

AVALIAÇÃO DO PERFIL E GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE CASTRO/PR

EVALUATION OF THE PROFILE AND THE DEGREE OF SATISFACTION OF THE USERS OF ODONTOLOGICAL SERVICES IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY, IN THE RURAL AREA OF CASTRO/PR

Cristina Berger Fadel¹, Júlio César Sandrini², Ligia Nadal Zardo³

¹ Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, Departamento de Odontologia, Campus em Uvaranas, Ponta Grossa, PR, Brasil; (42) 3220-3104; cfadel@itelefonica.com.br

² Cirurgião-dentista

³ Cirurgiã-dentista

Recebido para publicação em 16/08/2007

Aceito para publicação em 30/01/2008

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a satisfação do usuário rural de Castro/PR, em relação à inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Para tanto, abordou o seu perfil socioeconômico, a sua relação com os componentes da equipe e a sua angústia por melhorias. A coleta de dados foi realizada através de questionário, aplicado aleatoriamente nos quatro distritos rurais desse município, constituindo-se em estudo quanti-qualitativo, de natureza descritiva, sendo a amostra composta por 184 usuários. A análise dos resultados mostrou que as mulheres se constituíram na maioria dos entrevistados, com baixa renda e pouca escolaridade. Quanto ao atendimento, os usuários do serviço de saúde apontaram a questão da oportunidade de realizar o tratamento como o principal benefício conquistado, ainda que alguns não se considerem satisfeitos com o cirurgião-dentista. Vale ressaltar, que 12% dos usuários, não tinham conhecimento da presença das ESB na ESF. Pode-se concluir que, os anseios do usuário ainda remetem às mesmas questões do sistema tradicional de atenção em saúde bucal e que, talvez, devido ao pouco tempo de sua inserção, as ESBs ainda não contemplem todas as atividades propostas para esse novo modelo de atenção.

Palavras-chave: avaliação em saúde, satisfação do paciente, política de saúde.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the degree of satisfaction of people who live in the rural area of the municipality of Castro in what refers to the insertion of the Oral Health Team into the Family Health Strategy. In order to achieve this purpose, a study of the people's economic and social profile, as well as their relationship with the members of the health team and their wish for improvement was developed. The data collection was accomplished by means of a questionnaire, randomly applied in the four rural districts of Castro, which resulted in a descriptive quanti-qualitative study based on the answers of 184 patients. The analysis of the results showed that the majority of the people interviewed were women of a low economical and educational level. In what refers to the odontological services, they pointed out the chance of getting the treatment as the main improvement, even though many of them were not completely satisfied with the performance of the dentists. It is also important to mention that 12% of the users were not aware of the presence of the Oral Health Team in the Family Health Strategy. The study evinced that the user's demands are still similar to what the traditional system offered and that, maybe due to the little time of its insertion, the Oral Health Team is not yet able to perform all the actions programmed for the new service.

Key words: Health evaluation, satisfaction of the patient, health policy

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) '*propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial*' (Souza, 1999). A assistência deve ser universal, integral, equânime, contínua e resolutiva. Ainda, visando finalmente colocar em prática os princípios doutrinários e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), esta estratégia tem como fundamentos importantes à humanização das práticas de saúde, a busca pela satisfação do usuário, o estreitamento do relacionamento entre profissionais e comunidade e o estímulo pelo reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e da qualidade de vida.

O desafio crucial que se coloca contemporaneamente para a saúde pública, no mundo ocidental, consiste em propor programas de intervenção '*culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados*' (MASSÉ, 1995). Esse desafio assume uma configuração ainda mais nítida e contrastante quando se trata

de populações vivendo em condições de pobreza e desigualdade social. A reorganização das práticas de atenção básica, pautada na ESF, deve observar os princípios básicos que orientam a proposta, ainda que sua operacionalização possa apresentar variações necessárias para adaptações às diferentes realidades locais e regionais. Em sua versão original, iniciada em 1994, a Saúde da Família é composta de uma equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, que atuam em um território definido, tendo uma unidade de saúde como referência e em parceria com todos os segmentos organizados da comunidade.

