

LABORO EXCELENCIA EM PÓS – GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ROSENEIDE APARECIDA REHBEIN
SILVIO ROCHA DUARTE
VITOR ROBERTO AHID
CARLIANE CRISTINA CAMPELO CALVET
SILVIA HELENA LOBÃO DELGADO**

**ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA - PAÇO DO LUMIAR – MA, BRASIL**

São Luís
2007

**ROSENEIDE APARECIDA REHBEIN
SILVIO ROCHA DUARTE
VITOR ROBERTO AHID
CARLIANE CRISTINA CAMPELO CALVET
SILVIA HELENA LOBÃO DELGADO**

**ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA - PAÇO DO LUMIAR-MA, BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO – Excelência em Pós-graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Doutora Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Co-orientadora: Prof^ª. Doutora Sueli Rosina Tonial

São Luís
2007

**ROSENEIDE APARECIDA REHBEIN
SILVIO ROCHA DUARTE
VITOR ROBERTO AHID
CARLIANE CRISTINA CAMPELO CALVET
SILVIA HELENA LOBÃO DELGADO**

**ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA - PAÇO DO LUMIAR-MA, BRASIL**

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz (Orientadora)

Doutora em Saúde Pública
Universidade Federal da Bahia

Prof^ª. Márcia Cuenca Campos Mendes

Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

A Deus pela força do amor

Aos nossos pais, por todos os ensinamentos e oportunidades que dignificam a vida.

Aos nossos cônjuges e namorados (as) pelo apoio e compreensão.

Aos nossos filhos e filhas que amamos profundamente.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus pela guarnição e o amor a nós dedicados;

A Laboro por nos proporcionar uma realização profissional;

À nossa orientadora, Prof^a Érika Bárbara A. F. Thomaz;

À nossa co-orientadora, Prof^a Sueli Rosina Tonial;

Aos colegas cirurgiões-dentistas, que se dispuseram a fazer parte desta pesquisa;

Aos funcionários da Laboro, pela atenção diante das solicitações durante o curso;

Aos nossos colegas de especialização, pelas trocas de experiências e de incentivo mútuo.

*“A mente que se abre a uma nova idéia,
jamais voltará ao seu tamanho original”*

Einstein

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo central a descrição e a análise do perfil, assim como do conhecimento e das atribuições dos cirurgiões-dentistas inseridos no Programa Saúde da Família (PSF) no município de Paço do Lumiar, MA, Brasil, tendo como referência os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa Saúde da Família. Este estudo tem uma abordagem quantitativa onde foram entrevistados, através de um questionário com questões abertas e fechadas, 6 cirurgiões dentistas nas unidades básicas de saúde do município de Paço do Lumiar – MA. Observou-se que a maioria dos cirurgiões dentistas era do sexo feminino, tinham idade acima de 30 anos e não realizaram o curso introdutório ao PSF. Além disso, citaram palestras educativas como as atividades mais executadas pelo Cirurgião Dentista (CD) no município e relataram uma boa relação com os demais membros da Equipe Saúde da Família (ESF). Concluiu-se que a atuação/participação do CD na estratégia saúde da família no município de Paço do Lumiar encontra-se ainda fortemente vinculada aos paradigmas que norteiam o modelo assistencialista/curativista centrado na doença, fazendo-se, portanto, necessária a busca e adoção de estratégias que possibilitem a modificação, nesses profissionais, da forma de pensar e fazer saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família. Saúde Bucal. Modelo de Assistência.

ABSTRACT

The main purpose of this study was to describe and analyze the surgeon-dentists' profile engaged in the Family Health Program (FHP) in Paço do Lumiar County - MA, Brazil, as well as to evaluate their knowledge and attributions. The Unique Health System (UHS) and the FHP guidelines were used as the theoretical references from the study. This is a quantitative approach based on the interviews of 6 surgeon-dentists, using a questionnaire composed by open and closed questions in the health basic units from Paço do Lumiar district. It was observed that most of the surgeon-dentists were female, they had age above 30 years and they didn't accomplish the introductory course to PSF. The interviewed professionals did not take part in the FHP introductory course and related that educative talks were the more frequent activity conducted by these surgeon-dentists. They also related a good relationship with the other members of the Family Health Team (FHT). It was concluded that the surgeon-dentists' participation in the FHP in the municipal district of Paço of Lumiar is still strongly linked to the retrograde paradigms centered in the disease, therefore it's necessary the search and adoption of strategies that make possible the modification, in those professionals, of the knowledge and actions on health.

Key-words: Family health . Oral health . Assistance model.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

		p.
Gráfico 1-	Distribuição dos 6 cirurgiões dentistas do PSF de Paço do Lumiar-MA, Brasil, 2006 segundo sexo, idade, tempo de formado, realização de Pós-Graduação.....	23
Gráfico 2-	Distribuição dos 6 cirurgiões dentistas em Paço do Lumiar-MA, Brasil, 2006, quanto ao tempo de permanência no Município e realização do curso introdutório	24
Gráfico 3-	Atividades realizadas por 6 cirurgiões dentistas em Paço do Lumiar-MA, Brasil, 2006, junto com médico/enfermeiro no PSF	25
Gráfico 4-	Periodicidade que os 6 cirurgiões dentistas de Paço do Lumiar-MA, Brasil, 2006, reúnem-se com equipe de PSF	27
Gráfico 5-	Classificação dos 6 cirurgiões dentistas de Paço do Lumiar-MA, Brasil, 2006, quanto a satisfação em relação ao trabalho desenvolvidos na equipe de PSF	29
Tabela 1-	Ações a serem executadas pelos 6 cirurgiões dentistas de Paço do Lumiar-MA, Brasil, 2006, no PSF	25
Tabela 2-	Atividades desenvolvidas por 6 cirurgiões dentistas em Paço do Lumiar-MA, Brasil, 2006, em equipe do PSF	26
Tabela 3-	Conhecimento dos 6 cirurgiões dentistas de Paço do Lumiar-MA, Brasil, 2006, quanto aos princípios do SUS.....	26
Tabela 4-	Conhecimento dos 6 cirurgiões dentistas de Paço do Lumiar-MA, Brasil, 2006, quanto aos princípios do Programa Saúde da Família	27
Tabela 5-	Atividades realizadas por 6 cirurgiões dentistas de Paço do Lumiar MA, Brasil, 2006, com grupos formados na comunidade.....	28
Tabela 6-	Grupos formados por 6 cirurgiões dentistas de Paço do Lumiar-MA, Brasil, 2006, para ações educativas.....	28

