

Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013*

doi: 10.5123/S1679-49742015000300021

Comparison of Dental Care Practices According to Traditional and Family Health Models, Pelotas-RS, 2012-2013

Leandro Leitzke Thurow

Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, Pelotas-RS, Brasil

Eduardo Dickie de Castilhos

Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Saúde Bucal Coletiva e Preventiva, Pelotas-RS, Brasil

Juvenal Soares Dias da Costa

Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Pelotas-RS, Brasil

Resumo

Objetivo: comparar os procedimentos odontológicos realizados nas unidades com equipes de saúde bucal (ESB) e naquelas com modelo tradicional de odontologia (MTO). **Métodos:** estudo transversal com dados do Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação 2 – Complementar, preenchido por cirurgiões-dentistas das unidades de saúde, no período de agosto/2012 a julho/2013, em Pelotas-RS, Brasil. **Resultados:** participaram do estudo 53 cirurgiões-dentistas, 46 do MTO e 7 das ESB; diferenças significativas favoráveis às ESB foram demonstradas, sendo a média da razão de tratamentos concluídos/primeiras consultas odontológicas programáticas quase 50% maior (23% no MTO e 45% na ESB); também houve diferença nos indicadores coletivos – média de escovação dental supervisionada (0,63 [MTO] e 1,74 [ESB]) e média de procedimentos coletivos (0,05 [MTO] e 2,43 [ESB]), respectivamente 3 e 48 vezes o modelo ESB superior ao MTO. **Conclusão:** o modelo ESB foi mais produtivo, sugerindo-se sua ampliação em Pelotas-RS.

Palavras-chave: Saúde da Família; Assistência Odontológica Integral; Odontologia Comunitária; Estudos Transversais.

Abstract

Objective: to compare dental procedures performed in health centres having oral health teams (ESB) with the traditional dental care model (MTO). **Methods:** cross-sectional study using Production Record and Evaluation Marker Complementary Report data, as informed by dentists working under both models, from August 2012 to July 2013 in Pelotas-RS, Brazil. **Results:** the study included 53 dentists (46 MTO and 7 ESB); significant differences in favor of the ESB group were demonstrated, with an almost 50% higher average proportion of completed treatments / first programmatic dental consultations (23% MTO and 45% ESB); there was also a difference in collective indicators – average supervised tooth brushing (0.63 [MTO] and 1.74 [ESB]) and average collective procedures (0.05 [MTO] and 2.43 [ESB]), these being 3 and 48 times greater, respectively, in the ESB model, when compared to the MTO model. **Conclusion:** the results show that the ESB model is more productive, suggesting it should be scaled up in Pelotas-RS.

Key words: Family Health; Comprehensive Dental Care; Community Dentistry; Cross-Sectional Studies.

* Manuscrito redigido com base em dissertação de Mestrado Profissional defendida por Leandro Leitzke Thurow junto ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas em maio de 2014.

Endereço para correspondência:

Leandro Leitzke Thurow – Rua Candoca Ferreira, nº 774, Bairro Sete de Setembro, São Lourenço do Sul-RS, Brasil. CEP: 96170-000.
E-mail: llthurow@yahoo.com.br

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) – iniciada em 1994 sob o nome original de Programa Saúde da Família – é uma política nacional com o intuito de reestruturar o modelo de atendimento à saúde.¹

Independentemente da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso à saúde bucal permaneceu precário. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista.² Com a inserção das equipes de saúde bucal (ESB) na ESF em 2001 e o lançamento do Programa Brasil Sorridente pelo Ministério da Saúde em 2004, o governo brasileiro tentou reorganizar a atenção à saúde bucal. Entre as diretrizes do Programa Brasil Sorridente, consta que *‘As ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva’*.³

Poucos estudos foram desenvolvidos enfocando as práticas de saúde bucal pelos serviços odontológicos públicos no Brasil.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010)⁴ demonstrou que, para a idade dos 12 anos, houve redução do índice CPO (índice de dentes cariados, perdidos e obturados) de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010, colocando o Brasil no grupo de países com baixa prevalência de cárie.⁴

Segundo dados da Sala de Situação do Ministério da Saúde,⁵ a cobertura populacional das ESB em 2014 era de 38%. Apesar do crescimento das ESB em todo o Brasil, pouco tem sido feito no sentido de monitorar a inclusão da população pelo serviço e avaliar seus impactos de forma comparativa com o processo de trabalho do modelo tradicional de odontologia (MTO). Chaves & Vieira-da-Silva, em sua revisão, ressaltaram que poucos estudos foram desenvolvidos enfocando as práticas de saúde bucal pelos serviços odontológicos públicos no Brasil.⁶

O presente estudo pretendeu descrever e comparar os procedimentos odontológicos prestados nas unidades com equipes de saúde bucal – ESB – com os do modelo tradicional de odontologia – MTO – no município de Pelotas-RS, onde ambos os modelos são mantidos nos serviços da rede básica de saúde.

