

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**“AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO  
ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES VULNERÁVEIS QUE SÓ  
BUSCAM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA”**

**Regina de Lourdes Oliveira  
Tutor: Flávio de Freitas Mattos**

**2009**

## RESUMO

É muito grande a procura ao atendimento de urgência odontológica, no Centro de Saúde Nossa Senhora Aparecida. O aparente desligamento de cuidar de uma forma preventiva e esperar até o último minuto para procurar uma solução, pode encontrar suas justificativas nas coerções cotidianas e econômicas que quase impedem ou tornam extremamente difícil o acesso ao profissional da saúde bucal. O objetivo deste trabalho é propor uma estratégia para aumentar a procura por tratamento odontológico seqüencial, entre os usuários que só buscam pelo alívio da dor, utilizando a estratégia de busca ativa de pacientes vulneráveis. Foi escolhida uma área de maior vulnerabilidade social e foram chamados aleatoriamente 60 usuários para uma avaliação e codificação de necessidades. Entre os que compareceram verificou-se que houve predominância entre os 20 e 39 anos de idade, do sexo feminino e com padrão socioeconômico baixo. São pessoas sem acesso equitativo às oportunidades, apresentando na saúde bucal um reflexo potencializado de tais desigualdades. Todos apresentavam necessidade de tratamento odontológico, mas nunca haviam procurado a unidade anteriormente. Citam-se como principais causas da não procura a impossibilidade de faltar ao trabalho e por achar não conseguir vaga. Observou-se que a doença cárie não é percebida, antes que manifeste sinais de cavidade ou dor. O projeto se mostrou efetivo uma vez que priorizou aqueles que mais necessitam; ampliou o acesso ao serviço de saúde bucal, tanto nos aspectos curativos como de promoção de saúde, promovendo equidade e justiça social.

### PALAVRAS-CHAVE:

urgência odontológica, vulnerabilidade, determinantes biológicos e sociais.

## ABSTRACT

It is very frequent the search for emergency dental care at Nossa Senhora Aparecida Health Center. The apparent disconnection between preventive care and the wait for the last minute to seek treatment can be explained by the daily and economical coercions that almost impairs access to professional oral health care. The objective of this study was to propose a strategy to increase the search for odontological sequential treatment, among the users that only look for the relief of pain, through active searching vulnerable individuals. It was chosen an area of high social vulnerability and 60 users were randomly called for an evaluation and codification of needs. Among those most were between the 20 and 39 years of age, female and of low socioeconomic level. All individuals needed dental treatment, but they had never previously sought the unit. They mentioned as main barriers for searching treatment: the impossibility of leaving to the work and the lack of available dental appointments. It was observed that dental caries were not noticed, before it manifested cavity signs or pain. The intervention implemented in this study prioritized individuals with higher treatment needs improving their access to curative and preventive measures, promoting equity and social justice.

## KEY WORDS:

emergency dental care, vulnerability, social and biological determinants.

## INTRODUÇÃO

As dores de dente e as perdas dentárias estão presentes no cotidiano dos brasileiros. O caráter de urgência que é colocado pela dor de dente e as dificuldades financeiras levam à extração dentária. A perda dentária estigmatiza a população pobre, reforçando as desigualdades entre as classes sociais.

Ao longo de 6 anos de atendimento na clínica odontológica do Centro de Saúde Nossa Senhora Aparecida, foi observado como é grande a procura das pessoas ao atendimento de urgência para o alívio da dor. Na maioria das vezes estas pessoas querem fazer extrações dentárias.

De janeiro a dezembro de 2008 foram atendidos 637 novos pacientes, sendo que 173 chegaram através da urgência, o que representa 27%. Destes, foram atendidos 87 casos de abscessos, 75 de pulpite e 11 de pericoronarite.

No mesmo período, no tratamento clínico diário, foram realizadas 104 restaurações de amálgama, 104 restaurações de resina, 270 restaurações de ionômero de vidro e 244 exodontias.

Conclui-se que, o alto percentual de urgências endodônticas reflete o perfil de saúde bucal da população atendida, exibindo um alto padrão cariogênico que precisa ser revertido.

Por que muitos pacientes só procuram pelo dentista, na hora da dor intensa? Por que não procuram para fazer um tratamento continuado, antes dos sintomas se agravarem?

Estas pessoas têm como prioridade de vida, o trabalho, a alimentação, a moradia, a família, o que mostra a exclusão social sendo determinante para a pouca preocupação com a saúde.

Vários motivos fazem com que a procura pelos atendimentos de urgência odontológica seja freqüente. A falta de percepção da necessidade de tratamento odontológico pelos pacientes, familiares e profissionais da área de saúde, a subestimação das lesões de cárie, renda familiar baixa, empobrecimento decorrente do casamento e chegada de filhos, e ainda o grau de instrução, são razões prováveis para essa elevada busca por atendimento de urgência. (Dourado & Caldas Jr., 2005).

No Brasil, é comumente aceito pelo povo, que a cárie e a doença periodontal são inevitáveis, prevalecendo a decisão de extrair o dente ao invés de restaurar, o que reflete a condição socioeconômica e cultural da população. Por outro lado o número de exodontias é grande, porque o paciente busca com a extração, o alívio imediato e definitivo da dor. (Souza et al, 1997).