LISTA DE SIGLAS

ACD	-	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
CD	-	Cirurgião Dentista
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	-	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
ESB	-	Equipe de Saúde Bucal
FHP	-	Family Health Program
FHT	-	Family Health Team
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	-	Ministério da Saúde
PSF	-	Programa Saúde da Família
SUS	-	Sistema Único de Saúde
THD	-	Técnico de Higiene Dental
UHS	-	Unique Health System

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	p. 9
LISTA DE SIGLAS	10
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETO DE ESTUDO.....	14
4 OBJETIVOS.....	14
4.1 Geral.....	14
4.2 Específicos.....	14
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
5.1 Histórico da odontologia no Brasil.....	15
5.2 A Inserção das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família.....	18
5.3 Atribuições dos profissionais de saúde bucal no PSF.....	20
6 METODOLOGIA.....	21
6.1 Tipo de estudo.....	21
6.2 População	21
6.3 Coleta de dados.....	21
7 RESULTADOS	23
8 DISCUSSÃO.....	30
9 CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICES.....	35
ANEXO	40

1 INTRODUÇÃO

A constituição da República, promulgada em outubro de 1988, reconhece, no Art. 196, que “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”.

O processo de reforma do setor saúde no Brasil chegou ao auge com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nesta Constituição e tem por princípios:

- A universalidade (garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão);
- A equidade (todo cidadão é igual perante o SUS e deve ser atendido conforme suas necessidades);
- A integralidade (o ser humano é um ser integral, bio-psico-social e deve ser atendido com essa visão integral por um sistema de saúde também integral com o fim de promover, proteger e recuperar sua saúde);
- A regionalização da rede (distribuição dos serviços para atender às necessidades da população por região);
- A descentralização dos serviços (a gestão do Sistema é responsabilidade da União, dos estados e dos municípios) (BRASIL, 2001).

Com a finalidade de proporcionar uma política de saúde mais igualitária, foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Saúde da Família (PSF), que é uma realidade que vem mostrando sua eficácia como forma de reorganização do modelo de atenção à saúde, onde o profissional e população interagem para promover saúde como bem estar geral e não só ausência de doença.

O PSF propõe a orientação do modelo assistencial, tomando como foco a família no seu espaço físico e social. Isso proporciona à equipe multiprofissional compreensão maior do processo saúde – doença, permitindo intervenções para além das práticas curativas (FIGUEIREDO, 2005).

Os princípios que norteiam e sustentam o PSF como projeto estruturante do SUS levam em consideração a atuação de uma equipe multiprofissional, que tem a co-responsabilidade social de enfrentar os desafios de uma nova produção de saúde, a humanização do atendimento que estabelece vínculo de confiança e respeito entre equipe de saúde e usuário, atenção à família, resolutividade e territorialização. As intervenções são

organizadas de forma interdisciplinar e os integrantes desta equipe estão conscientes de que, para enfrentar o complexo quadro de morbimortalidade, faz-se necessário um pacto de solidariedade técnica e confiança mútua (SOUSA, 2001).

Segundo Fontinele Júnior (2003), o PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, reorganizando a prática da atenção à saúde e substituindo o modelo tradicional.

Ainda de acordo com Fontinele Júnior (2003), cada equipe do PSF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde (ACS). Outros profissionais – a exemplo de dentistas, assistentes sociais, e psicólogos – poderão ser incorporados de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

O PSF é, portanto, um modelo de organização dos serviços de saúde que se integra ao SUS. O Programa apresenta um vínculo afetivo associado ao conceito de “família” devendo ser visto como estratégia e não como programa para excluídos. O SUS é a conformação política, jurídica e organizativa da política de saúde vigente no Brasil, enquanto o PSF é uma estratégia para organização da atenção básica. Do ponto de vista ideológico e operacional, o SUS é uma proposição que busca reformar o aparelho do Estado; já o PSF busca reformar o modelo biomédico, com ênfase na relação profissional/paciente (ou equipe de saúde / família usuários do serviço) (MOYSÉS, SILVEIRA FILHO, 2002).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em outubro de 1986, em Brasília, definiu a saúde bucal como *“parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, acesso aos serviços de saúde e à informação”*.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal foi realizada em setembro de 1993 e representou um dos mais importantes fóruns de discussão da saúde bucal no país. As discussões resultantes desta conferência permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, levando-se em conta a saúde como direito de cidadania.

Sabendo que a saúde bucal não pode ser vista de forma isolada da saúde geral do indivíduo, fica clara a necessidade da inclusão de cirurgiões dentistas às equipes do Programa Saúde da Família, não como uma equipe separada, mas, como um novo membro que chega para somar nas ações de promoção em saúde nas comunidades.

2 JUSTIFICATIVA

A assistência odontológica no Brasil é voltada para atividades assistencialistas e tecnicistas, onde há o predomínio de ação lucrativa e individual. Procurando inverter esse modelo de atenção, o MS através da portaria n.º 1444 de 28 de dezembro de 2000 insere, de forma oficial a Odontologia no PSF, ampliando a oferta de serviços para a população através das Equipes de Saúde Bucal (ESB).

O Município de Paço do Lumiar no Maranhão fica a 30 KM da capital São Luís, tem população estimada de 96 mil habitantes e implantou em março de 2005, oito ESB, cadastradas como Modalidade I (um cirurgião dentista – CD e um atendente de consultório dentário – ACD).

Face ao exposto, a intenção deste trabalho é pesquisar como está atuando o cirurgião dentista dentro da estratégia do Programa Saúde da Família no município, descrevendo sua atuação em uma equipe multiprofissional, com priorização de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde.

3 OBJETO DE ESTUDO

Atuação do cirurgião dentista na Estratégia do Programa Saúde da Família em Paço do Lumiar-MA, Brasil.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Estudar a atuação do cirurgião dentista que faz parte da Estratégia Saúde da Família no município de Paço do Lumiar tendo como parâmetro os princípios norteadores do SUS e do PSF.

