

FABIANO MIRANDA RESENDE

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA
DEMANDA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA

FORMIGA/MINAS GERAIS

2010

FABIANO MIRANDA RESENDE

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA
DEMANDA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade federal
de Minas Gerais, para obtenção do
certificado de Especialista.

Orientadora: Stela Maris Aguiar Lemos

FORMIGA/MINAS GERAIS

2010

FABIANO MIRANDA RESENDE

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA
DEMANDA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade federal
de Minas Gerais, para obtenção do
certificado de Especialista.

Orientadora: Stela Maris Aguiar Lemos

Banca Examinadora:

À Deus, razão do meu viver.

A Talita, meu amor, que foi meu auxílio nos momentos de dificuldade.

Aos meus pais, pois se não fosse por eles não teria chegado até aqui.

Agradeço acima de tudo à Deus que através de Seu Espírito me iluminou e me capacitou para concluir esse trabalho.

Também agradeço a Talita que sempre me ajudou quando precisei, suprindo dúvidas e ajudando superar as dificuldades que surgiam.

E finalmente a minha orientadora, Stela, que, de maneira tão eficiente, corrigiu meu trabalho e me dirigiu até sua conclusão.

“A razão cardeal de toda superioridade humana é, sem dúvida, a vontade. O poder nasce do querer. Sempre que o homem aplica a veemência e a perseverante energia de sua alma a um fim, ele vencerá todos os obstáculos e, se não atingir o alvo, pelo menos fará coisas admiráveis.”

JOSÉ DE ALENCAR

Sumário

1. Introdução	9
2. Objetivos	11
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos	13
3. Justificativa	14
4. Desenvolvimento	16
4.1. Metodologia	16
4.2. Cenário de estudo – Descrição da Unidade	16
4.3. Forma de acesso dos usuários e organização do processo de trabalho	17
4.4. Caracterização do problema	18
4.5. Delineamento do estudo	18
5. O inquérito de necessidades	20
5.1. Belo Horizonte	22
5.2. São Paulo	23
5.3. Distrito Federal	23
6. Resultados e discussão	25
6.1. Proposta de modelo a ser utilizado na unidade	25
6.2. A classificação de risco e o modelo proposto	27
7. Considerações finais	29
Referências	30

Resumo

O acesso dos usuários aos serviços de saúde é uma das principais preocupações do Sistema Único de Saúde (SUS), dos usuários e dos profissionais responsáveis pelo atendimento. Existem vários estudos e propostas para tornar esse acesso mais humanizado e de acordo com os princípios do SUS. Esse trabalho tem o objetivo de propor uma forma de organizar o acesso ao serviço de odontologia de uma Unidade de Saúde da Família do município de Pomerode, Santa Catarina. Após descrever a realidade da população, segue-se um levantamento bibliográfico, com a apresentação de alguns modelos de organização da demanda através da classificação de risco. Após a descrição e análise de três experiências, foi escolhida uma estratégia que apresentasse mais vantagens para ser aplicada pela Equipe de Saúde Bucal da Unidade Ricardo Jung, como forma de otimizar o fluxo exercendo o princípio da equidade.

Palavras-Chave: Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal, Acolhimento, Odontologia e Programa de Saúde da Família, Classificação de Risco, Modelos Assistenciais em Saúde Bucal.

Abstract

The access of users at health's services is one of the main concerns of the Unified Health System (UHS), the users and the responsible professional for the service. There are many studies and offers to turn this access more humane and according to the principles of the SUS. This study has the purpose to offer a way to organize the access at the dentistry service of a Family Health Unit in the city of Pomerode, Santa Catarina. After describe the people reality, it follow a bibliography survey, with the presentation of some models of demand organization through risk classification. After the description and analysis of three experiences, it was selected a strategy that has showed more benefits to be introduced for the Oral Health Team of Ricardo Jung Unit, as a way to improve the flux exercising the principle of equity.

Key words: Needs Survey in Oral Health, Receptiveness, Assistance Models in Oral Health, Dentistry and Family Health Program, Risk Classification, Assistance Models in Oral Health

Lista de siglas

SUS – Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CD – Cirurgião-Dentista

TSB – Técnico de Saúde Bucal

ART – Tratamento Restaurador Atraumático

1. Introdução

Ao longo do século XX, vários modelos de saúde estiveram em vigência no Brasil. Os mais marcantes foram: o de Saúde Pública, no início do século; o de Assistência Médica Previdenciária na década de 20; o de Medicina Comunitária na década de 60; e o do Sistema Único de Saúde (SUS), em vigência até hoje. Esse foi criado na Constituição Federal promulgada em 1988 que garante um conceito ampliado de saúde, onde ela passa a ser entendida como resultante das condições de vida, alimentação, transporte, moradia, emprego, acesso e posse da terra, sendo colocada como “um direito de todos e dever do estado” (Paim, 2003 *apud* Araújo, 2005)

O SUS é norteado pelos seguintes princípios doutrinários: universalidade (todos têm direito a assistência); equidade (dar atenção de acordo com a necessidade) e integralidade (oferecer ações de promoção, proteção e recuperação da saúde).

