendo o Pensamento Pedagógico em Odontologia na Atenção Primária.....	12
4.2	Recursos Humanos na Atenção Primária.....	17
4.3	Inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.....	20
5	RESULTADOS.....	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
	REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

As equipes de estratégia de saúde da família (ESF) foram criadas pelo governo federal para tornarem-se uma modalidade de atenção à saúde voltada para a prevenção e o acompanhamento da população assistida no nível da atenção básica. A ESF tem sido considerada um modelo eficaz na reorganização da Atenção Básica por ter como pressupostos: o foco na família, a adstrição da clientela, a prática clínica segundo a lógica da epidemiologia social e, como ponto forte, o estabelecimento de vínculo, laços de compromisso e a responsabilidade entre os profissionais e a população (BRASIL, 1997).

Pinheiro e colaboradores (2008) relatam que, em 8 de dezembro de 2000, o Ministério da Saúde, pela Portaria nº 1444, consolidou a inclusão da saúde bucal na ESF, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios por meio dessa estratégia. A partir de 2001, os municípios começaram a se reorganizar para a implantação das equipes de saúde bucal, por meio das estratégias para incorporação das ações de saúde bucal na ESF, seguindo o que recomenda a Portaria nº 267 do Ministério da Saúde, que estabelece as normas e as diretrizes da saúde bucal. Carvalho e colaboradores (2004) citam que a inclusão de Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF tem-se constituído em um avanço na prática odontológica no país por tratar-se de uma estratégia eficaz para reorganização da Atenção Básica em nível do município. A composição das ESB pode atualmente ocorrer, atualmente, sob três modalidades: Modalidade 1, composta por 1 cirurgião dentista (CD), 1 auxiliar de saúde bucal (ASB); Modalidade 2, composta por 1 CD, 1 ASB e 1 técnico de saúde bucal (TSB) e Modalidade 3, composta por 1 CD e 2 TSB.

Essa modalidade de atuação se constitui atualmente numa fonte de emprego em expansão para o cirurgião-dentista no Brasil. Entretanto, o cirurgião-dentista que trabalha na ESF vê-se freqüentemente diante de muitos desafios, sentindo-se, em alguns momentos, inseguro e despreparado para exercer as suas atividades, devido em grande parte pela educação recebida, muita das vezes voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas com pouca ênfase para os fatores socioeconômicos e psicológicos no processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde. A mudança pedagógica e a visão dos docentes diante dessa nova realidade são necessárias e, trabalhar estes aspectos desde a formação acadêmica tornará o profissional de Odontologia do futuro preparado para enfrentar esse novo momento da saúde bucal na atenção básica.

2 OBJETIVO

Realizar o levantamento bibliográfico acerca da formação profissional do acadêmico de Odontologia e sua inserção na realidade das equipes estratégia de saúde da família.

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado por meio da pesquisa bibliográfica. Esse tipo de pesquisa se realiza a partir do registro disponível decorrente de pesquisa anterior (SEVERINO, 2007). Desse modo, buscou-se desvendar e analisar informações e conhecimento prévios sobre a produção científica na temática “educação profissional do cirurgião-dentista na atenção básica”. Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico. Para tanto, buscou-se as publicações científicas nas bases de dados eletrônicas como Bireme (Centro Latino Americano e do Caribe em Ciências da Saúde e Scielo (Scientific Electronic Library Online), tendo como ponte de corte temporal o ano de 2000 a 2010. Utilizou-se os descritores em Ciências da Saúde: educação de odontologia, estudantes de odontologia, atenção primária à saúde e programa saúde da família e o operador booleano representado pelo termo And e as palavras-chave: formação profissional e atenção básica, todas combinadas entre si por meio do conector And.

A partir da pesquisa bibliográfica, elaborou-se o referencial teórico que fundamenta a proposta deste estudo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Revendo o pensamento pedagógico em odontologia na atenção primária

Para Secco e Pereira (2004) a odontologia há muito tempo ultrapassou os laços artesanais e artísticos e se consolida em bases científicas, buscando uma atuação social na área da saúde. A qualidade, em termos profissionais, depende de ações competentes, não somente para indicar e realizar habilidades e saberes que respondam a problemas específicos, mas para repensar o próprio papel do profissional diante dos problemas da realidade social, em um movimento de ação e reflexão. Nesse movimento dialético, em que novos valores são identificados na sociedade, a comunidade acadêmica busca caminhos que respondam às demandas da formação profissional em suas diferentes dimensões da prática.