A consciência de auto-cuidado não se incorpora a prática cotidiana destes indivíduos. Consideram a cárie, tártaro, sangramento gengival como pequenos incômodos que não os incapacitam. Por isso não os consideram motivos suficientes para buscar o tratamento odontológico (ajuda profissional). (Martins, 1999).

A experiência de dor é um sintoma presente nas classes sociais desfavorecidas, que chegam a esta extremidade devido a uma diversidade de fatores sociais, dentre eles a jornada de trabalho. Esta, entre as classes operárias, não permite que o empregado se ausente do serviço, para cuidar preventivamente da saúde bucal, mas apenas quando existe a dor, uma vez que a mesma compromete o desempenho do trabalhador.

(Souza, 1982 – Martins, 1999).

Os membros das classes populares não prestam voluntariamente atenção ao seu corpo, pois o usam principalmente como instrumento, subordinando-o às funções sociais. Sendo assim a doença se manifestará brutalmente, porque não se aperceberam dos sinais precursores ou porque se recusaram a percebê-los. (Boltanski, 1989).

O aparente desligamento de cuidar de uma forma preventiva e esperar até o último minuto para procurar uma solução, pode encontrar suas justificativas nas coerções cotidianas e econômicas que quase impedem ou tornam extremamente difícil o acesso ao profissional da saúde bucal. (Martins, 1999).

Para os setores populares que dependem diretamente de sua força de trabalho para a própria subsistência, a enfermidade representa uma dupla ameaça, na medida em que o corpo é visto tanto como integridade orgânica, quanto como o principal instrumento de trabalho. Isto faz com que a doença seja negada até os limites do possível e que seu conceito se reduza, enquanto o de saúde se amplia, para alcançar não só a situação definida como de "bem estar", como também todo um estado ambíguo que não é estritamente saúde,

mas que tampouco se considera explicitamente doença. Este estado de carência é visto como decorrente diretamente das próprias condições de vida. E se este estado raramente chega a ser considerado doença, talvez seja simplesmente porque é o estado "normal" em que vivem os setores populares, que não chegam a ter a experiência concreta do que seja, realmente, saúde. (Souza, 1982).

Podemos colocar em dúvida se existe algum fenômeno, exclusivamente biológico no comportamento humano. Devemos considerar que muitas vezes, é através das dores do corpo e da mutilação dentária, que o indivíduo fala de seu cotidiano e das marcas do grupo social ao qual pertence. As características do corpo humano, do fenômeno saúde/doença bucal servem para pensar a vida social, entendendo que a sociedade é construída pelo próprio homem e que em tal processo, tem seu corpo modelado. Ao falar sobre o seu próprio corpo, da saúde/doença, está falando de si, da relação com o outro e do mundo em que ele vive. (Minayo, 1989).

Hoje em dia, quase sempre a aproximação à população que se encontra no pólo inferior das desigualdades, acontece no sentido de culpabiliza-la, por não procurar tratamento bucal com antecipação ou não se responsabilizar por medidas relativas ao seu auto-cuidado, uma situação essencialmente gerada por não se conhecer, na aproximação necessária, a real condição socioeconômica que as pessoas vivem no seu cotidiano, o que contribui para fazer crer que as falhas da assistência e de melhores condições de saúde bucal, são por falta de cooperação da população, eximindo os profissionais de saúde e toda a sociedade de sua responsabilidade na geração das doenças bucais. (Moreira & Alves, 2006).

A estratégia da Saúde da Família é o eixo norteador da atenção básica em saúde bucal. Existem formas diversas de organização nas unidades básicas de saúde, que levam em conta a situação de vulnerabilidade da população e geram impacto na situação de vida e saúde da mesma. (Werneck & Rocha, 2004).

O Programa Saúde da Família tem o potencial de incorporação de segmentos sociais vulneráveis e de promotor da equidade e da justiça social no interior da política de saúde. (Senna, 2002).

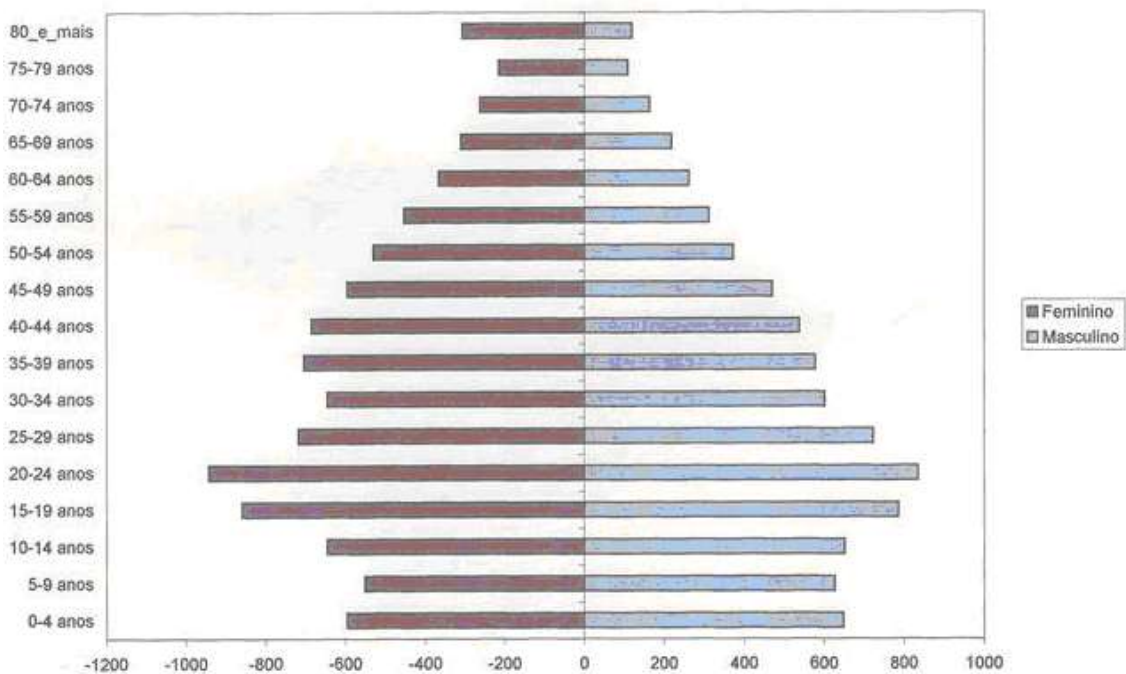
As estratégias de visita domiciliar e busca ativa, tem o mérito de potencializar a adoção de políticas mais equânimes. Assim, essa modalidade de intervenção se faz necessária, pela constatação mais do que difundida de que famílias em situação mais precária, tendem a ficar à margem dos serviços, que orientam seu atendimento pela demanda espontânea, promovendo deste modo, o acesso daqueles setores populacionais excluídos do sistema de saúde e ao mesmo tempo os mais vulneráveis. (Senna, 2002).

