

A Importância do Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde da Família

Mateus Stoffel Machado¹

Simone Silva de Oliveira²

Renan Antonio Ceretta³

Resumo

O Sistema Único de Saúde é um processo social em construção permanente, sendo fundamental a discussão contínua sobre seu modelo de atenção. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu com a intenção de reorganizar o processo de trabalho em saúde, particularmente na atenção primária, e, nesta reestruturação, a equipe de saúde bucal (ESB) tem papel importante nas mudanças dentro dos serviços de saúde, no entanto, o cirurgião-dentista foi inserido nessa estrutura somente no ano 2000. Verificou-se que o aprendizado adquirido durante a formação acadêmica do cirurgião dentista, na maioria das vezes, se mostrou insuficiente para desenvolver o trabalho na ESF, pois ao se analisarem as atividades desenvolvidas de promoção da saúde, observou-se que as mesmas se resumem a Prevenção e Educação em Saúde.

Palavras-chave: Programa saúde da família. Saúde bucal. Atenção primária à saúde. Promoção da saúde.

¹Odontólogo. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: mateus_stoffel@hotmail.com.

²Odontólogo. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: simoneodonto1994@gmail.com.

³Odontólogo. Tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: rce@unesc.net.

Introdução

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, quando criou o Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões prévias, consolidadas na VIII Conferência de Saúde e materializadas na Constituinte pela luta dos políticos, sanitaristas e gestores comprometidos com a reforma.

do sistema, ofereceram a população a oportunidade de consolidar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Apresenta-se organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas sendo atuante em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, todavia, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que incluem, além da Saúde, a Assistência Social e a Previdência. Em 1988, concluiu-se todo processo constituinte e foi promulgada a chamada “Constituição Cidadã”, considerada um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública.

A Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, incorporando uma nova visão. Para se ter saúde, é preciso o acesso a um conjunto de fatores, como: emprego, lazer, educação, alimentação e moradia. O artigo 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantido através de políticas sociais e econômicas que objetivem a diminuição do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com esse artigo fica estabelecida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde. O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de relevância pública, e destinado ao poder público a sua regulamentação, fiscalização, além do controle das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O Sistema Único de Saúde apresenta, então, princípios e diretrizes próprias: O princípio da Universalidade, garantido no artigo 196 da Constituição Federal, afirma que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Dessa forma

todos os cidadãos brasileiros tem direito à saúde independente de pagamento ou contribuição de qualquer espécie (MATTA, 2009).

O princípio da Integralidade mostra que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que sejam minoria em relação ao total da população, ou seja, a cada indivíduo de acordo com suas necessidades, incluindo o que se refere aos níveis de complexidade diferenciados (MATTA, 2009). O princípio da Equidade vem de encontro com a necessidade de diminuição das diferenças sociais e regionais em nosso país. Fator determinante para tanto é a política adotada para a incorporação tecnológica e o investimento estratégico e prioritário na luta contra situações agudas ou extremas. Um exemplo são as ações e os serviços voltados a atenção básica de saúde (MATTA, 2009).

A diretriz da Descentralização está direcionada à distribuição de poder político de responsabilidade e de recursos da esfera federal (representada pelo Ministério da Saúde) para a esfera estadual (representada pelas Secretarias Estaduais de Saúde) e a municipal (representada pelas Secretarias Municipais de Saúde) (SANTOS, 2007).

A diretriz de Regionalização e Hierarquização corresponde a organização do sistema que deve evidenciar a noção de território, onde são estabelecidos perfis populacionais, condições de vida e suporte social indicadores epidemiológicos que devem orientar as ações e serviços de saúde de uma região. A regionalização deve ser encaminhada pela hierarquização dos níveis de complexidade associadas as necessidades de saúde das pessoas, organizando toda rede de ações e serviços desde as ações básicas de promoção e prevenção até as ações de maior complexidade (MATTA, 2009).

A diretriz da Participação da Comunidade foi definida na VIII Conferência Nacional de Saúde e demonstra que a participação da população ocorre através de suas entidades representativas na articulação de políticas, no planejamento, na gestão, na execução e avaliação das ações de saúde (MATTA, 2009).