Segundo Carvalho e colaboradores (2004), o modelo de formação universitária em saúde vigente no país historicamente tem definido um perfil de profissional voltado para uma prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos, o que não é adequado à filosofia de trabalho da ESF. Além disso, os cursos de graduação de odontologia não contemplam, na grade curricular, o treinamento para o trabalho em equipe multiprofissional - médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental- dificultando o estabelecimento das rotinas práticas nos serviços. O mesmo autor afirma que, por muitos anos, para a maioria dos trabalhadores em saúde, o trabalho em saúde pública foi considerado como de pouca relevância, não sendo também prioridade, tanto na formação acadêmica quanto na busca de aperfeiçoamento, para os profissionais dos serviços. As diretrizes curriculares atuais do Ministério da Educação (MEC) apontam para uma integração serviço-ensino-pesquisa, favorecendo um perfil de egresso mais adequado à realidade social do país e contribuindo para uma ação-intervenção transformadora dos modelos vigentes.

Matos e Tomita (2004) relatam que, diante da necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde, em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal, por meio da contratação do cirurgião dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes da ESF. Neste sentido, o Ministério da Educação deliberou sobre as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde, nas quais fica evidente a preocupação com o estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde, objetivando a formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da

saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Com base nessas Diretrizes Curriculares, observa-se uma indução ao processo de reforma curricular nos cursos de graduação em Odontologia. Como também é perceptível que as políticas de saúde, a inserção da saúde bucal na ESF e as questões do mercado de trabalho instigam um novo olhar sobre a prática odontológica.

Aquilante e Tomita (2005) citam que a reestruturação do currículo odontológico é necessária para a formação de profissionais que voltem a sua práxis às necessidades requeridas pelo quadro epidemiológico, em meio à historicidade do processo saúde-doença-cuidado. Para tanto, é necessário repensar o processo ensino-aprendizagem, tanto sob o aspecto dos conteúdos programáticos (“o que” ensinar) como dos processos de ensino (“como” ensinar). O modelo de ensino tradicional – baseado na memorização de informações – tem mostrado algum esgotamento e, via de regra, mostra limitadas possibilidades na construção do conhecimento de maneira crítica e participativa.

Baldani e outros autores (2005) analisaram o perfil de implantação da odontologia na ESF em 136 municípios do Estado do Paraná um ano após a vigência da Portaria GM/MS no. 1.444 e encontraram pontos positivos no sentido da recepção favorável por parte da população e participação dos cirurgiões-dentistas em cursos de capacitação, e já antecipavam a questão do nó crítico do encaminhamento dos casos complexos e a necessidade de formação de profissionais generalistas com perfil adequado.

De acordo com Galassi (2006), a sala de aula não se limita a um espaço físico dentro da universidade. O aluno precisa ser inserido no contexto profissional, saindo de práticas realizadas exclusivamente dentro do espaço físico formal para atividades extramuros. As atividades extramuros têm sido utilizadas com sucesso entre os graduandos dos cursos da saúde, através do exercício de práticas educativas e preventivas na comunidade, em parcerias públicas e privadas. É uma variação do ambiente ensino/aprendizagem valiosa tanto pelo contato do aluno com a comunidade, quanto pela grande interação entre professor e aluno. Os cursos de saúde devem proporcionar a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes na vivência de um mundo real, conhecida através da integração da universidade com a comunidade. O aluno em contato com comunidades carentes, além do aprendizado, exerce cidadania, tornando-se um profissional mais humano.

Para Araújo e Dimenstein (2006), a ESF se constitui atualmente numa fonte de emprego em expansão para o cirurgião- dentista no Brasil. Entretanto, o cirurgião- dentista que trabalha na ESF vê-se freqüentemente diante de muitos desafios, sentindo- se, em alguns momentos, inseguro e despreparado para exercer as suas atividades. Isso porque ele recebeu

uma educação voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas, com pouca ênfase para os fatores socioeconômicos e psicológicos no processo saúde doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde. Dentre as atividades exercidas pelos dentistas na ESF estão as ações preventivas e educativas. Estes, independentemente do tempo de formação, na maioria das vezes não estão preparados para essas atividades, realizando-as de maneira inadequada. A população reage imediatamente, ávida pelo tratamento curativo, resistindo a cada palestra, a cada reunião. A educação para a saúde também faz parte dos programas de saúde pública. Na prática, no entanto, tem-se observado que os profissionais envolvidos nos programas apresentam dúvidas de como e o que fazer. Muitas vezes atuam apenas como intermediários de informações e de materiais educativos produzidos por órgãos oficiais, nem sempre observando a realidade local.

De acordo com Anacleto e Cutolo (2007), os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, consagrados no texto da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde número 8.080\1990, aliados às premissas da Educação Superior, expressas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior, entre outras propostas de reforma da educação superior coordenadas pelo Ministério da Educação, levaram a premência por mudanças no campo da formação em saúde, sendo incorporada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da Saúde e está expressa no parecer CNE\CES número 1.133\2001, resultando de uma construção coletiva que buscou integrar a educação com a saúde. Sendo assim, o perfil do profissional de saúde definido nas diretrizes é de um indivíduo com formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar, pautado por princípios éticos, no processo de saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção. Enfatiza-se a perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Pesquisadores afirmam que algumas características quanto ao perfil desejável para o profissional de Odontologia que busca trabalhar no PSF seria o de enxergar o paciente em sua totalidade biopsicossocial e não de forma fragmentada, sabendo integrar-se com os outros profissionais envolvidos na equipe do PSF, apresentando sensibilidade para as questões sociais, estabelecendo vínculos e criando laços de compromisso entre os profissionais de saúde e a comunidade, humanizando as práticas de saúde e tendo uma visão ampliada do processo saúde/doença (SANCHEZ; DRUMOND; VILAÇA, 2008). Também citam que mecanismos diversos têm sido propostos para possibilitar o desenvolvimento de sensibilidade social entre os acadêmicos. Entre eles, podem ser citados, o envolvimento do estudante de Odontologia junto a projetos de inserção comunitária ou trabalhos extramuros em conjunto

