

# **A FORMAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O CUIDADO EM SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA: PERFIL DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL**

Suzany Ferreira de Carvalho<sup>1</sup>; Liliani Aires CandidoVieira<sup>2</sup>; Maria Goretti Queiroz<sup>3</sup>  
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG),  
CEP: 74605-220, Goiânia-GO, Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Família, Saúde da Criança, Saúde Bucal, Programa da Saúde da Família.

## **INTRODUÇÃO**

O Programa da Saúde da Família (PSF), criado em 1994, teve como objetivo tornar o Sistema Único de Saúde (SUS) mais efetivo por meio da reordenação das práticas de saúde no âmbito da atenção básica com foco na família. Posteriormente definido como Estratégia da Saúde da Família (ESF), reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (Cericato, et al, 2007; Araujo & Dimesntain, 2006; Brasil, 1997; Brasil, 2007).

No momento da criação da ESF o cirurgião dentista não estava inserido nas equipes de saúde e somente em 2000 foi criado o incentivo de saúde bucal pelo Ministério da Saúde, que propiciou a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF (Araujo & Dimesntain, 2006; Brasil, 2000). Este fato representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Uma equipe completa da ESF é composta por um profissional de enfermagem, um médico, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Na equipe ampliada um cirurgião dentista (CD) e um auxiliar de saúde bucal (ASB) e/ou um técnico de saúde bucal (TSB) são incorporados, constituindo a Equipe de Saúde Bucal (ESB). Existem duas modalidades de Equipe de Saúde Bucal, modalidade tipo I composta por um CD e um ASB; e modalidade tipo II composta por um CD, um ASB e um TSB.

---

Revisado pelo Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Liliani Vieira Candido Aires

1 Acadêmica do Curso de Odontologia – UFG- orientada de PIVIC

Email: [suzanyfc@hotmail.com](mailto:suzanyfc@hotmail.com)

2 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Adjunta, Departamento de Prevenção e Reabilitação oral da FO/UFG- Orientadora

Email: [lilianivieira@gmail.com](mailto:lilianivieira@gmail.com)

3 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Adjunta, Departamento de Prevenção e Reabilitação oral da FO/UFG- Co-orientadora

Email: [mgoretti@gmail.com](mailto:mgoretti@gmail.com)

O modelo de atenção na ESF colabora para a ruptura do isolamento profissional transformando a ESB em profissionais mais atuantes no campo da saúde (Carceneri, 2005). Além disso, estimula a atuação no trabalho multiprofissional.

O fato da odontologia não estar presente desde o início do programa possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais às equipes (Baldani et al, 2005). Além de restringir o acesso da população a atenção integral á saúde, que poderia ser proporcionada pelas ESB

Araujo & Dimesntain, em 2006, consideraram que a ESF constitui uma fonte de emprego para o CD no Brasil, porém este profissional que trabalha no programa sente-se, em alguns momentos, desafiado, inseguro e despreparado para atuar em suas atividades. Isso porque o CD recebeu uma educação onde se privilegia uma concepção de prática em saúde centrada nos aspectos biológicos, curativas e técnicas, com pouca ênfase para os fatores socioeconômicos e psicológicos no processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividadesde promoção, manutenção e recuperação da saúde. Neste contexto é importante lembrar que não muito distante está a época em que a formação dos cirurgiões dentistas era centrada na valorização da técnica, do procedimento, reproduzindo o modelo tecnicista, incompatível com o modelo atual de promoção de saúde proposto pelos programas e políticas nacionais.

Ministério da Educação, em 2002, deliberou sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área de saúde, nas quais ficou 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 SUS. (Resolução CNE/CES, 2002)

A partir das DCN, deu início a um processo de mudança curricular nos cursos de graduação em Odontologia. O CD passou a ser sujeito de um processo de qualificação profissional, visando integra-lo em uma equipe para desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território com vistas à efetivação do SUS (Matos & Tomita, 2004). Nesse processo, além das competências exigidas na formação dos profissionais de saúde acima citadas, espera-se que esses sejam capazes de atuar em diferentes níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, estejam aptos a se educarem continuamente e a se comunicarem com diferentes públicos e de diferentes formas, além de terem capacidade de gerenciar serviços de saúde e terem liderança.