O Programa Saúde da Família tem se tornado nos últimos anos o principal programa alavancador da reorganização dos serviços de saúde na atenção básica. Tem como estratégia, a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do SUS (Sistema Único de Saúde) e centrado na vigilância à saúde por meio de ações de promoção, proteção e recuperação. Baseia-se na nova concepção sobre o processo saúde/doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido. (Souza & Roncalli, 2007).

#### CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE NOSSA SENHORA APARECIDA

O Centro de Saúde Nossa Senhora Aparecida localiza-se no bairro São Lucas região centro-sul de Belo Horizonte e possui em sua área de abrangência uma população de 17.409 habitantes, sendo 9.379 do sexo feminino e 8.030 do sexo masculino. A faixa etária predominante é adulta (20 a 39 anos), com predominância do sexo feminino, segundo o Censo BH Social-2000 (Figura 1).

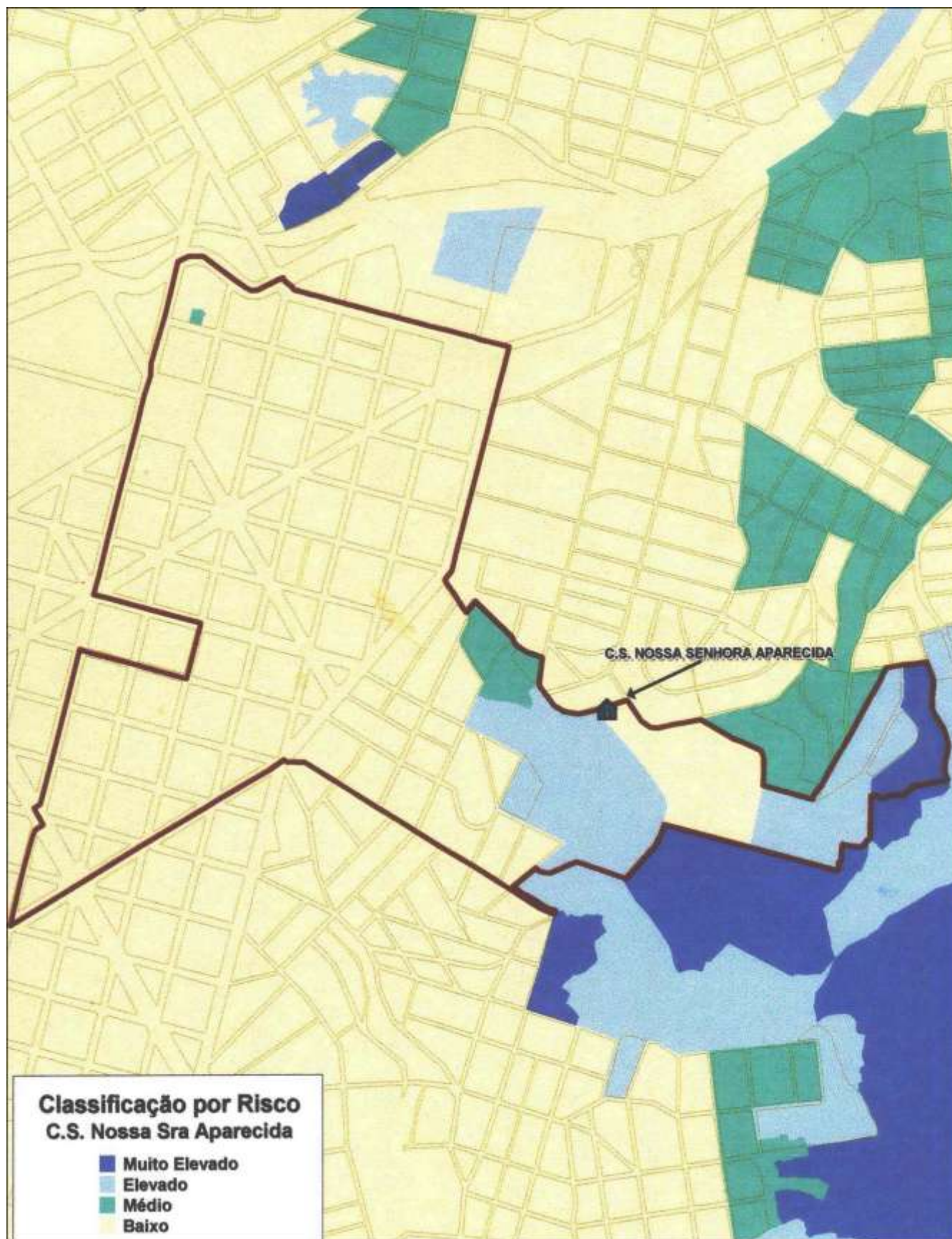
Figura 1 – Pirâmide populacional da área de abrangência do Centro de Saúde Nossa Senhora Aparecida – Censo 2000