O texto da constituição mostra claramente que a concepção do SUS estava fundamentada na formulação de um modelo de saúde direcionado para as necessidades da população, procurando buscar o compromisso do Estado para com o bem-estar da população, principalmente no que diz respeito à saúde coletiva, estabelecendo-o como um dos direitos da cidadania. Durante o ano de 1989,

originaram-se negociações para a promulgação da lei complementar que daria bases operacionais à reforma e iniciaria a construção do SUS. As Leis Orgânicas da saúde são: Lei 8080 (19 de setembro de 1990), refere-se a descentralização política e administrativa do SUS, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo território nacional. E a lei 8142 que determina o formato da participação popular no SUS e discorre sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. O SUS possui instâncias colegiadas de participação popular em cada esfera do governo: Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde (SUS, 2000).

A necessidade de reestruturar o modelo assistencial tradicional, que era focado nas práticas curativas e de atenção individual, foi crucial para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em bases locais, a partir de 1990. Os princípios da universalidade, equidade, integralidade e as diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular orientam a operacionalização das ações e serviços, estimulando avanços na qualidade do atendimento e garantindo a toda a população acesso aos serviços de saúde de qualidade (CRUZ et al., 2009).

Discussão

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia do Ministério da Saúde, iniciada em 1994, que objetiva reestruturar a atenção básica através da quebra do modelo assistencial de saúde, ainda hegemônico, assinalado pela assistência à doença em prejuízo a promoção da saúde, pela prática técnico-biológico, pelo individualismo, e pelo baixo resultado, que tem produzido, ao longo dos anos, um alto grau de insatisfação nos usuários dos serviços públicos de saúde.

As primeiras equipes multidisciplinares do Programa Saúde da Família eram compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde incorporando e ampliando a atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, com o objetivo de transferir a atenção focalizada no indivíduo, para uma lógica de abordagem familiar,

dentro do seu ambiente físico e social. Desta forma, o PSF busca a promoção da saúde através de um conjunto de ações individuais e coletivas, que possibilita a reorganização dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde, objetivando a construção de um modelo assistencial de atenção, centrado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, que sejam condizentes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e focado aos indivíduos, suas famílias e comunidades (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

Discussões no contexto social, em ambientes acadêmicos e políticos coagiram o ministério da saúde a incluir a saúde bucal no PSF. A Portaria nº 1444 de 28 de dezembro de 2000, prevê incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal e define que as equipes de saúde bucal podem ser de dois tipos: modalidade I (um CD(Cirurgião-Dentista) e um atendente de consultório dentário – ACD) e modalidade II (um CD, um ACD e um Técnico de Higiene Dental – THD). Após esta determinação outras diretrizes e portarias estabeleceram os detalhes da atuação da Odontologia no ESF (VILARINHO; MENDES; PRADO JUNIOR, 2007).

Fato decisivo para a determinação político-institucional de inclusão da saúde bucal na ESF foi a divulgação dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD (BRASIL, 2000), mostrando à sociedade brasileira informações que, sob o ponto de vista ético, confrontavam o papel do Estado enquanto provedor de ações e serviços de saúde à população brasileira. As informações que demonstravam a necessidade de inclusão de políticas para as ações de saúde bucal foram: que cerca de 30 milhões de brasileiros nunca haviam utilizado qualquer forma de atenção odontológica no Brasil; destes, quase 20 milhões eram crianças e jovens até 19 anos, muitos dos quais morando em áreas consideradas urbanas e regiões metropolitanas; entre os moradores da zona rural a situação era ainda mais preocupante; aos idosos restaria a resignação ou conformismo diante do fato que 2/3 deles eram desdentados totais após os 70 anos de idade.

Um levantamento epidemiológico nacional demonstrou uma realidade dramática da saúde bucal da população revelando que o país está dentro de padrões internacionais estabelecidos para saúde bucal apenas para a faixa etária de 12 anos de idade. Enquanto isso, a situação dos idosos é epidemiologicamente

adversa, desenhando um quadro de elevado número de perdas dentárias, para situações que poderiam ser prevenidas, além de insuficiente reabilitação protética. É importante ressaltar também, que a distribuição das doenças bucais se dá de forma irregular no território brasileiro, acompanhando as dificuldades no acesso a serviços e medidas promocionais preventivas, como o acesso à água fluoretada (GABARDO et al., 2008).