Métodos

Estudo transversal, com dados mensais do Relatório de Produção de Marcadores para Avaliação 2 – Complementar (PMA2-C), preenchido por cirurgião-dentista tanto do MTO quanto da ESB, realizado entre agosto de 2012 e julho de 2013, no município de Pelotas-RS.

Em 2013, Pelotas-RS possuía uma população de 341.180 habitantes⁷ e renda *per capita* média de R\$ 870,92.⁸ A rede básica contava 45 consultórios odontológicos em unidades básicas de saúde (UBS) (12 na zona rural e 33 na zona urbana). Atuavam na rede de saúde bucal 66 cirurgiões-dentistas. Em 2012, foram implantadas as primeiras 7 ESB, sendo o MTO majoritário e presente em 84% das UBS.

Nos relatórios mensais, constava a produção de serviços e a ocorrência de situações consideradas como marcadoras. Foram utilizados indicadores do PMA2-C: 1ª consulta odontológica programática; escovação dental supervisionada; tratamentos concluídos; atendimento de urgência; atendimento a gestante; encaminhamento para atenção secundária em saúde bucal; alteração na mucosa; e procedimentos coletivos I (PC I).

As médias de produção foram calculadas por turno trabalhado, considerando-se 2 turnos diários para as ESB e 1 turno diário para o MTO. Foram excluídos dias de férias, folgas, licenças e faltas.

O critério de inclusão no presente estudo foi: profissional cirurgião-dentista lotado e cumprindo todos os turnos de trabalho na mesma UBS.

O critério de exclusão do estudo foi: cirurgião-dentista lotado em escola, exonerado, em licença maternidade, transferido de função ou aposentado no período. Desta forma foram excluídos 13 cirurgiões-dentistas do MTO.

A produtividade foi calculada sobre o total de turnos trabalhados e relatórios entregues.

Para efeito de cálculos de cobertura populacional dos serviços odontológicos de 1ª consulta odontológica programática e escovação dental supervisionada, foi considerada a média de cobertura populacional das 7 ESB, que era de 3.019,57 habitantes, como referência de cobertura para os serviços dos cirurgiões-dentistas do MTO. O número de pessoas cobertas pelo MTO foi, portanto, estimado em 138.900,22. Como fonte de dados de produção, foi utilizado o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Foi descrita a frequência das variáveis categóricas segundo o tipo de modelo de atenção à saúde bucal.

Adotou-se o teste Exato de Fisher, considerando-se diferença estatisticamente significativa quando $p < 0,05$. Foram calculadas as médias das variáveis contínuas segundo o tipo de modelo. Foi empregado o teste de Bartlett, para avaliar a homogeneidade da variância. Nos casos em que o resultado do teste foi significativo, indicando heterogeneidade na variância, utilizou-se o teste de Kruskal Wallis. Para o cálculo da cobertura (percentual de cobertura de 1ª consulta e de cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada), foram calculados os intervalos de confiança de 95% com auxílio do programa Stata® versão 12.

O projeto do estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Pelotas/RS: Parecer nº 383.121, de 21 de agosto de 2013.

Resultados

Contribuíram com relatórios para este estudo 53 cirurgiões-dentistas: 46 do MTO e 7 do modelo ESB. Foram utilizados no estudo 388 relatórios, correspondendo a uma média de 7,32 relatórios utilizados por profissional, sendo a mediana igual a 10,00.

Na comparação dos grupos MTO e ESB, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas médias dos indicadores de primeira consulta odontológica programática, tratamento concluído, atendimento de urgência, atendimento a gestante, encaminhamento para atenção secundária em saúde bucal e alteração de mucosa (Tabela 1).

Houve diferença, sim, na média da razão de tratamentos concluídos/primeiras consultas odontológicas

programáticas, sendo quase 50% maior para as equipes de saúde bucal: 0,45 nas ESB contra 0,23 no MTO (Tabela 1). Os indicadores 'média de escovação dental supervisionada' e 'média de procedimentos coletivos' também foram maiores no modelo ESB, respectivamente 3 e 48 vezes superiores em relação ao MTO.