O processo de trabalho da equipe pressupõe a organização de atividades voltadas a práticas de promoção e recuperação da saúde e de prevenção da doença, compreendendo a família como núcleo básico e eixo fundamental dessas ações. Somente em dezembro do ano 2000, através da regulamentação da Portaria 1444 (BRASIL, 2000), criou-se o incentivo para a inserção das equipes de saúde bucal (ESB) na ESF. Os principais objetivos foram melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira e reorientar as práticas de

atenção à saúde bucal, avaliando os padrões de qualidade e o impacto das ações desenvolvidas. Essa necessidade de melhorar indicadores de saúde bucal e de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde tem, no controle social, seu maior aliado. O vínculo verdadeiramente participativo e de responsabilidade com a população faz toda a diferença durante o processo. A comunidade deve ser efetivamente capaz de participar ativamente do processo pela conquista da saúde e, juntamente com os profissionais de saúde bucal, planejar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas em seu território. No município de Castro/PR, as primeiras equipes de saúde bucal foram implementadas no início de 2001 e a opção do município foi pela instalação, em um primeiro momento, em áreas rurais.

Com o objetivo de avaliar o perfil e o grau de satisfação da população atendida pelas ESB rurais do município de Castro/PR, conduziu-se esta pesquisa.

Revisão da literatura

As ações odontológicas públicas no Brasil foram iniciadas no final do século XIX, sendo dirigidas originariamente a populações restritas e confinadas, como presidiários ou internos em instituições psiquiátricas (Peres, 1995). Na década de 60 o sistema de saúde era dividido em Sistema de Saúde Público e Previdenciário - INPS. Em 1977 cria-se o INAMPS cuja estrutura organizacional não contemplava a Odontologia integral, apenas ofertava exodontias e alguns procedimentos restauradores para crianças, enquanto os estados eram responsáveis pela maioria das ações, direcionadas principalmente ao escolar (PEQUENO, 2002).

Apenas em 1980 a Odontologia merece destaque em fóruns nacionais de debates sobre a situação de saúde no Brasil por ocasião da VII Conferência Nacional de Saúde - CNS. Nesta oportunidade analisa-se o modelo de prática odontológica no Brasil e propõem-se diretrizes para a ação governamental quanto à formação de recursos humanos para a área, tecnologias e estratégias de atenção. Caracterizou-se, neste evento, a Odontologia brasileira como ineficiente e ineficaz, apresentando um caráter mercantilista e

monopolista, com enfoque curativo e de baixa cobertura (PERES, 1995). Na VIII CNS (1986) foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, na qual foi reafirmado o diagnóstico anteriormente formulado sobre a situação caótica da saúde bucal no país. Com a promulgação da Constituição Nacional (BRASIL, 1988) e das leis orgânicas da saúde (BRASIL, 1990^a, Brasil 1990^b), que dispõem sobre os princípios do SUS, abriu-se à perspectiva da construção de um Sistema de Saúde que garanta, articulado a outras áreas, o direito à saúde como o direito de cidadania (PERES, 1995), estabelecendo assim uma nova política organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde (MENDES, 1998).

O modelo assistencial hegemônico no país era caracterizado por uma prática baseada no hospital e na cura das doenças, gerando uma utilização irracional dos recursos tecnológicos, uma baixa resolutividade e um alto grau de insatisfação dos usuários. Em substituição a esse modelo tradicional ineficiente, surgiu uma nova estratégia, a qual visa priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua (ESF). A primeira etapa de sua implantação iniciou-se em julho de 1991 através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de janeiro de 1994 foram implantadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 1997).

A ESF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial. Assim, defende como princípios norteadores, a universalização da atenção, buscando romper barreiras geográficas, culturais, econômico-sociais e organizacionais; a equidade na distribuição de recursos, direcionando prioritariamente as ações para as comunidades e grupos mais vulneráveis; a integralidade da atenção, fortalecendo os aspectos relacionados com a promoção da saúde e a prevenção das doenças e a participação da comunidade, envolvendo-a no processo decisório sobre seus problemas e prioridades e de como enfrentá-los solidariamente (BRASIL, 1994). Pela aplicação destes princípios, a ESF tem sido considerada a mais importante

mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil nos últimos anos. Em maio de 1997 foram implantadas as primeiras equipes da ESF, que não contavam com profissionais de saúde bucal. Apenas em dezembro de 2000, frente aos alarmantes resultados obtidos através da Pesquisa Nacional de Amstras por Domicílio (IBGE, 2000) houve um incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada à população brasileira através da implantação das Equipes de Saúde Bucal na ESF (BRASIL, 2000). Esta teve por objetivo a ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a conseqüente melhoria de seus indicadores epidemiológicos.