com estudos dos processos saúde-doença junto à comunidade. Presume-se que o ensino de Odontologia, ao incorporar a realidade social, contribui para a formação de profissionais dentro da perspectiva que exige a ESF (SANCHEZ; DRUMOND, VILAÇA, 2008).

Em estudo descrito por Moretti Pires (2009), com acadêmicos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal do Amazonas, os resultados apontaram para a formação reducionista/biomédica nas três profissões, assim como o foco no trabalho individual, e não em equipe multiprofissional. Segundo o autor, esses resultados apontam para um quadro de inadequação da atuação profissional, inclusive do cirurgião dentista, no contexto do SUS, que preconiza atuação focada na complexidade dos fatores sócioeconômico e antropológico dos usuários do sistema.

Outro estudo desenvolvido por Pinheiro e colaboradores (2008), com estudantes dos cursos de Odontologia constataram que a formação recebida na graduação mostrou-se insuficiente para o trabalho na ESF, alicerçada no modelo flexneriano de ensino, da supervalorização do aspecto técnico científico, da fragmentação do ensino e do distanciamento entre ensino/serviço. As atividades de promoção de saúde se restringem às atividades de prevenção e Educação em Saúde. As dificuldades detectadas para o trabalho de promoção de saúde foram: demanda excessiva por atendimento odontológico; formação insuficiente na graduação; questões culturais; falta de apoio dos gestores e de compromisso dos profissionais; dificuldades no trabalho em equipe e de intersetorialidade; e as condições de saúde da população.

A odontologia é uma ciência bastante complexa, não exata e fragmentada em diferentes áreas de atuação, e o processo educativo na odontologia também é caracterizado por essa complexidade. Além de saber do conteúdo teórico, é necessário ao aluno colocar em prática seus conhecimentos priorizando a melhoria da qualidade de vida de uma determinada população. Assim, no processo educativo em odontologia, o professor precisa orientar o aluno a buscar os conhecimentos teóricos para desenvolver uma prática clínica consciente e cumprir sua função social, atendendo a todos sem privilégios e discriminação (FREITAS et al., 2009).

Lazzarin e colaboradores (2010) citam que a formação didático-pedagógica do professor universitário e a qualidade da educação superior, em especial nos cursos de odontologia, começaram a ser questionadas em decorrência das demandas da sociedade em mudança e da presença das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Assim, é necessária a formação de cirurgiões-dentistas com forte embasamento generalista, humanista, crítico e reflexivo, ou seja, um profissional que dê ênfase à promoção e prevenção de saúde em geral e não apenas um especialista em dentes.

4.2 Recursos humanos na Atenção Primária

Narvai (1994), ao discorrer sobre o perfil formativo do cirurgião-dentista (CD) brasileiro, aponta 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 onde deverão atuar.

Minarelli (2009) refere que o mercado de trabalho não é constituído somente de vagas a preencher, mas principalmente de problemas para resolver. Desse modo, a escolha da profissão de cirurgião dentista pressupõe o reconhecimento dos problemas que devem ser resolvidos pelo profissional.

De acordo com Viafara e Bruges (1999), os profissionais do serviço deveriam atuar sob uma concepção mais ampla, em que trabalhar a doença não seja a prioridade e em que a promoção de saúde e prevenção da doença proporcionem às comunidades ferramentas e tecnologias para a sua participação no autocuidado.

Segundo Calado (2002), o número de novos profissionais formados/ano aumenta em progressão geométrica; o concreto esgotamento do modelo da clínica particular como fonte única de recursos; e a redução do índice de cárie da população, principalmente a infantil, são pontos nevrálgicos para a categoria, que enxerga na inserção das equipes de saúde bucal no PSF, a criação de novas frentes de trabalho no mercado.