Atende a uma população de elevado e muito elevado risco, residente na vila Novo São Lucas e a uma população de médio e elevado risco, residente na vila Aparecida perfazendo 9.119 pessoas cadastradas. Atende ainda a uma população de baixo risco, residente no bairro São Lucas, parte de Santa Efigênia, Funcionários e Serra o que perfaz 2.675 pessoas cadastradas (Figura 2).



Figura 2 – Distribuição das áreas de vulnerabilidade à saúde.



Possui 3 Equipes de Saúde da Família, sendo que as equipes 1 e 2 atendem a vila Aparecida (população de médio e elevado risco) e a equipe 3 atende a vila Novo São Lucas (população de elevado e muito elevado risco). Possui uma Equipe de Saúde Bucal – PSF e uma Equipe de apoio.

As vilas estão passando por mudanças com o projeto “Vila Viva”, para abertura de ruas e construção de apartamentos para as famílias desapropriadas. As ruas são asfaltadas e os becos pavimentados. Existem muitas escadas devido ao relevo acidentado. Existe um córrego onde é despejado o esgoto; 100% das casas têm iluminação, água tratada e coleta de lixo; 93% têm rede de esgoto. As casas são de alvenaria, existindo apenas 2 de madeira.

Nas vilas residem 1.974 famílias cadastradas, totalizando 9.119 pessoas com média de 5 pessoas por família.

Esta população caracteriza-se pela inserção informal dentro do mercado de trabalho. Trabalham na construção civil e na faxina. Tem baixa renda, baixa escolaridade, pouco acesso ao lazer. A gravidez na adolescência é alta. A população jovem, sem emprego, parte para a criminalidade, se envolvendo com o tráfico de drogas.

Tem como principais agravos a hipertensão arterial, desnutrição, diabetes, doenças respiratórias, sofrimento mental, procurando com frequência a clínica médica da unidade, principalmente mulheres e crianças.

No serviço odontológico a procura é alta, principalmente para alívio dos casos agudos, por mulheres e homens jovens, na faixa etária de 20 a 40 anos.

## A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO CENTRO DE SAÚDE NOSSA SENHORA APARECIDA

A unidade possui 1 Equipe de Saúde Bucal – PSF, composta por 1 CD e um ASB (Auxiliar de Saúde Bucal), e uma Equipe de Apoio, composta por 1 CD e 2 ASB. Não possui TSB (Técnico de Saúde Bucal).

A demanda espontânea é organizada através do acolhimento, segundo as diretrizes do Projeto Global de Saúde Bucal da SMSA – BH, onde as urgências são priorizadas e os pacientes com necessidade de tratamento odontológico são agendados, não havendo fila de espera. Os pacientes

encaminhados pelos profissionais das equipes são acolhidos da mesma forma. São agendados 10 pacientes por dia e é disponibilizado diariamente na unidade 1 hora pela manhã e 1 hora à tarde para o atendimento das urgências. Os casos de urgência que surgirem fora deste horário também serão atendidos.

São realizadas ações educativas nos grupos operativos e também para os pacientes que iniciam o tratamento clínico.

É feito o acompanhamento de escolas e creches da área de abrangência, monitorando o trabalho educativo/ preventivo feito pela AMAS (Associação Municipal de Assistência Social). As crianças com necessidade de tratamento são referenciadas para a unidade.

São distribuídos kits de higiene bucal para a população cadastrada no Programa Bolsa Família.

## OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é propor uma estratégia para aumentar a procura por tratamento odontológico seqüencial entre os usuários que só buscam pelo alívio da dor, utilizando a estratégia de busca ativa de pacientes vulneráveis.

Espera-se desta forma priorizar aqueles que mais necessitam, alcançando equidade e justiça social.

## PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para a realização deste projeto foi escolhida a Vila Novo São Lucas, por ser uma área de maior vulnerabilidade social e de difícil acesso da população ao centro de saúde.

Num primeiro momento apresentamos à Equipe 3 de Saúde da Família, responsável pelo atendimento desta população, os objetivos deste trabalho, mostrando ser necessário a reorganização do serviço, no sentido de superar a polarização dos indicadores da cárie e outras doenças bucais.

A definição de áreas prioritárias pelo nível local pode contribuir enormemente para o estabelecimento de prioridades e de princípios de justiça

local, promovendo uma discriminação positiva a favor dos grupos mais vulneráveis da população. (Senna, 2002)

Priorizamos então as microáreas 7, 8 e 9 por serem de IVS (Índice de Vulnerabilidade à Saúde) muito elevado e elevado, privilegiando desta forma grupos sociais menos favorecidos.