Enfim, a ESF incorpora ações combinadas, a partir da noção ampliada de saúde, e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-o ao reconhecimento da saúde como direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida.

Metodologia

Visando estabelecer o perfil e o grau de satisfação da população rural adscrita pelas Equipes de Saúde Bucal no município, trinta meses após a implantação da nova estratégia, elaborou-se um questionário semi-estruturado. As questões foram relativas às características socioeconômicas e culturais do usuário, ao seu conhecimento e satisfação a respeito das Equipes de Saúde Bucal na ESF e à sua opinião sobre as ações desenvolvidas pela equipe. Este instrumento de pesquisa foi previamente validado, através de um estudo piloto realizado com 30 usuários, posteriormente excluídos da amostra final. Os questionários foram aplicados por Agentes Comunitários de Saúde do município e por dois acadêmicos de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR, todos previamente treinados para a entrevista. Os dados foram coletados por intermédio de visitas domiciliares aos usuários cadastrados no programa, os quais foram fornecidos pelas agentes comunitárias de saúde locais. Fizeram parte da amostra 184 usuários pertencentes aos quatro distritos rurais de Castro/PR, escolhidos aleatoriamente,

de acordo com a sua disponibilidade em participar da pesquisa (presença no domicílio e/ou interesse em responder ao questionário). O difícil acesso a algumas casas também se constituiu em fator de exclusão para o estudo.

Os resultados obtidos foram expressos em tabelas contendo valores absolutos e relativos. Os dados de cunho qualitativo (“a fala” do usuário) foram transcritos na íntegra.

É importante ressaltar que todas as pessoas que participaram deste estudo, no momento da abordagem domiciliar, foram informadas pelos pesquisadores a respeito de seu propósito, assim como a forma de coleta, análise e destino dos dados. Os que concordaram em participar da pesquisa, o fizeram por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Após o recebimento destas informações, somente duas pessoas se negaram a participar, sendo imediatamente excluídas da amostra.

Resultados e discussão

Com o objetivo de avaliar a satisfação do usuário em relação ao novo modelo de atenção em saúde bucal, a pesquisa considerou aspectos relacionados ao seu perfil socioeconômico, seu conhecimento sobre o serviço ofertado, a questão do acesso, sua relação com o dentista e pessoal auxiliar e também dados relativos à percepção de cada usuário.

Perfil socioeconômico e cultural do usuário

Dentre os 184 usuários entrevistados, houve preponderância do gênero feminino (71,7%), provavelmente em virtude das visitas domiciliares terem ocorrido, em sua grande maioria, durante o dia e em períodos de trabalho formal. A média da faixa etária foi de 25 anos, caracterizando uma amostra predominantemente jovem.

De acordo com a pesquisa, 4,9% dos entrevistados eram analfabetos e houve predominância dos usuários com nível fundamental incompleto (67,4%). Observou-se que quanto maior o nível de informação do usuário sobre os objetivos, atividade e regras de funcionamento da estratégia, maior o seu grau de satisfação em relação ao programa. Assim sendo, o nível

de informação está condicionado, entre outros aspectos, ao grau de escolaridade do usuário e à eficácia das estratégias de comunicação e informação em saúde, utilizadas tanto no âmbito da ESF, quanto do sistema municipal de saúde.

A renda familiar variou de menos de 1 salário-mínimo a mais de 4 salários-mínimos, com predomínio de 1 a 2 salários (67,3%) e um percentual considerável de famílias vivendo com renda inferior a 1 salário mínimo (21,7%).

Os dados obtidos sobre as variáveis gênero, idade, renda familiar e escolaridade caracterizam o tipo de usuário entrevistado, ou seja, mulheres em plena atividade produtiva, baixa renda familiar e pouca escolaridade.

Informações sobre a Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família na zona rural do Município de Castro, 2004 e a satisfação do usuário

Ao serem indagados sobre a participação do cirurgião-dentista e do auxiliar de consultório dentário

na ESF, a maioria dos usuários (88%) afirmou possuir essa informação, enquanto 12% relataram não saber a respeito. Estes dados contrariam os resultados encontrados por Pequeno (2002), onde 65,5% dos entrevistados afirmaram não ter conhecimento da presença da Equipe de Saúde Bucal nesta estratégia.