A cobertura de primeiras consultas odontológicas programáticas na ESB foi de 14,37% (IC_{95%} 13,90;14,85); e no MTO, de 13,95% (IC_{95%} 13,77;14,13) (Tabela 2). Nas ESB, obteve-se uma cobertura de escovação dental supervisionada estimada de 22,50% (IC_{95%} 21,94;23,07); no MTO, a estimativa dessa cobertura foi de 4,75% (IC_{95%} 4,64;4,86) (Tabela 2).

Discussão

O principal resultado deste estudo encontra-se nas diferenças favoráveis ao grupo ESB, na média da razão de tratamentos concluídos/primeiras consultas odontológicas programáticas. Esse resultado pressupõe diferença importante na longitudinalidade e resolubilidade entre ambos modelos. Fatores ligados ao tipo de acolhimento adotado no modelo ESB, como a capacidade de persuasão dos profissionais das ESB no sentido de o usuário compreender a importância de completar seu tratamento, a possibilidade de realização de busca ativa pelos agentes comunitários de saúde e a garantia de reconsulta, parecem colaborar para essa diferença favorável às equipes de saúde bucal. Considerando-se que as consultas de retorno devem ser disponibilizadas de forma igual em ambos os modelos, segundo as Diretrizes da Saúde Bucal de Pelotas,⁹ as diferenças observadas

Tabela 1 – Média de produtividade de registros odontológicos por turno de trabalho segundo procedimento e tipo de atendimento no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013

Variável	Tradicional (Média)	Desvio-padrão	Equipe de Saúde Bucal (Média)	Desvio-padrão	Valor p ^a
1ª consulta odontológica programática	1,65	1,2	1,11	0,6	0,202 ^b
Razão de tratamentos concluídos/1ª consulta	0,23	0,19	0,45	0,13	0,006
Escovação dental supervisionada	0,63	0,99	1,74	0,80	0,007
Tratamentos concluídos	0,40	0,36	0,49	0,31	0,565
Atendimento de urgência	0,45	0,45	0,20	0,15	0,199 ^b
Atendimento a gestante	0,07	0,13	0,03	0,05	0,594 ^b
Encaminhamento para atenção secundária	0,28	0,39	0,20	0,10	0,473 ^b
Alteração de mucosa	0,02	0,08	0,03	0,05	0,885
Procedimentos coletivos	0,05	0,22	2,43	1,52	<0,001 ^b

a) Teste Exato de Fisher

b) Teste de Kruskal Wallis

Tabela 2 – Média comparativa de cobertura de primeira consulta odontológica programática e escovação dental supervisionada no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013

Variável	População coberta por equipe de Saúde Bucal ^a % (IC _{95%} ^b)	População não coberta por equipe de Saúde Bucal ^c % (IC _{95%} ^b)
Percentual de cobertura de 1ª consulta	14,37 (13,90;14,85)	13,95 (13,77;14,13) ^d
Percentual de cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada	22,50 (21,94;23,07)	4,75 (4,64;4,86) ^d

a) Estimada em 21.137 pessoas, recebeu 3.039 1^{as} consultas odontológicas programáticas e 4.767 procedimentos de escovação dental supervisionada no período.

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

c) Estimada em 138.900,22 pessoas, recebeu 19.378 1^{as} consultas odontológicas programáticas e 6.605 procedimentos de escovação dental supervisionada no período.

d) Fonte dos dados da população não atendida pelas equipes de Saúde Bucal: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS)

na questão do tratamento concluído merecem ser alvo de investigação mais detalhada.

A mudança no modelo de atenção à saúde bucal com a inclusão da ESB na ESF não vem ocorrendo de maneira uniforme no Brasil, sendo muitas vezes observada apenas em termos de denominação e não de práticas,¹⁰ tampouco de um modelo curativo caracterizado como inovador.¹¹ Um dos pressupostos da ESF foi a ampliação do acesso às ações de saúde para os indivíduos e as famílias.¹²

O serviço de saúde pode ser entendido como um local de acolhimento do usuário no momento de sua necessidade e, de certa forma, de acesso ao serviço na busca da resolução dessa necessidade.¹³ No caso da saúde bucal, o acesso do usuário pode ser medido pelas primeiras consultas; mas a resolução da necessidade, entretanto, deve incluir o tratamento concluído, ou seja, a relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