4.2 Específicos

- Descrever o perfil dos cirurgiões dentistas que atuam nas ESB em Paço do Lumiar.
- Avaliar o conhecimento desses cirurgiões dentistas acerca dos princípios do SUS e do PSF.
- Verificar as atividades desenvolvidas por esses profissionais, tendo como referência os princípios do Programa, bem como o trabalho desenvolvido em equipe e com a comunidade.
- Analisar o relacionamento dos cirurgiões dentistas com os demais profissionais do PSF no município.
- Verificar o grau de satisfação do cirurgião dentista frente ao trabalho que desenvolve.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 Histórico da odontologia no Brasil

Rosenthal (1995), ao fazer um histórico da Odontologia no Brasil, descreve que, em 1600, havia no Rio de Janeiro “mestres” de vários ofícios, inclusive mestres cirurgiões e barbeiros. As práticas restringiam-se quase que só as extrações dentárias, as técnicas eram rudimentares, o instrumental inadequado e não havia nenhuma forma de higiene. Anestesia nem pensar. O barbeiro ou sangrador devia ser forte, impiedoso, impassível e rápido. Para exercer esta atividade, os profissionais dependiam de uma licença especial dada pelo “cirurgião-mor” da corte portuguesa. Somente em 09 de novembro de 1629 instituíram-se, através da Carta Régia, os exames aos cirurgiões e barbeiros.

Em 1839, é criada por Chaplin A. Harris, em Baltimore, Estados Unidos, a primeira escola de Odontologia do mundo: The Baltimore College of Dental Surgery.

No Brasil, Vicente Cândido Figueiredo de Sabóia (1835-1909) toma como um de seus objetivos a instituição do ensino de Odontologia. Em 1880, denominado Visconde de Sabóia, assume a direção da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e resolve atualizar o ensino superior, tanto material como cientificamente, o que culminou com a criação da primeira Faculdade de Odontologia do Brasil, a partir da criação do laboratório de cirurgia dentária, equipado com aparelhos e instrumentos encomendados dos Estados Unidos. Em seguida, com crédito especial obtido através da lei 3141 de 30 de outubro de 1882, monta também o laboratório de prótese dentária (ROSENTHAL, 1995).

No século XX, a prática odontológica expressa as profundas transformações vividas pela sociedade brasileira, com acentuado desenvolvimento econômico, industrialização e urbanização. Durante este período, surgiram várias “odontologias” com propostas diferentes de intervenção, muitas vezes norteadas pelo modelo exercido na Medicina. Não há uma cronologia rígida no que diz respeito ao início ou término desse ou daquele modelo de ação. Segundo Pinto (1992) apud Werneck (1994, p.33) o Brasil não possui tradição de normatização e coordenação das atividades odontológicas.

Fazendo-se um retrospecto dessas políticas de saúde bucal vimos surgir, na década de cinquenta, a Odontologia Sanitária, que Chaves (1960) apud Narvai (2002, p.30) definiu como:

Uma saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral, sob a responsabilidade do dentista sanitário devendo este ser capaz de manter sempre uma proporção entre as atividades desenvolvidas nas várias áreas de saúde pública e a importância relativa dos problemas. O objeto da Odontologia Sanitária é a saúde oral da comunidade, que poderá ser uma cidade ou parte dela, um estado, região ou país. Por mais extensa e complexa que seja, em última análise a comunidade local será o extremo da cadeia, o ponto de aplicação dos benefícios de um programa.

O autor enfatiza que esta Odontologia não deve ser confundida com prevenção, limitada à assistência a grupos específicos, pois, a odontologia sanitária é trabalho organizado da comunidade, na comunidade, no sentido de obter as melhores condições possíveis de saúde oral.

Durante os anos 60-70, a Odontologia Preventiva aparece com grande impacto em todo o mundo, sendo criadas disciplinas específicas sobre esse tema para o currículo da Odontologia. Entretanto, sempre existiu uma dicotomia entre o preventivo e o curativo, fazendo com que a Odontologia Preventiva fosse mais uma fragmentação de todo processo de ensino-aprendizagem das faculdades. Neste aspecto, Garrafa (1983) apud Narvai (2002, p.42) afirma que a abordagem da prevenção em uma disciplina isolada é discrepante, porque a prevenção em saúde deve constituir sinônimo de integração; integração de ações, de recursos, de esforços e com fundamentação social. A questão criticada era que as ações propostas estavam fundamentadas na compreensão do processo saúde-doença com base na 'história natural das doenças' sem, portanto, incluir o contexto social de forma simultânea e integral, sem envolver o homem e suas relações, mas apenas vendo-o como um ser estático.

Como forma de dar uma nova concepção à Odontologia, surge a chamada Odontologia Integral onde são identificados os seguintes elementos básicos:

- a) atitude preventiva, como meio essencial de preservação da saúde;
- b) a simplificação e adequação de atos, técnicas equipamentos, materiais e sistemas de trabalho;
- c) a desmonopolização do saber e do fazer através da educação, instrução e repasse do conhecimento à sociedade.

Werneck (1994) afirma que, sustentados por esta racionalidade técnica, os programas ocupam o espaço reservado a saúde bucal no âmbito dos serviços, mas, estruturam-se de tal forma, que não conseguem romper com seus próprios limites: não se integram, não avançam, não obtêm maiores recursos, e quase não produzem apenas se mantêm.

Opondo-se à mercantilização da saúde vimos surgir, no final dos anos oitenta, o termo Saúde Bucal Coletiva, com proposições que vão se contrapor à hegemonia da

Odontologia de mercado. Fazendo uma crítica à abordagem da saúde-doença feita na prática odontológica, Botazzo (1989) apud Narvai (2002 p. 104) afirma que:

Enquanto projeto histórico, o objeto de trabalho da saúde bucal coletiva não é o mesmo da prática odontológica, tendo esta última, como seu objeto de trabalho, a boca (corpo biológico) para o qual se organizam tecnologias que visam estabelecer o equilíbrio fundamental do indivíduo. Já a saúde bucal coletiva deve direcionar-se para o social como o lugar de produção das doenças bucais e aí buscar tecnologias que visem não a “cura” do paciente, mas sim a diminuição e o controle sobre os processos mórbidos tomados em sua dimensão coletiva.

Garrafa (1983, p.143) diz que a Odontologia terá de sair de sua passividade para ir ao encontro das necessidades populacionais, através de programas governamentais, atenção a funcionários de indústrias, etc. A saúde bucal coletiva tem o intuito de trazer para a odontologia o desafio de abraçar suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral, aspectos estes, fundamentais no campo da saúde.