Nossa equipe utilizou como estratégia, a busca ativa de pacientes excluídos do Sistema de Saúde, ampliando e assegurando o acesso progressivo destas pessoas às ações educativas e clínico – restauradoras de saúde bucal. A busca ativa foi feita pelas ACS (Agente Comunitário de Saúde) das microáreas 7, 8 e 9.

A realização da visita domiciliar, para busca ativa de casos, é uma importante ferramenta de trabalho, promovendo a melhoria dos conceitos de acessibilidade, de integralidade e de cuidados pela equipe. (Savassi & Dias, 2006).

Foram chamadas 60 pessoas, de forma aleatória, para uma avaliação odontológica. Estas pessoas deveriam ser adultos jovens, em idade economicamente ativa, em conformidade com o perfil dos usuários que mais frequentemente buscam o serviço de urgência da unidade.

Foi disponibilizada 1 hora diária na agenda para se fazer a codificação de necessidades destas pessoas. Em Belo Horizonte as necessidades de tratamento em saúde bucal da população são codificadas de acordo com o INTO (Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico), que é de fácil aplicação e nos ajuda a organizar o trabalho.

Das 60 pessoas chamadas, 20 compareceram para serem avaliadas. Fizemos então, a 2º tentativa de busca ativa destes pacientes pelas ACS que, através da visita domiciliar, enfatizaram a importância da saúde bucal na melhoria da qualidade de vida. Neste 2º momento, 4 usuários compareceram para avaliação.

Segundo Werneck, (conforme citação de Teixeira e Costa, 2003) na organização das ações e serviços de saúde, a vigilância da saúde, trabalha o território como um espaço social, concentrando esforços no reconhecimento dos riscos e dos danos, suas causas, utilizando a epidemiologia como ferramenta ao reconhecimento e enfrentamento dos problemas e necessidades existentes.

De posse dos dados coletados e de acordo com as necessidades levantadas, a equipe planejou as atividades:

- Atendimento clínico prioritário, evitando o agravamento das doenças;
- Implementar ações de promoção de saúde;
- Capacitação de ACS (Agente comunitário de Saúde), para uma participação mais efetiva na prevenção da cárie e doença periodontal junto à população através de visitas domiciliares, reduzindo assim a ocorrência de casos novos.

## RESULTADOS

Dos 60 usuários chamados, 24 compareceram para serem avaliados (40%) e tinham entre 20 e 62 anos de idade, com predominância para os limites entre os 20 e 39 anos (62%), o que pode estar relacionado à alta prevalência de cáries em adultos. (Gráficos 1 e 2).

Gráfico 1 – Total de pacientes que compareceram para avaliação.