Moysés e Silveira Filho (2002) acreditam que a inclusão de equipes multiprofissionais no processo de assistência ou do cuidado possibilita organizar o trabalho com níveis de complementaridade e, ao mesmo tempo, de especificidade, ou seja, há que se complementarem os campos de saberes das profissões sem excluir a especificidade de cada uma. Ainda relativo aos recursos humanos, no que diz respeito às relações de trabalho do profissional com o município, o que tem acontecido é a contratação, sem critério algum, de profissionais, propiciando práticas clientelistas e vínculos contratuais ilegais, ou até mesmo inexistentes em alguns casos. Os autores também afirmam que é necessária a associação dos conhecimentos técnicos, de novas configurações tecnológicas e novas micro-políticas para o trabalho em saúde, inclusive no terreno ético. As tecnologias leves, quando apostam no diagnóstico sensível à subjetividade, nas relações de poder e afeto, nos códigos familiares subliminares, induzem à ampliação da pauta técnica para a pauta ética, baseado em cidadania, solidariedade e humanização.

Para Silveira Filho (2002) são inegáveis, porém ainda incipientes, os avanços alcançados desde a formulação da proposta de inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF. Presencia-se um amplo debate que permeia as perspectivas de mercado de trabalho para

o profissional de saúde bucal, despontando o serviço público como uma alternativa promissora às questões trabalhistas que envolvem a contratação destes profissionais, uma vez que este mercado, diferentemente da iniciativa privada, requer um vínculo empregatício.

Para Barros e Chaves (2003), na maioria das vezes, tem-se observado uma expansão da oferta de serviços sem planejamento e programação das atividades. O ímpeto de implantar essa estratégia com rapidez e a falta de normatização programática têm levado os gestores a incorporar as ESB pautadas na ausência de um planejamento e programação. A prática profissional ainda continua amarrada a uma demanda reprimida crescente de atendimento cirúrgico-restaurador, sem perceber melhorias nas condições de saúde da sua comunidade. A mera incorporação das ESB, na equipe de saúde da família, sem a adaptação da proposta à realidade local, torna-a uma ação verticalizada. A programação e o planejamento de ações devem estar baseados no diagnóstico das condições de saúde e necessidades de tratamento da população adstrita, bem como do modelo de atenção em saúde bucal vigente, permitindo estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada à modificação positiva das condições de saúde da população, por meio de práticas mais efetivas.

Para Carvalho e colaboradores (2004), a equipe de saúde bucal deve ter a responsabilidade de criar e manter o vínculo entre comunidade e profissionais. Esse vínculo, a ser estabelecido pelo acompanhamento, que avança na linha longitudinal das famílias é um dos grandes diferenciais do PSF, pois permite a dimensão decisiva dessa estratégia que é o cuidado.

Nesse contexto, Gil (2005) afirma que os dois processos — modelo de atenção e recursos humanos — são difíceis de discutir separadamente e, ainda que se avalie como de imprescindível importância a discussão em torno da formação de recursos humanos para o SUS, tão importante quanto, é encontrar as melhores alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no sistema, minimizando os efeitos da formação inadequada dos profissionais e buscando meios de garantir que suas práticas atendam os desafios que estão sendo colocados para a implementação do sistema, em especial no âmbito dos municípios.

Em tese, todos os que atuam nesse âmbito da atenção, deveriam estar aptos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, o que implicaria realizar uma síntese de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias. Entretanto, as práticas profissionais impressas pelo modelo flexneriano não valorizam tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas (GIL, 2005).

No Brasil, a implantação de cursos de especialização na área de saúde como estratégia de fortalecimento de políticas públicas tem sido uma prática habitualmente utilizada pelo

Ministério da Saúde, com o intuito de criar ou fortalecer determinadas "culturas" no campo da saúde pública, quando torna-se necessário difundi-las ou expandi-las para garantir avanços técnicos e políticos (GIL, 2005).

De acordo com Pelissari (2005) a saúde e a doença não são, portanto, estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a diversas gradações e constantes mudanças. A saúde, em seu conceito ampliado tem como fatores determinantes e condicionantes os meios físico, sócio-econômico e cultural, os fatores biológicos e inclusive a oportunidade de acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde. A prática odontológica resulta de uma complexa articulação de fatores externos e internos ao processo de trabalho, dentre os quais se destaca o conhecimento científico disponível em cada momento, as tecnologias, os instrumentos e materiais utilizados, além dos recursos humanos.

O conhecimento estruturado (fundamentação teórica), a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o respeito às diferenças, a utilização do acolhimento e do vínculo, devem ser usados em prol da construção de sujeitos autônomos e capazes de co-responsabilidade e co-participação na construção da saúde, verdadeiramente coletiva (SANTOS, 2006).

Para Lourenço e outros autores (2009), os primeiros anos de sucesso da ESF foram marcados pela sua instalação em municípios de pequeno e médio porte. Alguns argumentos poderiam explicar esta situação, como o fato dos maiores municípios já disporem de algum tipo de rede assistencial, mesmo que de baixa cobertura populacional, sendo que isto talvez tenha sido um fator que não estimulasse a adoção da estratégia da saúde bucal na ESF em municípios maiores ou então a dificuldade de expansão de serviços públicos no período posterior à sanção da Lei de Responsabilidade Fiscal. Além disso, pode-se destacar também que, como a cobertura populacional era o critério para o aumento nos valores do repasse dos recursos para a manutenção das equipes de PSF, os municípios menores eram privilegiados, pois com poucas equipes atingiam uma grande cobertura recebendo o teto dos recursos.