Em suma, analisando-se a evolução das práticas odontológicas, caracterizando as principais correntes e o momento histórico em que surgiram, podemos observar que durante a maior parte do século, a Odontologia conseguiu manter-se como um sub-setor, “à parte” no setor saúde, reproduzindo, nos serviços públicos, o modelo predominante da prática liberal da profissão. Para Werneck (1994), resultam daí as dificuldades de se constituir como equipe, de trabalhar enquanto equipe e de não ter uma política de recursos humanos que compreenda o processo de trabalho em saúde em toda a sua amplitude. O que se espera é a consolidação das propostas apresentadas pela saúde bucal coletiva.

5.2 A inserção das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família

Desde os anos 50, os modelos assistências de Saúde Bucal no Brasil vêm sendo estruturados de forma verticalizada, dando-se um enfoque basicamente às atitudes junto aos escolares e ao atendimento à livre demanda em unidades de saúde, com ênfase a intervenção clínica e individual prestada no ambiente do consultório odontológico, apresentando potencial reduzido para superar os principais agravos à saúde bucal (OLIVEIRA, 1999). Esses modelos sempre foram muito criticados, em virtude de sua cobertura exígua e por centrar-se em ações curativas. Entretanto é importante registrar alguns de seus aspectos positivos, tais como: a metodologia do planejamento e programação, as ações de caráter coletivo, o desenvolvimento de equipamentos adequados à realidade econômica do país e o incremento da formação dos recursos humanos auxiliares, o que contribuiu, em muitos lugares, para a redução de cárie nos escolares da rede pública.

Nos anos 80 e 90, a oferta dos serviços de saúde bucal sofreu um processo de crescimento significativo, resultados dos movimentos institucionais precursores do SUS. As primeiras discussões sobre a “expansão” do PSF de forma a incluir outras categorias profissionais e, conseqüentemente, outras ações básicas em saúde, surgiram na esfera federal já em 1994, quando o PSF ainda era um projeto em vias de institucionalização no MS (ZANETI, 2000).

Esse mesmo autor relembra que instituições de alcance nacional, tais como o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS e especialmente o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, chegaram a formalizar documentos nesse sentido, mas não tiveram impacto bastante para serem incluídas no que o autor denomina de “engenharia programática” do PSF.

Sensibilizado com os dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, através da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar realizada em 1998, os quais demonstraram que um número expressivo de pessoas, estimado em 29,6 milhões (18,7% da população brasileira), nunca haviam tido acesso à consulta odontológica, apresentando-se as maiores proporções nas crianças menores de quatro anos (85,6%), nos homens (20,5%) e na população residente em áreas rurais (32,0%), no dia 25 de outubro de 2000, o Ministério da Saúde anuncia a inclusão das Equipes de Saúde Bucal no contexto do PSF. Em dezembro do mesmo ano, é publicada, no Diário Oficial da União, a portaria nº 1.444 que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios.

No ano seguinte, através da portaria nº 267, o MS divulga o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na atenção básica, tendo como principal objetivo “ampliar o acesso da população às ações de Saúde Bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pelo PSF, respeitando seus princípios organizativos e operacionais” (BRASIL, 2001).

Neste documento, fica estabelecido que a inclusão das ações de saúde bucal deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais:

- a) caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
- b) adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica da saúde;
- c) integralidade da assistência prestada à população adscrita;
- d) articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do sistema de Saúde;
- e) definição da família como núcleo central de abordagem;
- f) humanização do atendimento;
- g) abordagem multiprofissional;
- h) estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- i) educação permanente dos profissionais;
- j) acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

Segundo o MS, a inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de PSF, deverá ocorrer por meio de duas modalidades, a saber:

Modalidade I – que compreende um cirurgião dentista - CD e um Atendente de Consultório Dentário - ACD;

Modalidade II – que compreende um CD, um ACD e um Técnico em Higiene Dental - THD.

A carga horária desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais e cada ESB deverá atender, em média, a 6.900 habitantes (BRASIL, 2001).

5.3 Atribuições dos profissionais de saúde bucal no PSF

A Odontologia se depara, atualmente, com um novo contexto, o qual traz à tona o conflito oriundo de uma formação acadêmica puramente prática, onde o profissional é muito bem preparado tecnicamente, mas com uma enorme carência em relação à atenção coletiva, às ações interdisciplinares e intersetoriais e, principalmente, à percepção da multicausalidade dos processos mórbidos, sejam eles físicos, mentais ou sociais.

Segundo a portaria nº 267 de março de 2001, o MS (BRASIL, 2001) estabeleceu o elenco de condutas a serem adotadas pelos membros das ESB, dentro da atenção básica, que compreendem:

- I. Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação, das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família;
- II. Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal;
- III. Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal;
- IV. Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;
- V. Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal;
- VI. Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudo

Este estudo tem abordagem quantitativa, visando identificar as atividades dos cirurgiões dentistas nas Unidades Básicas de Saúde de Paço do Lumiar – MA, Brasil, e se estas ações estão de acordo com a Estratégia Saúde da Família. Buscou-se avaliar o conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre os princípios norteadores do SUS e do PSF como também as atividades desenvolvidas por esses profissionais inseridos no programa em Paço do Lumiar. Os cirurgiões dentistas foram esclarecidos quanto aos objetivos do trabalho e concordaram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

6.2 População

No PSF do Município de Paço do Lumiar atuam oito cirurgiões dentistas e todos aceitaram participar da pesquisa, excluindo-se 02 que fazem parte da equipe de pesquisadores do presente trabalho.

6.3 Coleta de dados

Em julho de 2006, foi aplicado o questionário (Apêndice B) com questões abertas e fechadas, que foi respondido pelo próprio CD no momento de uma visita feita pelos pesquisadores na Unidade Básica de Saúde - UBS durante o atendimento.

Inicialmente, foi explicada a proposta da pesquisa e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para que o profissional pudesse conhecer e participar do estudo, em seguida o profissional que aceitasse a participar passava a responder o questionário.

A estrutura do questionário foi montada de acordo com os objetivos do trabalho, as variáveis avaliadas constaram de dados de identificação, formação e qualificação específica; tempo de permanência no município; seus conhecimentos e práticas, abordando-se o processo

de trabalho diário tendo-se como referencial os princípios do SUS e da Estratégia Saúde da Família.