Em saúde bucal coletiva, o padrão da atenção restrita a escolares do ensino fundamental interpõe-se nas políticas públicas no Brasil de forma dominante, desde a década de 1950 sendo conhecido como “Modelo Incremental de Atenção ao Escolar” concebido pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública - FSESP. Apesar da importância histórica deste modelo para escolares, não podemos negar seu esgotamento pela deficiência no controle dos problemas bucais, ou pela falta de acesso de grupos de jovens e adultos aos serviços odontológicos, fato que vai de encontro ao princípio de acesso universal no SUS.

Para estes jovens e adultos, originou-se, a partir da década de 1980, o conceito de “geração perdida”, isto é, a conformidade que, para estes, não haveria mais o que fazer, restando continuar as ações mutiladoras. Por outro lado, continuou-se a dedicar todos os esforços na melhoria dos indicadores epidemiológicos para grupos formados de crianças e jovens inscritos formalmente em escolas de Ensino Fundamental e Médio.

Este discurso, cheio de desprezo às normas básicas quanto ao direito dos cidadãos e carente de princípios éticos e humanísticos, foi fortemente debatido por aqueles que compreendem os serviços de saúde como direito primário de cidadania, como instrumento de defesa do direito de acesso à saúde e à qualidade de vida. Não obstante, o discurso de exclusão social confronta o princípio da universalidade e da equidade do SUS. Assim, a prevalência de um novo modelo de prática, mais resolutivo, solidário e inclusivo a todos os segmentos da população deu impulso para a inclusão da saúde bucal na ESF (CRUZ et al., 2009).

Contudo, O CD que trabalha no ESF vê-se frente a muitos desafios, pois recebeu uma educação direcionada para questões biológicas, curativas e técnicas com pouco destaque para os fatores sócio-econômicos e psicológicos do processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades que envolvam promoção, manutenção e recuperação da saúde não estando, na maioria das vezes, preparados para desempenhar seu papel neste novo modelo de atenção.

Apesar dos CD's encontraram-se presos ao modelo curativo, estão se tornando conscientes do novo papel a desempenharem de acordo com os princípios do SUS, contudo, alguns problemas foram percebidos na análise da prática diária odontológica na grande maioria dos municípios: dificuldade no cumprimento de horário por parte dos CD's, falhas no processo de municipalização da saúde, falta de planejamento adequado as ações de saúde, a atenção odontológica direcionada para quantidade de procedimentos, a permanência do modelo curativo tecnicista no atendimento odontológico e, por último, a autonomia e ações individuais do profissional (VILARINHO; MENDES; PRADO JUNIOR, 2007).

Para o funcionamento desse novo modelo, é imprescindível constatar-se a necessidade da formação de recursos humanos na Odontologia, voltadas para o desenvolvimento desse processo de trabalho (PINHEIRO et al., 2008). Desde as décadas de 1960/70, muitos países desenvolvidos começaram a perceber que os valores financeiros investidos no tratamento das doenças cárie e periodontal, por meio de procedimentos operatórios, não produziam uma boa relação custo/benefício. Os estudos epidemiológicos, comprovavam que este tipo de atenção odontológica não melhorava os indicadores de saúde bucal.

Assim, começaram a investir um volume de recursos em pesquisas, com o objetivo de redirecionar o caminho da Odontologia. Essa iniciativa levou a uma nova estruturação da Odontologia, dos modelos dominantes na explicação da realidade social, bem como das responsabilidades das universidades perante esta realidade, com repercussões nas reformas de ensino. Começou, então, a se propor um novo caminho de prática de saúde bucal no cenário do Brasil. Na década de 1990, os debates sobre as formas de atenção à saúde se intensificaram, debatia-se esta questão, porém, com muitas dificuldades e obstáculos a serem enfrentados, principalmente, sobre o caráter social da formação e da prática do futuro profissional de odontologia.