A incorporação da ESB na ESF teve como objetivos principais a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, incluindo prevenção e promoção da saúde (Barbosa, 2007) e foi considerado um marco evolutivo dentro da ESF. Todavia, a atenção à saúde da criança desperta preocupações tanto no contexto de saúde bucal praticado pela ESB quanto no contexto da saúde integral praticado pelas equipes da estratégia. A atenção à saúde da criança representa um campo prioritário de investimentos dentro dos cuidados à saúde da população e tem sido alvo de preocupação de profissionais da saúde, gestores e políticos (Samico *et al*, 2005; Novaczyk *et al*, 2008). A discussão em torno da saúde integral da criança constitui-se em um problema atual de saúde pública, apesar de historicamente muitas políticas e estratégias de atenção integral tenham sido apresentadas. Neste contexto é importante destacar três iniciativas com propostas de tornar mais resolutivo o âmbito da atenção primária: Programa Saúde da Família (PSF), a partir de 1994; a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), em 1996; e a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, proposta em 2005 (Ministério da Saúde 1997 e 2003; Brasil 2005; Novaczyk *et al*, 2008)

Devido à reformulação nos conceitos do que é ser criança, à instituição de novas leis e à melhora na qualidade e acesso aos serviços de saúde, pode-se observar que houve melhora na situação infantil, no Brasil e no mundo. Porém, ela continua sendo vítima dos desajustes estruturais, sociais e políticos da sociedade (Vasconcelos *et al*, 2009).

O grande desafio é reconhecer as deficiências de formação profissional e promover mudanças no ensino da graduação que possam contribuir para a formação profissional habilitada para atender integralmente a criança e as necessidades do SUS. De acordo com Samico *et al*, em 2005, para se compreender os efeitos de ações, programas e políticas implantadas há que se desenvolverem processos avaliativos pertinentes e oportunos, sendo a avaliação compreendida como uma ferramenta relacionada à tomada de decisão.

Em 2004, com uma proposta de orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança, a Coordenação de Atenção à Criança, do Ministério da Saúde, apresentou a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (Brasil, 2005). Esta agenda contém linhas de cuidados essenciais a promoção e cuidado da saúde integral da criança. Para o desenvolvimento dessas ações é fundamental que os profissionais conheçam o conteúdo desta agenda e exerçam a atividade multiprofissional.

A hipótese deste estudo é que a formação da equipe de saúde bucal não atende as necessidades para o atendimento integral e multiprofissional da criança até seis anos de idade conforme orientado pela agenda de compromisso. Neste contexto, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a formação da Equipe de Saúde Bucal do Município de Goiânia que atuam em três distritos sanitários para o cuidado em saúde das crianças de até seis anos de idade, buscando conhecer as ações desenvolvidas pela equipe, assim como conhecer em quais áreas necessitam de treinamento e capacitação. Essa compreensão é necessária para que haja uma avaliação e elaboração de estratégias no sentido de melhorar a qualificação da ESB e suas condições de trabalho. Tal discussão envolve uma reflexão a respeito da formação desses profissionais voltada para atender as necessidades do SUS.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

Avaliar a formação da Equipe de Saúde Bucal da ESF dos Distritos Sanitários Leste, Norte e Campina Centro da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia para o cuidado em saúde das crianças até seis anos com base no proposto pela Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar as Instituições Formadoras da ESB do SUS em Goiânia;
- Identificar a organização de trabalho das Equipes de Saúde Bucal para o cuidado das crianças de até seis anos;
- Identificar as necessidades de Educação Permanente da ESB;

## **METODOLOGIA**

Para estudar a Equipe de Saúde Bucal dentro ESF, foi realizado um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, em que foram verificadas a formação do profissional e as ações direcionadas para o cuidado em saúde das crianças de até seis anos de idade.

Para identificar a formação dos profissionais e as ações realizadas pelas equipes para o cuidado da saúde da criança, foram utilizados dados obtidos através de um questionário

semiestruturado aplicado em entrevistas individuais. O questionário foi elaborado com base nas treze linhas de cuidado da Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e aplicada aos profissionais das ESF das unidades selecionadas. Para este estudo foram analisados os dados referentes à Equipe de Saúde Bucal.

Foram considerados critérios de inclusão: ser profissional da ESF dos Distritos Sanitários Leste, Norte ou Campina Centro da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia; e critérios de exclusão: não ser profissional da ESF e não consentir em participar da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG), com aprovação (protocolo 129/2009). É parte do projeto de pesquisa intitulado a Formação dos profissionais de saúde da ESF para o cuidado em saúde na primeira infância, financiado pelo Programa de Incentivo à pesquisa para o SUS - PPSUS.

Foi realizado teste piloto com intuito de verificar a coerência do questionário em relação aos objetivos do estudo.

Os questionários foram aplicados no local de trabalho dos profissionais, que foram convidados a participar de forma voluntária após serem informados do objetivo do estudo e concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo pleno direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem prejuízos para sua pessoa.