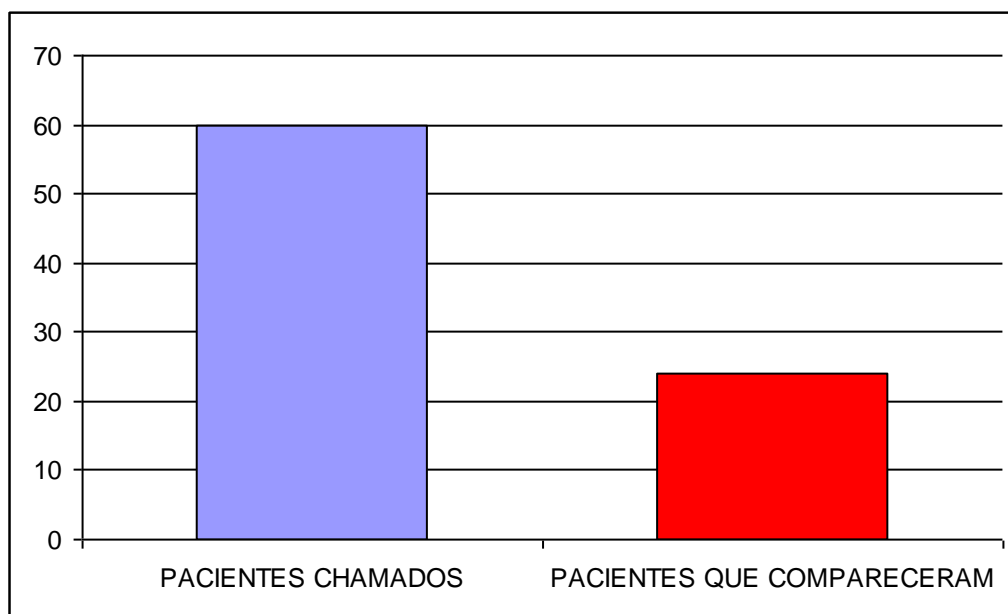
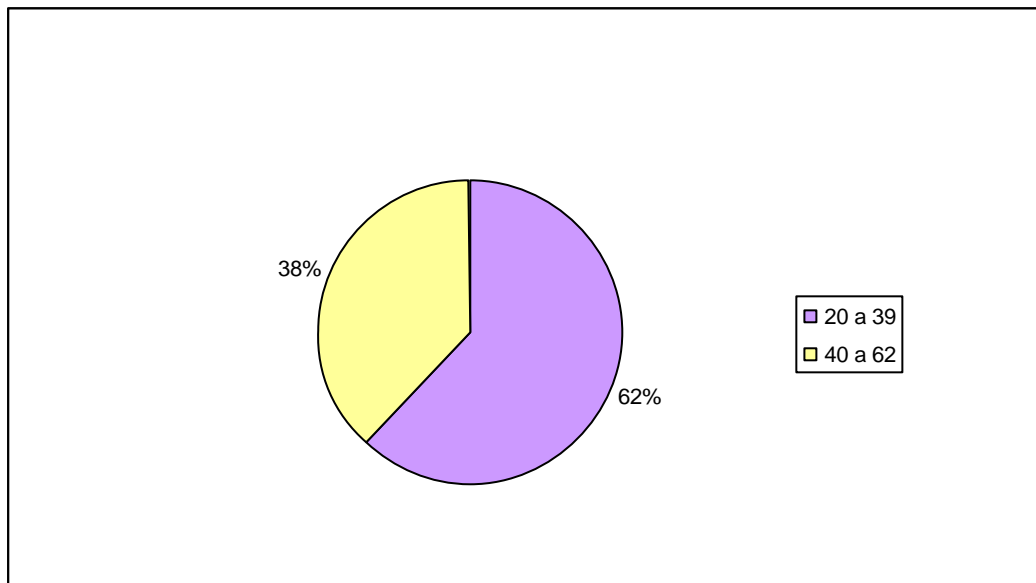
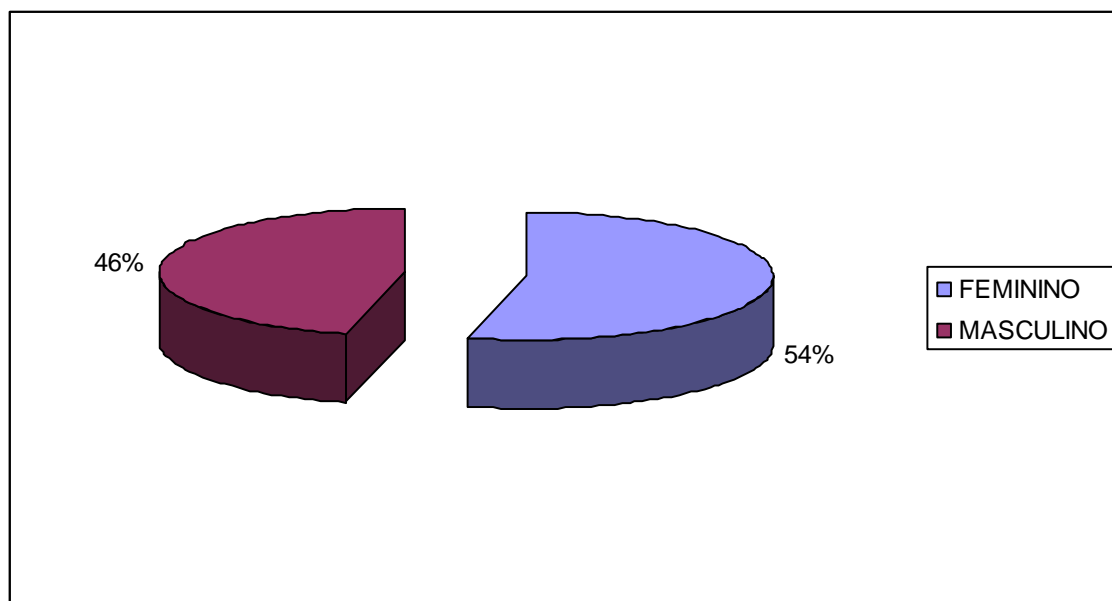


Gráfico 2 – Faixa etária dos pacientes que compareceram para avaliação.



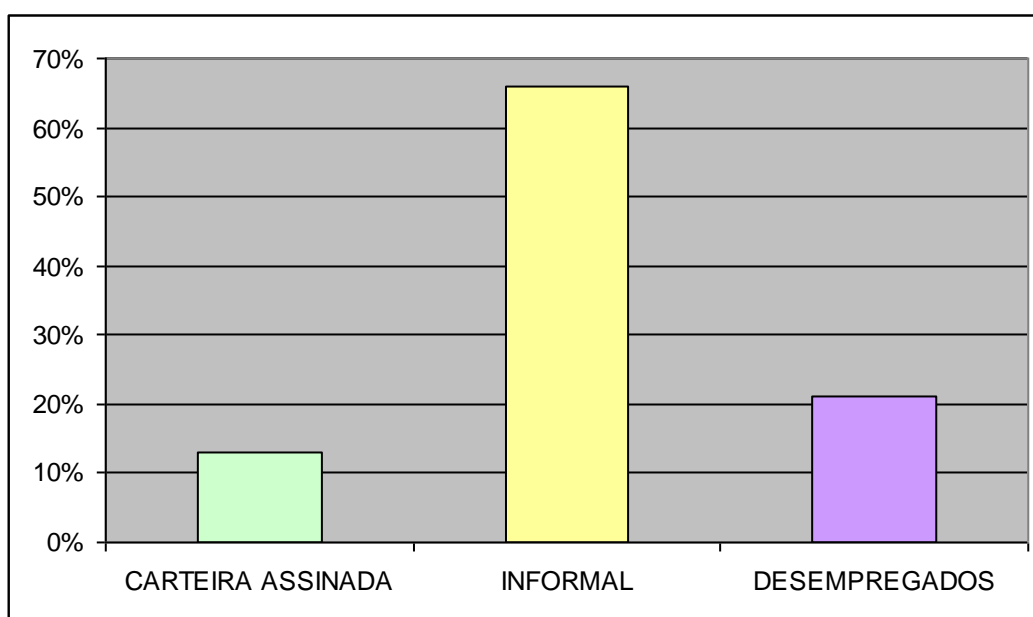
Dos 24 que compareceram 54% eram do sexo feminino, e o trabalho delas estava relacionado aos serviços domésticos. (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Total de pacientes de acordo com o gênero.