As respostas às perguntas fechadas foram quantificadas. As questões abertas foram classificadas e agrupadas para posterior quantificação. Empregou-se o software Excel for Windows para as análises tabular e gráfica.

7 RESULTADOS

Foram analisados os dados coletados junto aos seis cirurgiões dentistas. A seguir descreve-se inicialmente o perfil dos mesmos. No gráfico 1, observa-se uma predominância dos profissionais do sexo feminino, uma vez que 83,4% da população do estudo é composta por mulheres.

A distribuição quanto à faixa etária representada no gráfico, mostra que 33,4% dos profissionais têm até 30 anos e 66,6% estão acima dos 30 anos. Em relação ao tempo de formação, observa-se que 66,6% dos profissionais tem mais de 10 anos de formado, 33,4% de 1 a 5 anos. Cerca de 33,4% dos entrevistados fizeram curso de pós-graduação, sendo que, destes, apenas 1 refere especialização em Saúde da Família.

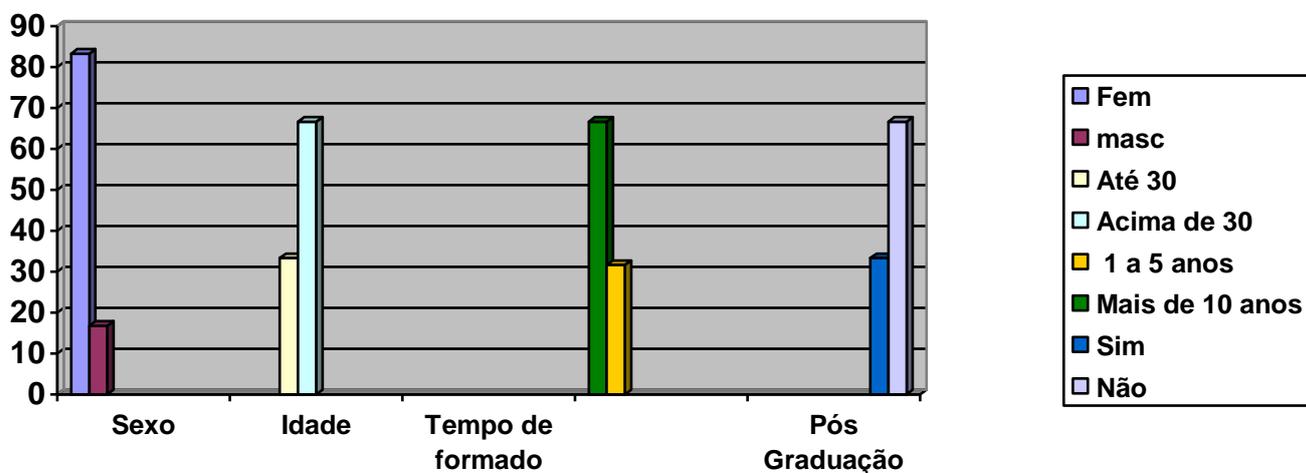


Gráfico 1 – Distribuição dos 6 cirurgiões dentistas do PSF de Paço do Lumiar-MA, Brasil, 2006, quanto ao sexo, idade, tempo de formado, realização de curso de Pós-Graduação.

Quanto ao tempo de permanência no município, 100% está no PSF há mais de um ano. Foi constatado que nenhum dos cirurgiões dentistas que atuam no Programa fez o curso introdutório para o PSF, este que deveria ser oferecido pela Secretaria Estadual de Saúde aos profissionais que passam a fazer parte das equipes de saúde da família. O curso introdutório tem a função de informar o profissional sobre as diretrizes do SUS e PSF norteando suas práticas na comunidade.

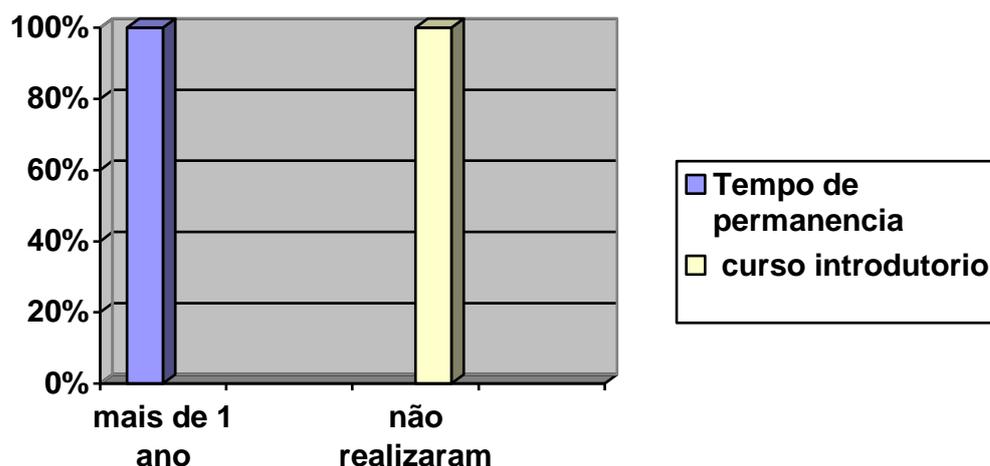


Gráfico 2 - Distribuição dos 6 cirurgiões dentistas em Paço do Lumiar-MA, Brasil, 2006, quanto ao tempo de permanência no Município e realização do curso introdutório ao PSF.

A tabela 1 mostra as atividades que foram identificadas e relacionadas pelos profissionais como de competência dos CD inseridos no PSF. Verifica-se que 66,6% citaram palestras educativas e ações curativas.

Tabela 1 – Ações a serem executadas pelos 6 cirurgiões dentistas de Paço do Lumiar - MA, Brasil, 2006, no PSF.

Atividades	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
• Palestras educativas	04	66,6%
• Ações Educativas/Preventivas em Geral	04	66,6%
• Ações Curativas	04	66,6%
• Visitas domiciliares	03	50,0%
• Levantamento Epidemiológico	02	33,4%

Quanto à questão da realização de algumas atividades em conjunto com o(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a), 83,4% dos entrevistados relataram que sim (Gráfico 3).