Quando questionados sobre o que melhorou com a inserção do cirurgião-dentista na ESF, a maioria dos entrevistados (70,3%) citou a oportunidade de realizar o tratamento como sendo a principal (Tabela 1). Gattinara et al. (1995) afirmaram que a facilidade do acesso aos serviços tem influência direta na satisfação do usuário, e que a maioria deles acredita em melhorias ligadas a presença do dentista. Vale ressaltar que 99,4% dos entrevistados relataram que foram atendidos somente na Unidade de Saúde da Família, sendo que um único usuário informou ter sido atendido em seu domicílio (localizado em um assentamento), por meio da utilização do consultório móvel. Este fato evidencia o atendimento ainda muito ligado à estrutura do consultório odontológico, provavelmente devido às características das necessidades odontológicas desta população.

Tabela 1- Distribuição absoluta e relativa das melhorias apontadas com a presença da ESB na ESF.

	Não melhorou	Oportunidade	Rapidez	Recepção	N
Abapã	5 (8,3%)	47 (78,4%)	8 (13,3%)	0 (0%)	60
Guararema	2 (6,0%)	25 (75,5%)	4 (12,5%)	2 (6,0%)	33
Socavão	5 (8,5%)	41 (69,5%)	13 (22,0%)	0 (0%)	59
Vila do Rosário	12 (37,5%)	12 (37,5%)	6 (18,75%)	2 (6,25%)	32
Total	24	125	31	04	184

Fonte: Dados da pesquisa

Relação Dentista – ACD/ Usuário

Os dados evidenciaram que houve uma melhora na relação cirurgião-dentista/ usuário, pois se notou a preocupação do profissional em tratar o usuário pelo nome (95,6%), o que estabelece um vínculo positivo para a construção deste relacionamento. De acordo com Donabedian (1990) a boa relação entre profissional de saúde e paciente, é importante para a satisfação do usuário, além de contribuir para a efetividade do tratamento ao facilitar a cooperação do paciente.

Na questão do entendimento das orientações repassadas pelo dentista ou auxiliar, a maioria dos entrevistados (61,4%) respondeu que as compreendem; 33,1% dos indivíduos que não entendem e 5,43% entendem apenas algumas vezes o linguajar utilizado pelos profissionais. Na visão de Donabedian (1990) a qualidade do processo assistencial envolve um compromisso e o equilíbrio dos profissionais ao transmitirem as informações.

Considerando que a proposta do Ministério da Saúde prevê a humanização das práticas através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, verificou-se que, na visão do usuário, o cirurgião-dentista sensibiliza-se com a saúde geral do usuário, pois 67% dos entrevistados responderam positivamente a esta questão e 30,9% negativamente. E ainda, 2,1%

dos usuários relataram que apenas algumas vezes são questionados sobre sua saúde geral. Segundo Pequeno (2002), o grande número de queixas e demandas dos usuários podem ser resolvidas, ou ao menos minimizadas, quando estes se sentem ouvidos, compreendidos, acolhidos, considerados e respeitados pelos profissionais que o estão atendendo.

Com relação às queixas bucais, apenas 12,5% relataram que nunca foram questionados sobre seu principal problema odontológico e 2,2% que foram questionados somente algumas vezes. Apesar de não se constituir na totalidade dos profissionais, esse resultado evidencia o respeito pela percepção de saúde bucal do usuário, por parte do cirurgião-dentista.

Verificou-se que, do total de 184 usuários que participaram da pesquisa, 50,5% apresentaram-se satisfeitos com o cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família, 36% mostraram-se muito satisfeitos, 10,8% relataram estar mais ou menos satisfeitos e 2,71% disseram sentir-se totalmente insatisfeitos (Tabela 2). Estes dados sugerem que, apesar das dificuldades de implementação, as práticas assistenciais desenvolvidas pela ESB em Castro estão de acordo com a filosofia da ESF, que valoriza uma relação humanizada e acolhedora, importantes fatores geradores da satisfação do usuário e por consequência da criação de um novo vínculo, centrado nas questões de saúde da população.

Tabela 2- Distribuição absoluta e relativa do grau de satisfação com o cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família.

Distrito	Muito satisfeito	Satisfeito	+ ou - satisfeito	Insatisfeito	N
Abapã	17 (28,3%)	29 (48,4%)	12 (20%)	2 (3,3%)	60
Guararema	17 (52%)	16 (48%)	0 (0%)	0 (0%)	33
Socavão	29 (49,1%)	25 (42,4%)	3 (5,1%)	2 (3,4%)	59
Vila do Rosário	2 (6,25%)	23 (71,9%)	5 (15,6%)	2 (6,25%)	32
Total	65	93	20	06	184

A fala do Usuário

Este espaço permitiu ao usuário apontar os aspectos sobre os quais o novo modelo de atenção em saúde bucal vem contribuindo para o dia a dia em sua comunidade.