Quinze equipes completas da ESF foram selecionadas aleatoriamente para pesquisa, somente 14 aceitaram participar e destas, uma equipe foi excluída pela não participação de um dos profissionais. A pesquisa foi realizada com a participação de 13 CD, 4 TSB e 11 ASB, que compunham 13 equipes completas da ESF, totalizando 28 questionários respondidos.

Para a análise de dados foi elaborado um banco de dados no software SPSS, versão 17, e para este estudo foram realizadas análises descritivas e de frequência.

## **RESULTADOS**

Neste estudo, foram avaliadas 28 profissionais das equipes de saúde bucal da ESF e investigada as ações direcionadas ao cuidado da criança com relação às orientações da Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Os dados acerca da formação da população de estudo pode ser observada na Tabela 1. Os resultados mostram que dos 13 cirurgiões dentista entrevistados, todos possuem

especialização e um deles possui especialização em Odontopediatria. Dos profissionais contratados como TSB ou ASB, oito deles possuem formação técnica e sete possuem formação até segundo grau.

Tabela 1 - Distribuição da ESB por gênero, idade média e formação profissional. Goiânia, 2011:

	CD	TSB	ASB
(N)	13	4	11
<b>Gênero</b>			
Masculino	1	-	-
Feminino	12	4	11
Idade (Média)	41	39	36,5
Formação Superior	13	-	-
Especialização	13	-	-
Especialista em Odontopediatria	1	-	-
Formação técnica	-	3	5
Formação 2º Grau	-	1	6

A maioria dos cirurgiões dentistas tem formação no estado de Goiás e 54% deles formaram na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (Figura 1). O Colégio Sena Aires, do município de Goiânia, foi o responsável pela formação de 2 (50%) dos TSB, a escola de Saúde Pública do Estado de Goiás e Colégio Objetivo formaram 1 (25%) TSB cada. A maioria dos ASB não informou o local de formação 6 (54,5%), 2 (18,2%) deles tiveram formação em colégios técnicos, e os demais, 3 (27,3%) informaram ter concluído o segundo grau em colégios da rede pública de educação.

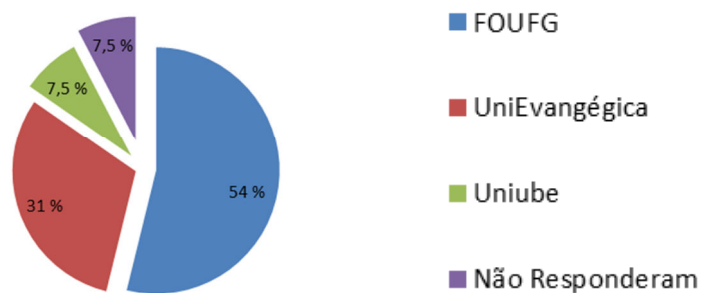


Figura 1 - Distribuição dos Cirurgiões Dentista por instituição formadora. Goiânia, 2011

A Figura 2 apresenta o número de profissionais que receberam treinamento introdutório a Estratégia da Saúde da Família. Entre os CD, 8 (61,5%) receberam e 5 (38,5%) não receberam; entre os TSB, 3 (75%) receberam e 1 (25%) não recebeu; entre os ASB, 5 (45,5%) receberam e 6 (54,5%) não receberam. Os resultados mostram que 57 % dos profissionais das equipes de saúde bucal receberam treinamento introdutório e que 43% deles não receberam qualquer tipo de treinamento para iniciar sua atuação na ESF.

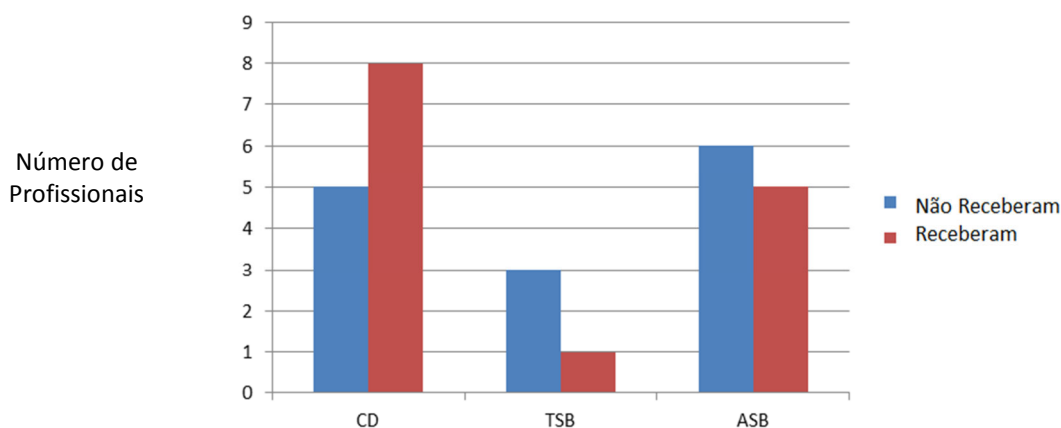


Figura 2 – Profissionais que receberam treinamento introdutório a Estratégia da Saúde da Família. Goiânia, 2011:

Na Tabela 2 é possível verificar as ações praticadas pelas equipes de saúde segundo o relato dos CD relacionadas às linhas de cuidados da Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Os resultados apontam para um número reduzido de equipes que promovem atenção à saúde mental (2 equipes) e atenção à criança portadora de deficiência (6 equipes).

Tabela 2 – Ações realizadas por equipes da Estratégia da Saúde da Família, segundo relato do cirurgião dentista. Goiânia, 2011:

Linhas de cuidado da Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (Ministério da Saúde, 2005)	Equipes (N=13)*		
	Realiza a ação	Não realiza a ação	Não sei
Ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada	12	1	0
Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido	13	0	0
Triagem neonatal: teste do pezinho	12	0	1
Incentivo ao aleitamento materno	12	0	1
Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD)	13	0	0
Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil	9	3	1
Combate à desnutrição e anemias carenciais	9	3	1
Imunização	12	1	0
Atenção às doenças prevalentes	9	2	2
Atenção à saúde bucal (atendimento de crianças de 0 a 6 anos de idade pelo CD)	11	1	1
Atenção à saúde mental	2	8	3
Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil	8	3	2
Atenção à criança portadora de deficiência	6	5	2

\* Número de equipes da Estratégia da Saúde da Família (N)

Na Tabela 3 é possível observar as linhas de cuidado consideradas pelos profissionais (CD, TSB e ASB) com necessidade de educação continuada. Sendo que as três linhas mais citadas foram: atenção à criança portadora de deficiência (89,3%); atenção à saúde mental (85,7%); e prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil (75%). Nesta questão os profissionais puderam escolher mais de uma linha de cuidado, de acordo com o que eles consideravam necessário para sua equipe.



Tabela 3 – Necessidade de educação continuada, segundo a percepção dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal da Estratégia da Saúde da Família. Goiânia, 2011:

Linhas de cuidado da Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (Ministério da Saúde, 2005)	% de profissionais
Ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada	21,4
Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido	7,2
Triagem neonatal: teste do pezinho	28,6
Incentivo ao aleitamento materno	21,4
Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD)	17,9
Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil	35,7
Combate à desnutrição e anemias carenciais	39,3
Imunização	25
Atenção às doenças prevalentes	35,7
Atenção à saúde bucal	21,4
Atenção à saúde mental	85,7
Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil	75
Atenção à criança portadora de deficiência	89,3

## DISCUSSÃO

Neste estudo é possível observar que a ESB é composta em sua maioria por profissionais do gênero feminino. Entre os CD todos possuem título de especialista, sendo um deles em Odontopediatria. Uma grande maioria teve formação no estado de Goiás, sendo que a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás foi responsável pela formação de 54% dos CD. Outro aspecto que merece destaque nos resultados é o fato de quase 50% de todos os profissionais da ESB não terem recebido o treinamento introdutório para atuar na ESF, esse fato se agrava quando analisamos a situação dos ASB, onde 54,5% deles não receberam o treinamento introdutório.

Um dos principais avanços necessários na estratégia da ESF, no que diz respeito à saúde bucal, aconteceu em 2000 com a incorporação da Equipe de Saúde Bucal na equipe mínima de saúde da família (Brasil, 2000). Contudo este fato tornou-se um desafio para profissionais e instituição formadora que diante de um novo campo de atuação tiveram que se reeducar para atender aos propósitos do programa para atenção básica e com foco na família. O trabalho multiprofissional também se tornou outro desafio que se fez necessário para oferecer a saúde integral aos cidadãos.

Para efetiva participação da ESB é necessário assegurar aos profissionais selecionados a participação no curso introdutório da ESF e também viabilizar a qualificação do ASB através

de cursos reconhecido pelo CFO (Groisman *et al*, 2005). Na busca de melhores condições de trabalho, a capacitação dos profissionais é de ímpar relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, em decorrência da necessidade de trabalhar em grupo e/ou melhorar o contato com o usuário no atendimento individual (L'Abbate,1994).