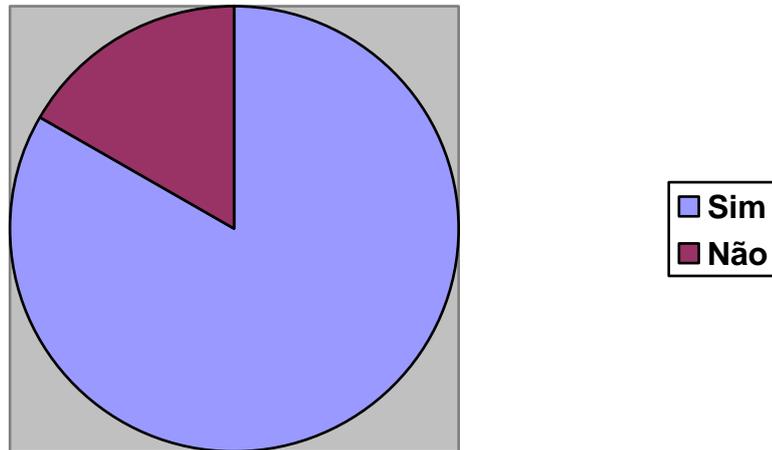


Gráfico 3 – Atividades realizadas por 6 cirurgiões dentistas em Paço do Lumiar - MA, Brasil, 2006, junto com médico/enfermeiro no PSF.

Na tabela 2 estão descritas as atividades desenvolvidas em equipe, em especial as ações educativas - preventivas.

Tabela 2 – Atividades desenvolvidas por 6 cirurgiões dentistas em Paço do Lumiar - MA, Brasil, 2006, em equipe do PSF.

Atividades	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
• Palestras educativas	03	50,0%
• Visitas em escolas	02	33,4%
• Visitas domiciliares	02	33,4%
• Ações co idosos	01	16,6%
• Aplicação tópica de flúor	01	16,6%

Em seguida são descritos os conhecimentos dos entrevistados sobre os princípios do SUS e do PSF, observando-se suas citações e/ou conceitos elaborados. Dentre os princípios citados pelos cirurgiões dentistas, destacam-se, na Tabela 3 o princípio da Universalidade com 66,6%, seguido do princípio da Equidade com 50%.

Tabela 3 – Conhecimento dos 6 cirurgiões dentistas de Paço do Lumiar - MA, Brasil, 2006, sobre os princípios do SUS.

Princípios Enumerados	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
• Universalidade	04	66,6%
• Equidade	03	50,0%
• Integralidade	03	50,0%
• Regionalização	01	16,6%
• Descentralização	01	16,6%
• Nenhum Princípio	01	16,6%

Na questão que envolve os princípios do PSF, na tabela 4, o conteúdo das respostas foi analisado e o princípio mais citado foi trabalho em equipe e um profissional não citou nenhum princípio.

Tabela 4 - Conhecimento dos seis cirurgiões dentistas sobre os princípios do Programa Saúde da Família. Paço do Lumiar - MA, Brasil, 2006.

Princípios Enumerados	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
• Trabalho em equipe	03	50,0%
• Territorialização	02	33,4%
• Co-responsabilidade	02	33,4%
• Humanização	01	16,6%
• Resolutividade	01	16,6 %
• Nenhum princípio	01	16,6 %

No Gráfico 4 demonstra-se a periodicidade com que os cirurgiões dentistas reúnem-se com a equipe completa do PSF, despertando a atenção para 50% dos profissionais que não fazem reuniões para programar ações coletivas em equipe.

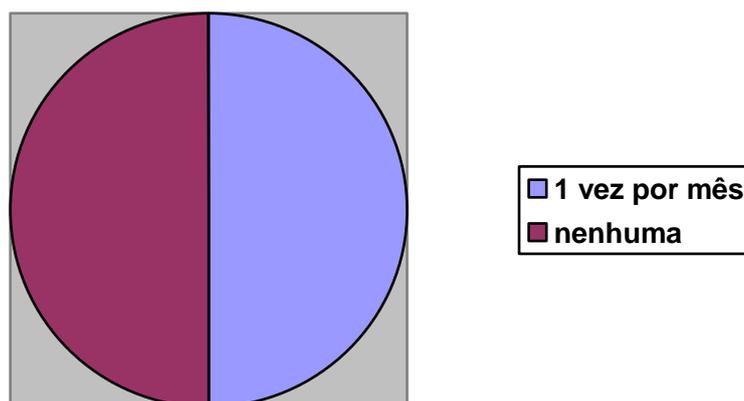


Gráfico 4 - Periodicidade que os 6 cirurgiões dentistas de Paço do Lumiar - MA, Brasil, 2006, reúnem-se com sua equipe de PSF.

De acordo com os questionários 83,4%, ou seja, 5 (cinco) CDs já fizeram ou fazem atividades com grupos na comunidade (Tabela 5), destacando-se que o principal grupo trabalhado (Tabela 6) é o de crianças em idade escolar realizando palestras educativas, e aplicação tópica de flúor.

Tabela 5 - Atividades realizadas por seis cirurgiões dentistas de Paço do Lumiar - MA, Brasil, 2006, com grupos formados na comunidade.

Ações Desenvolvidas	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Palestras Educativas	05	83,4%
Aplicação Tópica de flúor	05	83,4%
Distribuição de Escovas	04	66,6%
Escovação Supervisionada	04	66,6%
Em Branco	01	16,6%

Tabela 6 – Grupos comunitários formados por 6 cirurgiões dentistas de Paço do Lumiar - MA, Brasil, 2006, para ações educativas.

Grupos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Escolares	05	83,4%
Adolescentes	01	16,6%
Nenhum grupo	01	16,6%

De acordo com a pergunta sobre como é a relação com os demais profissionais da saúde e os fatores facilitadores e dificultadores da relação, 83,4% afirmaram ser a relação boa. Um cirurgião dentista fez a seguinte observação: “*Fator facilitador – os profissionais terem o mesmo objetivo para o bem comum. Fator dificultador - horários corridos e muito trabalho*”.

Quando questionados sobre sua satisfação em relação ao trabalho desenvolvido, 16,6 % se definiu pouco satisfeito; 83,4% satisfeitos, como demonstra o gráfico 5.