Vasconcelos e colaboradores (2009), afirmam que, no modelo contra-hegemônico, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cuja consolidação precisa de apoio, conceitos e práticas como acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo, procuram resgatar a relação entre sujeitos sociais. Para tanto, não basta que os profissionais em saúde – assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, docentes das profissões da área etc. – tenham domínio e apliquem, isoladamente, os seus saberes profissionais específicos. É necessário somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver

com qualidade – incluindo o ambiente de trabalho dos profissionais. É preciso uma real atuação em equipe multidisciplinar.

A reorganização do novo modelo de atenção primária requer profissionais capacitados com uma visão ampla de saúde, capazes de compreender indivíduos, famílias e comunidade de forma sistêmica e integral e requer também currículos e programas de capacitação orientados para atender as necessidades dos sistemas de atenção primária. Verificaram em estudo estatístico junto aos profissionais que atuam na Saúde Bucal no município de Campinas que apenas 27% possuíam pós-graduação em Saúde Pública (VILLALBA; MADUREIRA; BARROS, 2009).

A crescente contratação de dentistas na rede pública de saúde teve efeitos corporativos para o exercício profissional da odontologia, em função do aumento das oportunidades de trabalho. Embora a atuação no serviço público e o exercício privado da odontologia não sejam atividades conflitantes (muitos dos dentistas contratados pela rede pública mantêm atuação em consultórios privados), pode-se dizer que a dinamização dos serviços públicos de saúde bucal atenuou a preponderância do modelo hegemônico da prática privada da odontologia no Brasil (ANTUNES; NARVAI, 2010).

De acordo com Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2011), conhecer as políticas voltadas para a realidade da Estratégia de Saúde da Família possibilita atenção à saúde mais qualificada, pois o profissional pode ajudar o usuário na compreensão e defesa dos direitos da comunidade. Afinal, o papel esperado para o profissional de saúde hoje é o de construtor do sistema de saúde, entendido em seu sentido ampliado, conforme estabelecido na Constituição. Portanto, o profissional de saúde precisa ter ferramentas para poder participar melhor deste processo.

4.3 Inserção da saúde bucal na estratégia de saúde da família

Para Calado (2002), em dissertação de mestrado, cita que a atuação da saúde bucal junto às equipes da ESF se caracterizava por meio da utilização do cadastro familiar comum, o que permite as visitas domiciliares compartilhadas. Entre as atividades desenvolvidas pelo cirurgião-dentista foram citadas a realização de visitas domiciliares, treinamento de agentes comunitários de saúde e atividades relacionadas à educação em saúde (palestras), escovação coletiva na comunidade, aplicação coletiva de flúor no domicílio e ações individuais curativas nas comunidades. Também afirma que o que deve ser destacado com a ideia central da ESF, é que a assistência, com base no domicílio, poderá introduzir na esfera odontológica, uma nova lógica assistencial que rompe, ou possibilitará romper, com a prática histórica da Odontologia,

essencialmente centrada no alívio da dor, e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório.

Para Secco e Pereira (2004) a odontologia há muito tempo ultrapassou os laços artesanais e artísticos e se consolida em bases científicas, buscando uma atuação social na área da saúde. A qualidade, em termos profissionais, depende de ações competentes, não somente para indicar e realizar habilidades e saberes que respondam a problemas específicos, mas para repensar o próprio papel do profissional diante dos problemas da realidade social, em um movimento de ação e reflexão. Nesse movimento dialético, em que novos valores são identificados na sociedade, a comunidade acadêmica busca caminhos que respondam às demandas da formação profissional em suas diferentes dimensões da prática.

Brustolin, Tolassi e Kuhnen (2006), citam em seu trabalho que a prática odontológica atual tem se desenvolvido de forma desvinculada da realidade social do país, resultando um padrão de saúde bucal caótico, apesar da grande quantidade de mão-de-obra odontológica disponível no mercado de trabalho. Vários têm sido os fatores que contribuem para a manutenção dessa situação desfavorável. Dentre eles, destacam-se a estrutura social do país, o modelo de prática odontológica, os aspectos econômicos de oferta e procura de serviços, os sistemas de financiamento, as questões político-ideológicas e os diversos agentes envolvidos nesse processo.

Para Souza e Roncalli (2007), entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua incorporação ao PSF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque a ESF, de certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias as quais são consideradas como núcleo social primário. A integração da ESB com a ESF para a realização de um trabalho em conjunto tem sido um dos maiores desafios para a saúde bucal.

Palmier e colaboradores (2009) instigam a reflexão diante do fato de confrontar os dados pouco positivos dos indicadores de saúde bucal no Brasil se, afinal de contas estamos entre os países de maior contingente de dentistas do mundo e somos reconhecidos internacionalmente como praticantes de uma odontologia de alta qualidade. Deste modo, é notório o que falta ou o que não está correto porque, uma “odontologia de primeiro mundo”, não combina com o quadro dos indicadores atuais.