O grupo apresentava um traço comum do ponto de vista de inserção no mercado de trabalho: caracterizava-se pela inserção informal dentro do mercado de trabalho (66%). Apenas 13% estavam empregados com carteira assinada. Aparecem como ocupações: servente de pedreiro (21%), porteiro (4%), mecânico (4%), lavrador (4%), faxineiras (25%), do lar (13%), costureira (4%), cabeleireira (4%); 21% estavam desempregados. (Gráfico 4).

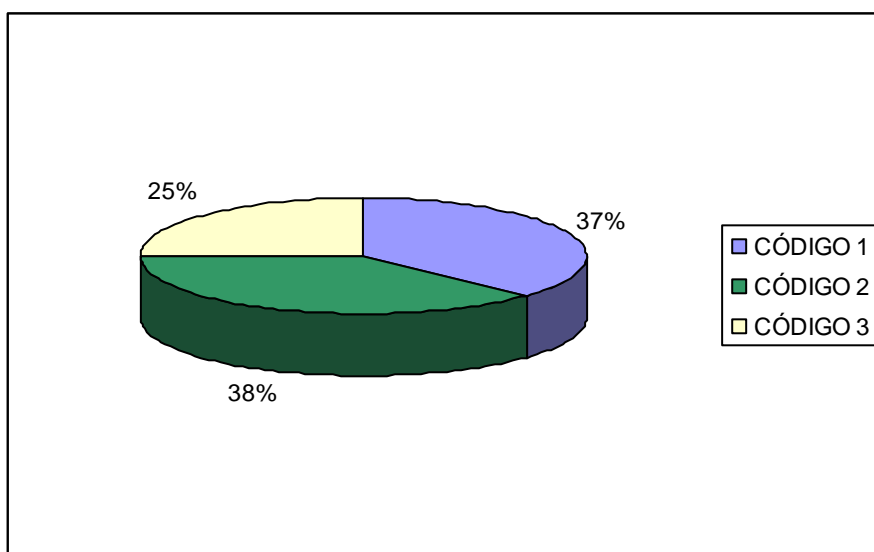
Gráfico 4 – Inserção dos pacientes no mercado de trabalho.



Todos os usuários que compareceram apresentavam necessidade de tratamento odontológico:

- 37% apresentavam até 3 dentes cariados, necessitando serem restaurados ou extraídos (código 1)
- 38% apresentavam de 3 a 8 dentes cariados ( código 2 ).
- 25% apresentavam mais de 8 dentes cariados (código 3). (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO).



100% dos que compareceram nunca haviam procurado a unidade anteriormente, para um tratamento odontológico seqüencial e os motivos apresentados pela não procura incluem:

- por não poder faltar ao trabalho: 21%
- por relaxamento, descuido: 12%
- por achar não conseguir vaga: 25%
- por medo de dentista: 17%
- por desconhecimento do serviço: 17%
- porque tratava com dentista particular: 4%
- porque nunca sentiu dor de dente: 4%

## DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, a idade dos usuários que compareceram para avaliação, tinha predominância para os limites entre os 20 e 39 anos. Segundo Dourado e Caldas Jr., (conforme citação de Kunzel & Fisher, 2000; Pooterman et al, 1999; Nyvad et al, 1999), isto pode estar relacionado à alta prevalência de cárie em adultos, uma vez que, na infância, os mesmos não usufruíram do benefício dos dentifrícios fluoretados.



Quanto ao gênero, 54% eram do sexo feminino. A prevalência da mulher em serviços de saúde foi registrada também por outros pesquisadores em vários estudos (Dias NMO, 1991; Queiroz MS, 1991), os quais constataram que as mulheres usam serviços de saúde mais frequentemente que os homens, por serem mais preocupadas com a saúde e a estética.

O grupo caracterizava-se pela inserção informal dentro do mercado de trabalho (66%), estando apenas 13% empregados com carteira assinada, sendo pessoas com baixo poder aquisitivo; 21% estavam desempregados. Foi observado que essas pessoas têm como prioridade de vida, antes da saúde, o trabalho, que elas têm como fonte de vida, de sobrevivência pessoal e de sua família, o que vem ao encontro do já expressado por Boltanski em 1989.

Todos os usuários avaliados apresentavam necessidade de tratamento odontológico, com dentes cariados necessitando serem restaurados ou extraídos: 37% apresentavam até 3 dentes cariados ( código 1); 38% apresentavam de 3 a 8 dentes cariados (código 2); 25% apresentavam mais de 8 dentes cariados (código3). No entanto, nenhum deles havia procurado o serviço anteriormente para realizar um tratamento odontológico seqüencial, subestimando as lesões de cárie, conforme o que foi relatado por Martins em 1999.

Uma das explicações encontradas pela não procura, seria a necessidade de o paciente afastar-se do trabalho (21%), o que mostra a opção por aspectos importantes de sua vida, como o trabalho; as pressões pela sobrevivência podem ser tão violentas que para essas pessoas menos favorecidas social e financeiramente, às vezes, fica difícil assumir a doença em todas as suas dimensões, podendo ocorrer uma negação da enfermidade, o que foi abordado e da mesma maneira entendido por Souza em 1982.