A razão de tratamentos concluídos/primeiras consultas odontológicas programáticas nas ESB foi de 0,46. No MTO, essa razão foi de 0,27. Estes valores sugerem que há dificuldade em concluir tratamentos, nos dois grupos, indicando uma maior resolubilidade no grupo ESB, achado representativo de um efeito positivo da reorganização das práticas na lógica do modelo da ESF. Para melhorar esse indicador, é preciso reforçar as estratégias que garantam a adesão aos tratamentos programáticos (humanização do atendimento, busca ativa de faltosos, agendamento, lembrete aos usuários das consultas agendadas etc.) e oferecer referências especializadas capazes de garantir a continuidade e conclusão dos tratamentos iniciados. Ademais, é preconizada pelo Ministério da Saúde a disponibilização do tempo de consulta adequado e a proporção de

horas clínicas dedicadas à assistência, em relação a outras atividades.³

Cabe ressaltar que a expressão "razão de tratamentos concluídos/primeiras consultas odontológicas programáticas", adotada pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) na área de Odontologia, mantém correspondência com o conceito do "índice de atrição", conceito usualmente adotado usualmente na literatura da área.¹⁴ No presente estudo, o índice de atrição não foi calculado; todavia, recomenda-se incluir este indicador em futuras análises.

O acesso aos serviços de saúde bucal foi medido de duas formas distintas: média de 1ª consulta odontológica programática por profissional cirurgião-dentista (Tabela 1) e cobertura da 1ª consulta odontológica programática por estimativa da população adstrita. Em relação a essas duas medidas, não foram encontradas diferenças significativas entre os modelos. Estudo transversal realizado por Rocha e Goes¹⁵ em Campina Grande-PB tampouco encontrou diferença no acesso ao serviço de saúde bucal por residentes em áreas cobertas e não cobertas por ESB, embora o estudo citado tenha medido esse acesso pela entrada do indivíduo no serviço.

Em relação à semelhança entre as médias de primeiras consultas odontológicas apresentadas pelos grupos, esperava-se um valor maior no MTO, uma vez que a menor razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas pode possibilitar uma rotatividade maior, enquanto no modelo de ESB as vagas destinadas a tratamento clínico são reservadas até a conclusão dos planos de tratamento. Quanto à carga horária dos profissionais, a reserva de 15 a 25% da carga horária para atividades extra-clínica, prevista no modelo ESB, confirmou a vantagem esperada em favor das equipes

de saúde bucal nos indicadores coletivos: a média de escovação dental supervisionada e a média de procedimentos coletivos foram, respectivamente, 3 e 48 vezes superiores (valores aproximados) no modelo ESB, frente ao MTO. Esses dois indicadores evidenciaram a característica da ESB de sistematização das práticas coletivas simultaneamente às práticas clínicas, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente da cárie dentária e da doença periodontal. Considerando-se que a escovação dental supervisionada foi realizada com dentífrico fluoretado, a adoção desse indicador também permitiu estimar o acesso ao flúor tópico e, ademais, serviu como um procedimento para consolidar o hábito da escovação. Essas ações, quando adotadas em escala populacional, podem contribuir para a redução da incidência das doenças bucais da população geral.¹⁶

Esperava-se que o indicador de atendimento à gestante fosse maior nas ESB, visto que mudanças positivas na percepção em relação a aspectos de saúde bucal, na autoconfiança e no acesso e uso de serviços odontológicos ocorrem a partir da atuação dos agentes comunitários de saúde na promoção da saúde bucal.¹⁷ Para tanto, os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da atenção básica, tanto nas atividades educativas em grupo como no acompanhamento pré-natal. É preciso considerar que vários cirurgiões-dentistas lotados no MTO convivem com a presença de equipe de Saúde da Família ou equipe de agentes comunitários de saúde em sua UBS. Logo, a organização do serviço da saúde bucal do MTO pode contar com o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Essa aproximação e integração de ações contribuiria para a semelhança dos resultados quanto a esse indicador, nos dois grupos estudados.

A média de atendimentos de urgência no grupo ESB é inferior à metade da média apresentada no grupo tradicional, embora essa diferença não seja significativa estatisticamente. Isto porque o indicador só teria redução justificada no longo prazo, na medida em que a atenção odontológica se tornasse mais integral, com foco na promoção da saúde bucal, permitindo avaliar a capacidade de prevenção dos casos de urgência odontológica mediante atendimento programático regular. A utilização regular dos serviços odontológicos traz menor probabilidade de sintoma de dor de dente,¹⁸ ou agudização dos problemas odontológicos.