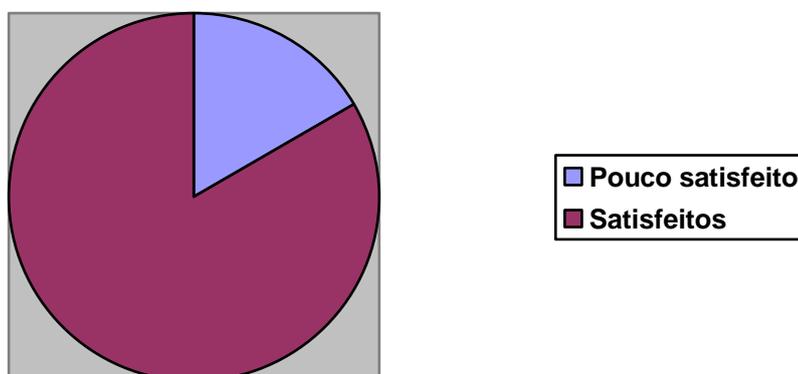


Gráfico 5 – Classificação quanto à satisfação do cirurgião dentista em relação ao trabalho desenvolvido na equipe de PSF. Paço do Lumiar - MA, Brasil, 2006.

8 DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, os resultados encontrados demonstram a predominância do sexo feminino entre os cirurgiões dentistas, o que condiz com uma pesquisa realizada por Gontijo (2002), que observa a predominância do sexo feminino no curso de odontologia, pois 74% dos ingressantes eram do sexo feminino.

Quanto à presença de 66,6 % dos entrevistados terem acima de 30 anos, o mesmo foi observado por Carlos (2004) quando pesquisou o perfil do cirurgião dentista inserido no PSF. O fato de 66,6 % dos profissionais terem mais de 10 anos de formado nos leva a crer que esses tiveram uma formação voltada à prática tradicional, tecnicista centrada na doença, individualista e mecanicista, o que pode dificultar a mudança de comportamento exigida pela Estratégia Saúde da Família, onde é necessária uma abordagem clínica ampliada, coletiva, buscando a promoção da saúde, integralidade da atenção, conhecimento sobre a realidade e trabalho em equipe interdisciplinar.

Gontijo (2002) afirma que a saúde coletiva ou a odontologia social e preventiva são vistas como áreas de pouco retorno financeiro e confundidas como ações de cunho assistencialista, apresentando baixo índice de escolha pelos estudantes. Observou-se nos resultados dessa pesquisa que apenas um CD fez pós-graduação em Saúde da Família. Há que se destacar que especialização em Saúde da Família constitui-se como campo recente de estudo, tendo-se expandido na última década.

Verificou-se que a não realização do curso de introdução à Estratégia Saúde da Família teve influência nas respostas dos profissionais, em relação à citação dos princípios do SUS e PSF, pois dos seis cirurgiões dentistas nenhum conhecia todos os princípios e apenas alguns poucos conheciam um ou outro princípio. Isso se torna grave na medida que eles são profissionais inseridos no PSF e SUS, trabalhando sem conhecê-los, ou seja, sem conhecer os fundamentos teóricos que deveriam nortear suas práticas.

Segundo Moreira (1999), o cirurgião dentista só deveria ser incorporado à equipe do PSF após capacitação, que por sua vez deve mostrar com clareza ao profissional a compreensão da política de saúde proposta pelo SUS. Deve também, estimular a descentralização dos saberes da saúde bucal para o restante da equipe, proporcionando o desenvolvimento de atividades em grupos comunitários, visando o processo de educação e saúde.

Os cirurgiões dentistas identificaram ações educativas, preventivas e curativas como sendo de sua competência, a maioria informa trabalhar com grupos de escolares, realizando palestras educativas e aplicação tópica de flúor, seguindo orientações da Secretaria Municipal de Saúde.

Observou-se neste estudo que em relação aos princípios do SUS, a Universalidade foi o mais citado com 66,6 % das respostas. Cerca de 50 % dos profissionais não se reúne para planejar ações coletivas com a equipe, o que demonstra falta de entrosamento entre os profissionais do PSF.

De acordo com os resultados, 83,4% dos profissionais conceituaram a relação com os demais membros do PSF como “boa”, sendo que o fator facilitador seria “*os profissionais terem o mesmo objetivo para o bem comum*”, e o fator dificultador seria “*horários corridos / muito trabalho*”, ou seja, a relação profissional entre eles deixa a desejar, pois os mesmos não encontram tempo ou não se organizam em reuniões para planejar ações coletivas, e mesmo assim, 83,4% se conceituam satisfeitos com o trabalho que desenvolvem.

9 CONCLUSÃO

O perfil do cirurgião dentista que compôs o presente estudo caracterizou-se pela predominância de profissionais do sexo feminino, com idade superior a 30 anos e com graduação concluída há mais de dez anos. A maioria da população do estudo não fez curso de pós-graduação, e, dentre os profissionais que realizaram cursos de especialização, apenas um o fez em Saúde da Família. O curso introdutório ao PSF não foi oferecido às ESB de Paço do Lumiar.

Em relação ao conhecimento do CD sobre os princípios do SUS e PSF, o princípio da universalidade e o da equidade foram os princípios do SUS mais citados pelos cirurgiões dentistas. Trabalho em equipe foi o princípio do PSF mais citado, no entanto observou-se que nenhum dos profissionais conhecia todos os princípios do SUS e PSF. Isso demonstra que mesmo sendo profissionais inseridos no programa, trabalham sem conhecer os fundamentos teóricos que deveriam nortear suas práticas em atividades na comunidade.

Considerando as atribuições das equipes de saúde bucal no PSF, observou-se que as palestras educativas, seguida de ações curativas foram as atividades identificadas e relacionadas pelos profissionais como de competência dos cirurgiões dentistas inseridos na estratégia, sendo que a maioria dos profissionais entrevistados participa de ações coletivas com o médico e/ou enfermeiro que compõem a equipe de Saúde da Família. As palestras educativas e aplicação de flúor destacaram-se como as principais ações realizadas pelos profissionais nos grupos comunitários.

A relação com os demais profissionais da saúde foi considerada boa pela maioria dos entrevistados, mas, não foi observada uma periodicidade de reunião dos cirurgiões dentistas com a equipe completa de saúde da família, a fim de programar ações coletivas em saúde bucal.

A maior parte dos profissionais informou estarem satisfeitos com o trabalho que desenvolvem no município.