De acordo com Pereira e outros autores (2009), a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio da ESF, incluindo desta maneira as ações de saúde

bucal, passa a ser parte integrante da saúde das famílias e comunidades. Em todo esse tempo, desde que foi estabelecido o incentivo para a implantação das ESB na ESF, houve um crescimento exponencial do número de equipes em todo o Brasil.

A atuação da equipe de saúde bucal não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. A equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objetos das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção. A ESF, ao priorizar a atenção básica, não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão. A ESF deve estar articulada com os demais níveis de atenção e conhecendo a sua população, com suas necessidades, tem a possibilidade de ordenar os encaminhamentos, racionalizando o uso dos recursos terapêuticos mais caros. Portanto, as ESF, estando inseridas na atenção básica, no primeiro nível de ações, devem articular a referência e contra-referência dos serviços de saúde (LOURENÇO et al., 2009).

Para Martinelli e colaboradores (2010), o trabalho do CD, marcadamente centrado numa prática curativa com ênfase em atividades restauradoras, reproduz, nos serviços públicos, o modelo ineficaz da prática privada, demonstrando o descompasso com políticas reorientadoras como se apregoa ser a ESF. Entretanto, a reorganização, dentro do novo modelo de atenção à saúde, requer profissionais capacitados, com uma visão ampliada da saúde, capazes de compreender o indivíduo como parte integrante de um núcleo familiar, associada à necessidade de se trabalhar interdisciplinarmente. Citam ainda que a inclusão do CD no campo da ESF trouxe, além de novas perspectivas de trabalho, a necessidade de adequação do perfil desses profissionais no que diz respeito às responsabilidades no âmbito da ESF. Percebesse que essa discussão, embora tardia, precisa ser implantada e envolver questões como a própria mudança do modelo de atenção, a necessidade de formação condizente com esse novo modelo, além das novas relações de trabalho advindas por meio da ESF.

5 RESULTADOS

A Disciplina de Estágio Supervisionado do Curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde de Três Corações (UNINCOR), oferecida aos acadêmicos do 1º ao 5º períodos, visa integrar esses acadêmicos na realidade social e no processo de trabalho da atenção básica em uma unidade de ESF.

Essa disciplina conta com uma carga horária de 400 horas, sendo grande parte desta realizada em condição extra muro. Os acadêmicos do 1º ao 4º períodos têm uma carga horária de 40 horas por período e no 5º período uma carga horária de 80 horas para o desenvolvimento de atividades extra muro, sendo essas realizadas em unidades de ESF do município de Três Corações - MG.

O município conta com 14 unidades de ESF e 8 delas contam com ESB. O estágio supervisionado é realizado, tanto em unidades que contam com ESB, como em unidades sem ESB. Cada ESF recebe em média 8 acadêmicos por período que comparecem a unidade em grupos de 4, semanalmente, com dia da semana pré determinado para cada grupo.

Primeiramente, ocorre a preparação dos acadêmicos com embasamento teórico através de aulas expositivas, disponibilização de literatura especializada, realização de seminários e desenvolvimento de resenhas.

Numa segunda etapa, inicia-se o desenvolvimento de trabalho de campo, junto as Equipes de Saúde Bucal do município de Três Corações sob orientação dos profissionais que prestam atendimento e dos docentes e supervisores da disciplina de Estágio Supervisionado.

O desenvolvimento do Estágio Supervisionado consiste em:

1. Obtenção de material didático, formulação de questionários, preparação de insumos para palestras e trabalhos de campo por parte dos docentes e supervisores de estágio.
2. Orientações teóricas dos acadêmicos para atuar nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (processo de trabalho de uma ESF, conceitos envolvidos em uma ESF, técnicas de higienização bucal e condutas para visitas domiciliares).
3. No trabalho de campo, os acadêmicos atuam juntamente com os agentes comunitários de saúde, levantando prioridades por meio de um questionário de pesquisa que contempla perguntas sobre as condições de saúde da família, tanto em âmbito geral quanto bucal, além de perguntas sobre condições sociais. Esse questionário é aplicado pelos próprios acadêmicos, que também realizam o cadastramento das famílias, além

de promoção à saúde e distribuição de materiais de higiene bucal (escovas e creme dental) para as famílias que não possuem condições (risco social).