Segundo Araújo et al. (2003), para satisfazer o cliente é necessário ter, primeiro, uma compreensão profunda de seus desejos e necessidades e, em seguida, possuir os processos de trabalho que possam, de forma efetiva e consistente, resolvê-los. Para isso a organização deverá traduzir essas necessidades em requisitos e cumprí-los sempre. Isso exigirá a dedicação de recursos humanos sensíveis e capazes de coletar e analisar os dados e as informações, sistematicamente, para que possam realmente entender os requisitos e as percepções do cliente frente à sua realidade.

Entre as questões abordadas pelos entrevistados, destacam-se (as citações abaixo não sofreram alterações gramaticais):

“Distribuição de um maior número de fichas”

“Tratamento continuado, sem necessitar pegar ficha novamente”

“Mais oportunidade para atendimento de especialidades como canal e doença da gengiva”

“Preferência para pessoas mais carentes, principalmente das favelas”

“Deveria ter pelo menos mais um dentista”

“Não deveria faltar material”

“Auxiliar mais prestativo, tratar bem a gente”

“Mudar o horário de entrega das fichas”

“Ter um dentista mais perto de casa”

“Atendimento mais direcionado para os cadastrados no PSF”

“Construção de mais um posto”

“Maior número de visitas às famílias”

“O atendimento deve ser mais rápido”

“Mais atendimento para crianças pequenas (0 a 5 anos)”

“Atendimento 24 horas”

“Melhorar a estrutura do posto de saúde”

Considerações finais

Frente aos dados obtidos, conclui-se:

- O perfil socioeconômico dos entrevistados revela que a maioria dos usuários das ESB possui baixo nível educacional e pertence a famílias de baixa renda.

- A população mostra-se satisfeita com a nova Estratégia e aponta o acesso ao serviço de saúde como fator fundamental.

- Apesar da boa aceitação, as expectativas do usuário ainda remetem aos mesmos problemas do sistema tradicional de atenção em saúde bucal (ampliação de recursos humanos, físicos, materiais e anseio pelas especialidades odontológicas).

- Supostamente devido ao pouco tempo de sua inserção, à grande demanda reprimida e às limitações organizacionais, as ESB ainda não conseguiram contemplar todas as atividades propostas para este novo modelo de atenção (as ações ainda situam-se no campo curativo, com pouca ênfase para questões relacionadas à promoção da saúde).

BIBLIOGRAFIA

1 ARAÚJO, I.C.; ARAÚJO, M.V.A.A.; BARROSO, R.F.F.; COSTA, A.F. **Apostila de Odontologia em Saúde Coletiva V**. Belém; 2003. [Apostila do Departamento de Clínica Odontológica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará].

2 BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

3 BRASIL^a. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

4 BRASIL^b. Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Dentro de Casa**. Programa de Saúde da Família. Brasília (DF). Fundação Nacional de Saúde; 1994.

6 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1886 de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília (DF), 1997.

- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.1444 de 28 de dezembro de 2000**. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica – portaria de incentivos financeiros. Diário Oficial, Brasília (DF), 2000.
- 8 DONABEDIAN, A. La dimension interaccional de la evolución y garantía de la calidad. **Salud Pública de México** 1990; 32 (12): 114-5.
- 9 GATTINARA, B.C.; IBACACHE, J.; DUENTE, C.T.; GIACONI, J.; CAPRARA, A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. **Cadernos de Saúde Pública** 1995; 11 (3): 425-38.
- 10 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE: **Acesso e utilização dos serviços de saúde – PNAD: 1998**. Rio de Janeiro, 2000.
- 11 MASSÉ, R. **Culture et Santé Publique**. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur, 2000.
- 12 MENDES, E.V. **A organização de saúde no nível local**. Hucitec: São Paulo, 1998.
- 13 PEQUENO, L.L. **Equipe de Saúde bucal no Programa Saúde da Família: A Satisfação do usuário**. Monografia [Especialização em Gestão de Sistemas Locais de Saúde]. Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2002.
- 14 PERES, M.A.A. **A saúde bucal como política pública no Brasil: breve histórico**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.
- 15 SOUZA, A.M.A.F. SUS obriga a reformulação de programas. **Revista Promoção da Saúde** 1999, 1:33-4.