Dessa forma passou-se a questionar o tipo de formação que estava sendo desenvolvido, procurando encontrar soluções compatíveis à formação desse mais novo profissional de Odontologia voltado às necessidades de saúde da população. Percebe-se, entretanto, que esta nova forma de propiciar uma formação voltada para a realidade social, apesar de já estar presente nos acadêmicos com relação às práticas de saúde bucal, na prática, não se encontra evidente, pois a formação da maioria dos novos profissionais egressos das universidades ainda

mantem-se direcionada para o tecnicismo. Estes deveriam ser orientados a usarem seus conhecimentos técnico-científicos na promoção de saúde bucal e na solução dos problemas causados pelas doenças orais.

A sugestão desta nova concepção na formação do profissional odontólogo pode ser analisada no texto das Diretrizes Curriculares Nacionais, publicado no ano de 2002, pelo Ministério da Educação do Brasil, para os cursos de Odontologia, no qual é descrito o perfil do formando egresso e do profissional, como cirurgião-dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da comunidade.

Objetiva-se, portanto, com esse novo perfil, um profissional que se insira no plano social, que possa atuar tanto no consultório particular quanto em equipes multidisciplinares de saúde, uma vez que os cirurgiões-dentistas foram formados, até então, quase que exclusivamente, para o exercício profissional tecnicista. Desta forma, embora as indicações propostas nas diretrizes curriculares para o curso de Odontologia sejam recentes, do ano de 2002, é importante analisar a realidade da formação dos alunos. O perfil do profissional egresso dos vários cursos de Odontologia, em relação à nova forma, de compromissos éticos com a sociedade, ajudando o usuário do SUS a viver com saúde, requer grandes discussões. A formação do cirurgião dentista e seu modo de promover saúde constituem a mais nova realidade do discurso da saúde coletiva que busca como objetivo final a promoção de saúde do indivíduo e da comunidade (PINHEIRO et al.,2008).

Assim, nesse momento histórico a inserção da saúde bucal no ESF passa a demandar uma reorganização da prática odontológica, pois o dentista precisa ser sujeito de um processo de qualificação profissional, objetivando integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas associadas a esta estratégia de intervenção populacional baseada no território, com vistas à efetivação do SUS (CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007).

A educação permanente em saúde dos profissionais pode ser descrita como um processo contínuo de atualização das práticas diárias de trabalho, no qual se envolvem equipes de saúde, gestores e instituições. O maior investimento em

capacitação e sensibilização das equipes nos temas relacionados à saúde coletiva e à ESF deve demandar maior atenção dos níveis decisórios institucionais. O acesso da equipe aos conhecimentos fundamentais na área de saúde bucal coletiva, conhecimentos direcionados às particularidades próprias daqueles profissionais que atuam em saúde da família, conhecimentos necessários para o melhor desenvolvimento da estratégia da atenção familiar devem ser priorizados, não em prejuízo ao desenvolvimento de habilidades técnicas da clínica diária, mas de maneira tão importante quanto estas habilidades. O profissional de saúde deve estar constantemente procurando conhecimento e informação relacionados ao seu trabalho em saúde bucal coletiva. O treinamento que direciona o trabalho em saúde da família por educação continuada externa ou em serviço, é fundamental para atender as necessidades comuns do profissional na busca da melhor atenção às comunidades sob sua responsabilidade.

A busca desses conhecimentos, por meio de incentivo e facilitação aos meios pedagógicos disponíveis (livros, periódicos, revistas, meios eletrônicos, cursos e palestras, entre outros), deve fazer parte do constante aperfeiçoamento profissional, capacitação e educação permanente dos profissionais das ESB atuando na ESF. Deve também ter estimulado o desenvolvimento de consciência cidadã e ética em serviço para a construção de sistemas locais de saúde mais acessíveis a todos, além de solidários. A importante capacitação em saúde bucal coletiva deve estimular a equipe para o desenvolvimento de ações de saúde que vão do planejamento em saúde à realização de investigações epidemiológicas locais. No que se refere ao trabalho em equipe multiprofissional, há a necessidade de dividir conhecimentos e enfrentar problemas, formulando uma resposta decisiva aos fatores comuns de risco que as comunidades alvo das equipes estão submetidas (CRUZ et al., 2009).