A atuação/participação do CD na estratégia saúde da família no município de Paço do Lumiar encontra-se ainda fortemente vinculada aos paradigmas que norteiam o modelo assistencialista/curativista centrado na doença, fazendo-se, portanto, necessária a busca e adoção de estratégias que possibilitem a modificação, nesses profissionais, da forma de pensar e fazer saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição/1998. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº673, de 03 de 2003. Brasília, 2003.
- _____.Ministério da Saúde. **Saúde mais perto**: Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- _____.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica da Saúde Bucal. Brasília;Ministério da Saúde, 2001.
- _____.Ministério da Saúde. Portaria nº267, de 06 de março de 2001. Brasília, 2001.
- _____.Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000. Brasília, 2000.
- CARLOS, I.M.F. **Conhecimentos e atribuições dos cirurgiões dentistas inseridos no Programa Saúde da Família (PSF)**. 2004. 56p. Dissertação (mestrado em ciências da saúde) Universidade Federal do Maranhão, São Luis.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2ª. Relatório Final. Brasília, Setembro 1993.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1º Relatório Final. Brasília, Outubro 1986.
- FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.
- FONTINELE JR., K. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2003.
- GARRAFA, V. **Contra o monopólio da saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Achiamê, 1983.143p.
- GONTIJO, L.P.T. **A saúde bucal coletiva na visão do estudante de odontologia**: Estudo de uma experiência. 2002. 219p. Dissertação(mestrado em saúde pública) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/ MS, Pesquisa nacional por amostragem de domicílio, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 1996. 269p.

MOREIRA, L.C.H. **A saúde bucal coletiva no contexto do Programa Médico da Família de Niterói/RJ**: O dentista de família, 1999. 148p. Dissertação(Mestrado em odontologia social) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói.

MOYSÈS, S. J. ; SILVEIRA FILHO, A.D. Saúde bucal da família: quando o corpo ganha uma boca. In: **Os dizeres da boca em Curitiba**. Rio de Janeiro: Cebes, 2002.p.133-161.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2 ed. São Paulo: Ed. Santos, 2002.108p.

OLIVEIRA, A.G. R da C. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal: tendências e perspectivas. **Revista ação coletiva**, Brasília, v. II, N.1, p.9-14, jan./mar. 1999.

ROSENTHAL, Elias. A história da odontologia no brasil. **Jornal APCD**, São Paulo, 1995. Disponível em: <<http://www.geocities.com/odontoufpr/historia.html>>.Acesso em: 10 jan.2006.

SOUSA, M. F. de. **A cor-agem do PSF**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.128p.

WERNECK, M.A.F. **A saúde bucal no SUS**: uma perspectiva de mudança. 1994. Tese (Doutorado em Odontologia Social) Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro.

ZANETTI, C.H.G. **Saúde bucal no programa saúde da família (PSF) - proposição e programação**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletivaunb.br>>. Acesso em: 28 dez.2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**LABORO: EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientador (a): SUELI ROSINA TONIAL – AV. Marechal Castelo Branco,605,São Francisco,65076-090,fone-32355628 e ERIKA B.A.F.THOMAZ – 3248 5573

Pesquisadores: Roseneide Aparecida Rehbein

Silvio Rocha Duarte

Vitor Roberto Ahid

Carlíane Cristina Campelo Calvet

Silvia Helena Lobão Delgado

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa/HU-UFMA: Wildoberto Batista Gurgel

Endereço do Comitê; R. Barão de Itapary, 227 Centro; Fone: 32191233

Título do trabalho: ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - PAÇO DO LUMIAR – MA, BRASIL

Eu, _____

abaixo assinado, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelos pesquisadores responsáveis sobre os objetivos e metodologia empregada nesse estudo, que autorizo a minha participação na pesquisa que estudará a atuação das equipes de saúde bucal inseridas no Programa Saúde da Família no município de Paço do Lumiar, não havendo riscos ou desconfortos a ninguém. Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa. Além disso, posso, a qualquer momento, solicitar minha exclusão do estudo sem qualquer ônus ou prejuízo. Fica ainda garantida a privacidade das informações que forneci. Não haverá nenhum custo ao entrevistado para realização da pesquisa.

Paço do Lumiar, ____ de _____ de 2006

Assinatura e carimbo
do Pesquisador responsável

Assinatura do participante
ou Responsável

Testemunha 1

Testemunha 2

APÊNDICE B – Questionário para Coleta de Dados

**LABORO: EXCELÊNCIA EM PÓS – GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Título da pesquisa: ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO - DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - PAÇO DO LUMIAR – MA, BRASIL

QUESTIONÁRIO nº ____

Idade _____ sexo _____

1) Quanto tempo você tem de formado?

- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- Acima de 10 anos

2) Você fez ou faz algum curso de pós-graduação?

- Sim
- Não

Em caso afirmativo, qual (is)?

3) Quanto tempo você trabalha neste município no PSF?

- 6 meses a 1 ano
- Acima de 1 ano

5) Você já fez o Curso Introdutório para o PSF?

- Sim
- Não

6) Na sua opinião, que ações os cirurgiões-dentistas devem executar como membro da equipe do Programa Saúde da Família (PSF)?

11) Você já organizou algum grupo da comunidade para trabalhar a educação em saúde bucal?

() Sim

() Não

Em caso afirmativo, qual (is) grupo(s)? _____

Qual (is) atividade(s) realizada(s)? _____

12) Como é a sua relação com os demais profissionais de saúde da sua UBS? Quais os fatores facilitadores e dificultadores dessa integração?

13) Qual o seu grau de satisfação em relação ao trabalho que desenvolve?

Muito satisfeito () Satisfeito () Pouco satisfeito () Insatisfeito ()

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO

Rehbein, Roseneide Aparecida et al

Atuação do cirurgião dentista na estratégia saúde da família – Paço do Lumiar – MA./ Roseneide Aparecida Rehbein; Silvio Rocha Duarte; Vitor Roberto Ahid; Carliane Cristina Campelo Calvet; Silvia Helena Lobão Delgado– São Luis, 2007.

41 f

Monografia (Especialização em Saúde da Família) – LABORO – Excelência em Pós - Graduação/Universidade Estácio de Sá, São Luis – Maranhão, 2007.

1. Odontologia. 2 Estratégia Saúde da Família

CDU 616.314