Um dos propósitos deste estudo foi investigar as práticas de cuidado integral a saúde da criança desenvolvida pelas equipes da ESF e de conhecimento da ESB, para isso o questionário utilizado na entrevista foi estruturado de acordo com as linhas de cuidados propostas pela Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Os resultados mostram que de 13 linhas constantes na agenda, 3 delas apresentam menos atuação das equipes (atenção a criança portadora de deficiência; atenção a saúde mental; prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil) essas mesmas linhas foram apontadas pelos profissionais como temas necessários para educação complementar da equipe.

A literatura praticamente não relata a organização das equipes de saúde bucal para o atendimento de crianças na primeira infância. Contudo, segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, 2004, para reorganização da atenção em saúde bucal é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Essa Política também recomenda que as ações de saúde bucal voltadas para crianças na faixa etária pré-escolar sejam parte de programas integrais de saúde da criança e assim, compartilhados pela equipe multiprofissional (Ministério da Saúde, 2004). O que enfatiza a necessidade do conhecimento da equipe de saúde bucal das orientações e dos conteúdos propostos pela Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Também é necessária a integração da equipe de saúde bucal com os demais profissionais da ESF, caracterizando o trabalho multiprofissional.

Dentro das limitações deste trabalho está a efetiva avaliação do conhecimento do profissional acerca de cada linha específica, uma vez que o fato do profissional relatar que sua equipe realiza a ação não implica no fato dele conhecer o conteúdo. Assim sendo, é necessário que seja realizado um programa de educação permanente para estas linhas de forma a garantir a participação e capacitação da equipe de saúde bucal.

Espera-se que os resultados deste trabalho possa despertar o interesse pelas ações multiprofissionais desenvolvidas pelas ESB para a atenção integral da criança. Os resultados

mostram que profissionais consideram a necessidade de orientação para algumas linhas de cuidado, o que reforça a hipótese de que a formação profissional está deficiente para contemplar o atendimento integral da criança com base na Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.

As perspectivas futuras, a partir deste estudo, é que gestores e instituições formadoras proporcionem aos estudantes e profissionais educação acerca de conhecimentos para o atendimento integral e multiprofissional, capacitando-os para integrar as ações de saúde bucal nas ações de saúde integral da criança trabalhadas multiprofissionalmente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo possibilitou observar a necessidade de integração entre os profissionais da saúde bucal com os demais integrantes da equipe da Estratégia da Saúde da Família acerca das ações e linhas de cuidado da Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Apesar das políticas e programas preverem treinamento e educação permanente, alguns profissionais perceberam a necessidade de formação complementar para atuar na promoção da saúde integral da criança.

## REFERÊNCIAS

- 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*. v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.
- Baldani M. H.; Fadel C. B.; Possamai T.; Queiroz M. G. S. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. v. 21, n.4, p. 1026-1035, 2005.
- Barbosa A. A.; Brito E. W. G.; Costa I. C. C. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. *CiencOdontolBras*.v. 10, n. 3, p. 53-60. jul./set. 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/GM. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Brasília, DF, 28 dez. 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997. 36 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF, 2005. 80 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília, DF, 2007. 60 p.
- Bucal. Brasília, DF. 2004.
- Carcereri D. L. Estudo prospectivo sobre a gestão de competências na área de odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado de Santa Catarina [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. 2005.
- Cericato G. O.; Garbin D.; Fernandes A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *RFO*, v. 12, n. 3, p. 18-23, set/dez. 2007.
- Groisman, S.; Morais, N. M.; Chagas, L. J. A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. Rio de Janeiro. *Cadernos da Aboprev*. 2005
- L'Abbate, S. Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. *Cad. Saúde Pública*. v. 10, n. 4, p. 481-490. out/dez. 1994.
- 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*. v. 20, n. 6, p. 1538-1544. nov/dez. 2004.

Ministério da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância, Curso de Capacitação. Brasília, DF. 2003.

Ministério da Saúde. Programa da Saúde da Família. Brasília, DF. 1997.

Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23645&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23645&janela=1)>. Acessado em 08 de junho de 2011.

Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a25.htm>>. Acessado em 13 de junho de 2011.

Novaczyk A.B.; Dias N. S.; Gaíva M. A. M. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet].v. 10, n. 4, p. 1124-37. 2008

Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Câmara de Educação Superior, Conselho Nacional de Educação. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acessado em 10 de junho de 2011.

Samico I.; Hartz Z. M. A.; Felisberto E.; Carvalho E. F. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco. Rev Bras Saúde Matern Infant. v. 5, n. 2. apr/june. 2005.

Vasconcelos E. N. et al. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). Ciência & Saúde Coletiva. v. 14, n. 4, p. 1225-1234. 2009.