Observou-se que a doença cárie não é percebida, antes que manifeste sinais de cavidade ou dor, quando relataram que não procuraram previamente, por relaxamento e descuido (12%) ou porque nunca sentiram dor de dente (4%). E quando sentem, estas pessoas convivem com a dor enquanto ela é suportável, até que chegue ao limite de sua tolerância, passando a prejudicar seu trabalho ou convívio social, recorrendo então ao serviço de urgência, o que vem ao encontro do já relatado por Martins em 1999 e Souza em 1982.

Outros (17%) relataram sentir um medo acentuado do tratamento odontológico e vão convivendo com a dor enquanto ela é suportável. Essas pessoas ainda têm o costume de achar que o profissional só deve atuar depois da doença instalada. Não percebem os dentes como órgãos importantes de seu corpo, relegando a saúde dos mesmos em último plano e viabilizam a exodontia como a melhor solução para o alívio da dor e conseqüentemente resolução do seu problema, o que foi abordado por Souza et al em 1997.

Percebeu-se ainda que 25% destes usuários nunca procuraram o serviço por achar não conseguir vaga e 17% desconheciam o serviço. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. A percepção de saúde/doença estaria também determinada pela oferta e a capacidade de consumo dos serviços de saúde existentes (Boltanski, 1989).

Sabe-se que a prevalência de cárie dental no Brasil é alta, e considerando que a causa principal das urgências de origem endodôntica é a cárie, pode-se inferir, que há uma grande necessidade de se ampliar o acesso aos serviços de atenção à saúde bucal, tanto nos aspectos curativos como de promoção de saúde.

## CONCLUSÃO

O projeto se mostrou efetivo, uma vez que proporcionou a ampliação do acesso ao serviço de saúde bucal, a uma população que estava até então, à margem do serviço.

Quanto aos usuários chamados que não compareceram, devemos procurar compreender suas razões. A determinação de uma necessidade tem um caráter individual e subjetivo; é necessário que exista um sujeito que a perceba enquanto tal. Parece que a saúde bucal se torna uma necessidade, quando um mínimo de sobrevivência e cidadania já foi conquistado. As oportunidades ou circunstâncias de melhora social são fundamentais para o aparecimento deste valor, sendo necessárias medidas políticas mais amplas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- BOLTANSKI, L. As Classes Sociais e o Corpo. Rio de Janeiro; Graal; 1989.
- 2 – DIAS, NMO. Mulheres sanitaristas de pés descalços. São Paulo: Hucitec; 1991.
- 3 - DOURADO AT, CALDAS JR AF, ALBUQUERQUE DS, RODRIGUES VMS. Estudo Epidemiológico de Urgências Odontológicas; Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada & Saúde Bucal Coletiva 2005; 9(48): 60.
- 4 - KUNSEL W, FISHER T. Caries prevalence after cessation of water fluoridation en la salud, Cuba. Carie Res 2000; 34:20-7.
- 5 – MARTINS, EM. Construindo o Valor Saúde Bucal. Revista Ação Col. 1999; 2:5-9.
- 6 - MINAYO, MCS. 1989. Na dor do corpo o grito da vida. In: Costa, N.R. et al (orgs). Demandas populares, políticas públicas de saúde. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1989, p.75-101.
- 7 - MOREIRA TP, ALVES MSCF. Saúde Bucal e desigualdades: Dos números à experiência das doenças no cotidiano. In: DIAS, AA e col. Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas. 2006, p. 261-272.
- 8 – NYVAD, B. et al. Reliability of a new caries diagnostic system differential between active and inactive caries lesions. Carie Res 1999; 33(4):252-60
- 9 – POORTERMAN, JHG et al. Underestimation of the prevalence of approximal caries and inadequate restorations in a clinical epidemiological study. Commun D. Oral Epidemiol 1999; 27:331-7.
- 10 – QUEIROZ, MS. Representações sobre saúde-doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. Campinas: Unicamp; 1991.
- 11 - SAVASSI, LCM; DIAS, MF. Visita Domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006.
- 12 - SENNA, MCM. Equidade e Política de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, 2002.
- 13 - SOUZA et al. Urgência Odontológica: experiência de 8 anos em serviços prestados; Revista ABO Nac. 1997; Vol. 5(3): 177-182.
- 14 - SOUZA, LA. A saúde e a doença no dia a dia do povo. Caderno do CEAS, 1982; 77: 18-29.
- 15 - SOUZA TMS, RONCALLI AG. Saúde Bucal no PSF: uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Pública RJ, 2007; 23(11): 2727-2739.

16 - TEIXEIRA, C.F. e COSTA, E.A. Vigilância da Saúde e Vigilância Sanitária: concepções, estratégias e práticas. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cooperação Técnica ISC/ANVISA. Brasília: 26 de março de 2003.

17 - WERNECK, M A F, ROCHA, R C. 2004. Princípios e Diretrizes para a Política Municipal de Saúde Bucal na SMSA/SUS - Belo Horizonte, GEAS/SMSA/SUS BH..

18 - CENSO BH SOCIAL, SIMW/SMSA BH/GEREPI/GERASA/CS.

19 – Dados coletados em levantamentos realizados pelas ACS, no Centro de Saúde Nossa Senhora Aparecida no ano de 2008.