4. Palestras ministradas pelos acadêmicos na unidade de saúde e também nas escolas e entidades que estão na área de abrangência da unidade sobre várias temas relacionados à área de saúde, em particular à saúde bucal, de acordo com as necessidades identificadas no levantamento realizado, atuando como multiplicadores de educação em saúde junto aos grupos operativos (idosos, diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças de 0 a 5 anos e escolares)
5. A partir do 4º período os acadêmicos realizam inquérito epidemiológico odontológico a partir de calibração prévia, procurando evidenciar o risco e a prevalência da doença cárie, classificação de risco e levantamento de necessidades em saúde bucal para que os dados possam auxiliar no atendimento realizado pelo cirurgião dentista da unidade. O inquérito epidemiológico é realizado com todos os escolares e no restante da população é feito por amostragem (20% da população para cada grupo operativo).
6. Todos os acadêmicos envolvidos no programa realizam trabalhos de pesquisa, visando participar das atividades de iniciação científica da UNINCOR.
7. Todo o projeto tem um ciclo de reavaliação ao final de cada semestre, visando uma retroalimentação para os docentes envolvidos. A partir da análise dos dados e relatos, novas propostas e etapas são lançadas aos acadêmicos para os próximos semestres.

No início do programa o grande desafio foi verificar a aceitação e o acolhimento deste tanto por parte dos acadêmicos, quanto por parte da população adstrita e também pelos membros da equipe de ESF. Nem mesmo os cirurgiões dentista da unidade estavam preparados para atuar em tal momento.

Os acadêmicos receberam com grande entusiasmo a proposta e o formato de desenvolvimento do estágio supervisionado, já que foi o primeiro contato deles com atividades extramuros e também com ações mais voltadas para prática profissional na atenção básica. Isto pode ser confirmado por meio dos relatórios finais, diários de campo e apresentações orais realizadas ao final do semestre. Como afirmam Sanches e colaboradores (2008), o envolvimento do estudante de Odontologia em trabalhos extramuros, inseridos na realidade social, contribui para a formação profissional dentro da perspectiva que exige a Estratégia de Saúde da Família.

A população mostrou grande aceitação, conforme pesquisa de opinião e relato dos profissionais da equipe, pois a maioria das pessoas passou a se sentir mais acolhida e mais orientada já que os acadêmicos passaram a atuar no início da incorporação das Equipes de Saúde Bucal ou em unidades, que até hoje não contavam com o cirurgião-dentista. Muitas dessas famílias nunca tiveram orientação em saúde bucal uma vez que a prática preventiva sempre ocorreu com escolares de 6 a 14 anos e no programa materno infantil no município de Três Corações. Mesmo com pouca vivência na prática odontológica os acadêmicos conseguiram orientar e referenciar os assistidos, tanto para atenção básica junto a unidade de saúde da família, quanto para a atenção especializada junto a Clínica Multidisciplinar da Universidade e ao Centro de Especialidades Odontológicas Municipal. A prática educacional da saúde bucal na atenção primária deve estar articulada com os demais níveis de atenção para que o acadêmico possa encaminhar os clientes a outros níveis de assistência, buscando a referência e contra-referência dos serviços de saúde (LOURENÇO et al., 2009).

Quanto aos membros das equipes de ESF, inicialmente houve certa resistência a atuação dos acadêmicos de odontologia, no entanto, a mudança de conduta ocorreu após a verificação, por parte dos profissionais, da importância do trabalho executado e da ajuda promovida pelos acadêmicos no processo geral de trabalho da equipe. Hoje, particularmente os agentes comunitários de saúde, consideram os acadêmicos grandes parceiros e multiplicadores de informação em saúde.

Para o Curso de Odontologia, particularmente para a Coordenação do Estágio Supervisionado, quem mais ganha com esse programa é a Odontologia Mineira, que passa a contar com profissionais mais preparados, orientados para trabalhar em equipes multidisciplinares. Tal formação valoriza sua importância e com uma população consciente e informada que valoriza as condutas preventivas no âmbito da saúde.

A esse respeito, Toassi e colaboradores (2013) avaliaram o papel do ensino nos serviços de atenção primária do SUS, para a formação do cirurgião-dentista em uma universidade pública no sul do Brasil e os resultados mostram que o estágio curricular nos serviços de atenção primária do SUS impactou na formação do cirurgião-dentista por meio do estabelecimento de vínculos, autonomia na resolução de problemas e trabalho em equipe multiprofissional. Segundo esses autores, foram evidenciadas aprendizagens sobre funcionamento dos serviços de saúde, cuidado em saúde e desenvolvimento de competência cultural. Há necessidade da problematização permanente sobre as práticas e que se assegure infraestrutura e profissionais qualificados para o ensino nos serviços.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças na dinâmica curricular por parte do Ministério da Educação criaram uma nova realidade para os Cursos de Graduação em Odontologia e o ganho foi significativo junto as atividades extramuros, nas quais os acadêmicos puderam ser inseridos mais precocemente nas realidades da atenção básica.

A inclusão do Cirurgião-Dentista no contexto da Estratégia de Saúde da Família resultou, por um lado, a ampliação do serviço público odontológico, por outro, a necessidade de adequação do perfil desses profissionais no que diz respeito às novas responsabilidades e metodologias do processo de trabalho no âmbito da ESF.