O indicador de incidência de alterações da mucosa oral expressa os casos novos de alterações da mucosa oral diagnosticados pelos profissionais de saúde bucal, avaliando, em alguma medida, a integralidade do atendimento em saúde bucal na atenção básica. O rastreamento do câncer da cavidade bucal, por exemplo, pode ser útil na detecção de lesões pré-malignas e lesões de câncer, favorecendo o tratamento antes da instalação da doença e possibilitando uma melhor qualidade de vida a partir do diagnóstico precoce.¹⁹ Quanto a esse indicador, não se observou diferença significativa entre os dois grupos.

A principal limitação deste estudo reside na falta de controle sobre os registros efetuados pelos cirurgiões-dentistas e eventuais relatos de inconsistências no decorrer da coleta de dados. Os dados colhidos não permitem revisão. O processo de trabalho em saúde bucal na rede básica de Pelotas-RS está em constante aprimoramento, confirmado pela publicação do documento 'Diretrizes da Saúde Bucal de Pelotas' em 2013.⁹ Os resultados encontrados, portanto, devem ser considerados como válidos para o período da pesquisa. Recomenda-se a realização de pesquisas avaliativas no sentido do aprimoramento dos serviços, além de significar uma forma de maior aproximação entre a reflexão e produção da academia e o serviço prestado pela Saúde.

O presente estudo demonstrou diferenças importantes entre as práticas do modelo tradicional de odontologia – MTO – e as práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal – ESB –, favoráveis a estas últimas. Outrossim, sugere-se que o modelo aplicado pelas ESB, ou suas estratégias de ação, se estenda aos habitantes do município de Pelotas-RS mais carentes de atenção a sua saúde bucal. A maior razão de tratamentos concluídos/1ª consulta odontológica e a maior abrangência das atividades coletivas apontam para uma melhor equidade no atendimento prestado pelas equipes de saúde bucal.

Contribuição dos autores

Thurow LL, Castilhos ED e Costa JSD contribuíram na concepção e delineamento do estudo, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual, análise e interpretação dos resultados, e aprovação da versão final do manuscrito.

Todos os autores declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Marques RM, Mendes A. O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho? [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001 [citado 2014 fev 26]. 17 p. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?gid=558&option=com_docman&task=doc_download
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Departamento de Emprego e Rendimento. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde: 1998: Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000. 96 p.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 116 p.
5. Ministério da Saúde (BR). Sala de apoio à gestão estratégica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2014 fev 26]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/#>
6. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no estado da Bahia. *Cad Saude Publica*. 2007 jan-mai;23(5):1119-31.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [Internet]. 2014. [citado 2014 fev 26]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431440&search=rio-grande-do-sul|pelotas>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. 2010 [citado 2014 fev 26]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defohtm.exe?ibge/censo/cnv/rendars.def>
9. Thurow LL, Laroque MB, Elias RV, Bighetti TI. Diretrizes da saúde bucal de Pelotas [Internet]. Pelotas: Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas; 2013 [citado 2014 fev 26]. Disponível em: <http://www.pelotas.rs.gov.br/saude/arquivos/Diretrizes-Saude-Bucal-de-Pelotas%5B17-12-2013%5D.pdf>
10. Silva SE, Martelli PJJ, Sá DA, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro IS, et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Cienc Saude Coletiva*. 2011 jan;16(1):211-20.
11. Ronzani TM, Stralen CJ. Dificuldades de implantação do Programa Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. *Rev APS*. 2003 jul-dez;6(2):99-107.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2000 dez 29; Seção 1:85.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
14. Guimarães LOC. Estudo de avaliação da secção de higiene dentária do Centro de Aprendizado Urbano da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da U.S.P.: análise quantitativa do trabalho realizado nos anos de 1959 a 1962. *Arq Faculdade Hig Saude Publica Univ Sao Paulo*. 1963 dez;17(2):283-98.
15. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008 dez;24(12):2871-80.
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
17. Frazão P, Marques D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. *Rev Saude Publica*. 2009 mai-jun;43(3):463-71.
18. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cienc Saude Colet*. 2010 jan;15(1):161-70.
19. Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006 mai;22(5):1073-8.

Recebido em 27/11/2014
Aprovado em 19/03/2015