É importante que os profissionais de saúde bucal distribuam o tempo em outras atividades preconizadas pelo Programa, tais como o desenvolvimento de ações educativas e preventivas em saúde bucal. A valorização das ações se faz presente nas atividades escolares, com grupos na unidade de saúde e até nos domicílios. Nestes trabalhos, normalmente se percebe o envolvimento de professores e familiares transformando-os, juntamente com os escolares, agentes multiplicadores na comunidade em que residem. Nessas ocasiões, os profissionais interagem nitidamente com a comunidade em que atuam através da realização de

trabalhos diferentes daqueles realizados antes da implantação do ESF. As visitas domiciliares revelam uma nova experiência vivenciada por estes profissionais, o que reforça às diretrizes do Programa relativo ao seu caráter inovador, procurando facilitar o acesso aos serviços de saúde e estender a assistência aos usuários. Percebe-se também a importância de atender a uma população definida com a qual o convívio direto reafirma relações de compromisso e responsabilidade entre profissionais da ESF e usuários do serviço (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2009).

No entanto, apesar das dificuldades e contradições que implicam o enfrentamento de situações complexas, exigindo intervenção intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, é possível a consolidação do modelo da ESF para as ações de saúde bucal, por se tratar de uma estratégia necessária e pertinente (CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007). A concretização dos princípios e diretrizes do SUS é o grande desafio apresentado às equipes de saúde e aos gestores de serviços. A saúde bucal na ESF coloca-se em contradição ao modelo hegemônico curativo-reabilitador apoiado em critérios clínicos e individuais. Pesquisa novas bases e critérios, com introdução de princípios norteadores de base populacional, provenientes do campo da saúde coletiva, e procura fazê-los reais no cotidiano de usuários sob a forma de melhores serviços, contudo, precisamos ressaltar que maior acesso aos serviços, continua a ser o grande desafio das ESB na ESF (MOYSÉS et al., 2008).

Considerações Finais

A grande ênfase à introdução das equipes de saúde bucal em estratégias de saúde da família é que, em nível central, os profissionais devem atuar em equipes multidisciplinares no planejamento de políticas públicas e no planejamento de ações de vigilância da saúde da coletividade e, em nível local, as atribuições do profissional podem ser voltadas para o crescimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorganização dos serviços de saúde, reafirmando que os cursos de Odontologia precisam ser reformulados para formar profissionais capacitados a exercerem uma prática que seja condizente com os princípios e objetivos do SUS.

Referências

BARBOSA, Aldenísia Alves Albuquerque; BRITO, Ewerton William Gomes; COSTA, Íris do Céu Clara. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Ciência Odontológica Brasileira**. São José dos Campos, v.10, n.3, p.53-60, jul./set. 2007.

BRASIL. Ministério do Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: acesso e utilização de serviços de saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1)ISBN: 978-85-89545-61-7.

CERICATO, Graziela Oro; GARBIN, Daniela; FERNANDES, Ana Paula Soares. A Inserção do Cirurgião Dentista no PSF:Uma Revisão Crítica Sobre as Ações e os Métodos de Avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **Revista da Faculdade de Odontologia – UPF. Passo Fundo**, v. 12, n. 3, p. 18-23, dez. 2007.

CRUZ, B. Daniely; GABARDO, Marilisa; Carneiro Leão; DITTERICH, Rafael Gomez; MOYSÉS, Samuel Jorge, NASCIMENTO, Antonio Carlos. Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família:Uma Perspectiva a partir da Equipe de Saúde Bucal. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 168-175, jun. 2009.

GABARDO, M. C. L. et al. Inequalities in public water supply fluoridation in Brazil: An ecological study. **BMC Oral Health**, London, v. 8, p. 10, 2008.

MATTA, C, Gustavo. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**.In: OLIVEIRA, G, Roberta (org). **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro, 2009.

MOYSÉS, S. J. et al. **Apontamentos para estudos e debates sobre a estratégia Saúde da Família: desafios para os municípios**. Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

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

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.429-435, Abr. 2007.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Princípios e conquistas**/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva-Brasília: Ministério Saúde, 2000.

VILARINHO, Ivia Marques Martins; MENDES, Regina Ferraz; PRADO JÚNIOR, Raimundo Rosendo. Perfil dos Cirurgiões-Dentistas Integrantes do Programa de Saúde da Família em Teresina **Revista Odonto Ciência**. Porto Alegre, v. 22, n. 55, p. 48-54, mar. 2007.