A formação acadêmica direcionada para as necessidades da saúde bucal coletiva, especialmente nas Estratégias de Saúde da Família, levará ao mercado, profissionais já preparados para atuar nessa área. Ao promover a saúde coletiva, mais do que simplesmente a saúde bucal, o cirurgião-dentista torna-se um agente de integração social e membro fundamental das Estratégias de Saúde da Família. A vivência adquirida pelos acadêmicos durante o desenvolvimento das atividades de Estágio Supervisionado tem influência direta na sua formação, tanto acadêmica, como social.

REFERÊNCIAS

- AQUILANTE A. G.; TOMITA N. E. O estudante de Odontologia e a educação. **Revista da ABENO**, Brasília, v. 5, n. 1, jan./jun. 2005.
- ANACLETO, K. L.; CUTOLO, L. R.A. Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 76-83, 2007.
- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, abr. 2010.
- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p.219-227, 2006.
- BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, p.1026-35, 2005.
- BARROS, S.G.; CHAVES, S.G.L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 1, p.41-51, jan./mar. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.
- BRUSTOLIN, J.; TOASSI, R. F. C.; KUHNEN, M. Perfil do acadêmico de Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense – Lages – SC, Brasil. **Revista da ABENO**, Brasília. v. 6, n. 1, p. 35-41, Jan./Jun. 2006.
- CALADO, G. S. **A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de saúde da família: principais avanços e desafios**. 2002. F. 122. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.
- CARVALHO, D. Q. et al. A Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 175 - 184 Jan./Jun. 2004.
- FREITAS, V.P. et al. Mudança no Processo Ensino – Aprendizagem nos Cursos de Graduação em Odontologia com a Utilização de Metodologias Ativas de Ensino – Aprendizagem. **RFO**, Passo Fundo, v. 14, n. 2, p. 163-167, Maio/Ago. 2009.
- GALASSI, M. A. S. Atividades extramuros como estratégia viável no processo ensino-aprendizagem. **Revista ABENO**, Brasília, v 6, n 1, p.66-69, Jan./Jun. 2006.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, Mar./Abr. 2005.

LAZZARIN, H. C. et al. Percepção dos Professores de Odontologia no Processo Ensino – Aprendizagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (supl1), p. 1801-1810, 2010.

LOURENÇO, E. C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 14(Supl. 1), p.1367-1377, 2009.

MARTELLI, P. J. L. et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15(Supl. 2), p. 3243-3248, 2010.

MATOS, P. E.S; TOMITA, N.E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1538-1544, nov-dez, 2004.

MINARELLI, J.A. Empregabilidade: como ter um trabalho e remuneração sempre. In: PALMIER, A.C.; FERREIRA E FERREIRA, E.; MATTOS, F.; VASCONCELOS, M. **Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto**. Módulo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, modalidade à distância/UFGM. Belo Horizonte: UFGM, 2009.

MORETTI PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface**, Botucatu, v.13, n.30, p. 153-166, jul./set. 2009.

MOYSÉS, S.J.; SILVEIRA FILHO, A.D. Saúde bucal da família: quando o corpo ganha uma boca. In: SILVEIRA FILHO, A.D.; DUCCI, L.; SIMÃO, M.G.; GEVAERD S.P. organizadores. **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2002. p 133-61.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994.

PALMIER, A. C. et al. **Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto**. Módulo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, modalidade a distância/UFGM. Belo Horizonte: UFGM, 2009.

PELISSARI, L.D. et al. Vivência da Realidade: o Rumo da Saúde para Odontologia. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 5, n. 1, p.32-39, Jan./Jun. 2005.

PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.985-996, maio 2009.

PINHEIRO, F. M. C. et al. A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 37, n. 1: p. 69-77, 2008.

SANCHEZ, H. F.; DRUMOND, M.M.; VILAÇA, E. L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2. Mar./Abr. 2008.

SANTOS, A.M. Organização das Ações em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: Ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.9, n.2, p. 190-200, jul./dez. 2006.

SECCO, L.G.; PEREIRA, M. L. T. Formadores em Odontologia: profissionalização docente e desafios político - estruturais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.113-120, 2004.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVEIRA FILHO, A. D. **A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática**. Informativo Ministério da Saúde. Brasília, DF, dez. 2002.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007.

TOASSI, R. F. C. et al. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian healthcare professionals' training. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 45, pp. 385-392, Apr./June 2013.

VARGAS, A.M.D. VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M.T.F. **Saúde bucal: atenção ao idoso**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.

VASCONCELOS, M. et al. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde: Tecnologia para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

VIÁFARA, L. E.; BRUGÉS, C. H. Serviços de saúde e comunidades: respondendo ao desafio da formação de novos profissionais. In: ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, M. A. (Org.). **A educação dos profissionais na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VILLALBA, J. P.; MADUREIRA, P. R.; BARROS, N. F. Perfil Profissional do Cirurgião Dentista para Atuação no Sistema Único de Saúde. **Rev Inst Cienc Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 262 -268 2009.