Na década de 90, buscando reorganizar os serviços e proporcionar uma estratégia capaz de promover a qualidade de vida aos usuários, o Ministério da Saúde (MS) implanta uma nova proposta de atenção centrada na família e em todo seu contexto social e econômico, sendo que as intervenções no processo saúde doença vão além das práticas curativas. Assim, buscando a integralidade e universalidade de atenção, em 1994 é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Merhy, 2000 *apud* Araújo, 2005). Segundo Pires, 2004, “*o PSF se constitui em uma nova porta de acesso ao SUS, uma incorporação prática e reafirmação dos seus princípios*”.

A base operacional do programa tem as seguintes diretrizes: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização, adscrição da clientela e equipe multidisciplinar (Pereira, 2003 *apud* Nickel, 2008). Formulado nestas bases, o PSF se apresentou como uma estratégia de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilidade e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer (SANTI, 2000, p. 20).

O PSF é uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Portanto, o MS vem reorientando o modelo assistencial a partir da Atenção Básica, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do SUS (Brasil, 2001). Ainda para o

MS, a busca de mecanismos que ampliem as ações de saúde bucal e viabilizem, portanto, a melhoria do quadro epidemiológico do Brasil, adquire maior importância considerando-se a saúde bucal, enquanto qualidade de vida, como um dos componentes de saúde em sua expressão mais ampla.

A rede básica de saúde é a grande responsável pelo cuidado em saúde e cuidado significa vínculo, responsabilização e solicitude na relação equipe de saúde com os indivíduos, famílias, comunidades; significa compreender as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural; significa acolhê-las em suas necessidades com relação ao sistema de saúde (SES-SP, 2004).

Odontologia sanitária é trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral (Chaves, 1960 *apud* Narvai, 2006).

Para Silveira Filho, 2002 *apud* Pauleto *et al*, 2004, p.123

“O texto constitucional que formula o Sistema Único de Saúde (SUS), sua regulamentação, e outros textos normativos constituem as bases legais para as ações de saúde bucal no SUS, propondo seguir os mesmos princípios que regem a dimensão macro da saúde, ou seja, um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautado na universalidade, na equidade, na integralidade, compondo um sistema descentralizado, hierarquizado em diferentes níveis de complexidade, e que esteja regulado através do controle social”.

Os vários modelos assistenciais presentes no Brasil: a Odontologia Sanitária, Odontologia Simplificada e Sistema Integral imprimiram conceitos e por sua vez marcaram o nosso processo de trabalho em saúde. Apesar da existência desses modelos, predominou no Brasil a atenção voltada para o escolar – sistema incremental – que privilegiava o tratamento odontológico da dentição permanente dos escolares de 7 a 14 anos de idade. Historicamente, a atenção à saúde bucal dos adultos no sistema público, se restringiu basicamente às exodontias e aos atendimentos de urgência, geralmente mutiladores (PALMIER, A.C. *et al*, 2008, p. 7).

Apesar desses modelos dirigidos a escolares esperarem como resultado uma população adulta saudável, esses efeitos não foram alcançados. Levantamentos odontológicos locais e nacionais revelaram que a população com mais de 40 anos apresenta um alto índice de doença periodontal, ausência de elementos dentários e necessidade de tratamento restaurador.

Entretanto, todos os modelos até então elaborados constituíram a evolução da assistência odontológica pública brasileira. Consideramos a apropriação do conhecimento

acerca da evolução dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil indispensável para a construção de uma odontologia social de maior eficácia e qualidade, a fim de finalmente fazer valer para a população os princípios do SUS (Nickel D.A. et al, 2008).

Apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas no Brasil, persistem ainda elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, e grande parte da população permanece desassistida (OPAS/OMS, 2006). No entanto, não mais se admite qualquer exclusão de clientela em um Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios de universalidade de atenção – todo cidadão tem direito à saúde – e de integralidade de serviços – as necessidades da população devem ser atendidas em sua totalidade.

Desde 1999, as discussões da Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde propõem a inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) e culminaram na elaboração do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, com a regulamentação da inserção da saúde bucal no PSF através da portaria nº 267, de 06/03/01 (Palu, A. P. N., 2004).

A inserção da saúde bucal no PSF é a resposta mais legítima à proposta de mudança do modelo de saúde, excludente e ineficaz que caracterizou a Odontologia no campo das ações públicas de saúde. No novo modelo, apesar de tantas insuficiências, a saúde bucal tem buscado incorporar-se como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e assumindo o compromisso de quitar uma dívida social do Estado com o povo construída em anos de exclusão e abandono (BRASIL, 1993 *apud* Palu, 2004).

Embora a formação das equipes de saúde bucal no PSF tenha ocorrido tardiamente à sua criação, a inclusão da odontologia no PSF contribui para a construção de um modelo de atenção que melhore efetivamente as condições de vida dos brasileiros (Souza et al, 2001 *apud* Nickel et al, 2008).

A proposição pelo Ministério da Saúde das diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal e de sua efetivação, por meio do BRASIL SORRIDENTE, tem, na Atenção Básica, um de seus mais importantes pilares. Organizar as ações no nível da Atenção Básica é o primeiro desafio a que se lança o BRASIL SORRIDENTE, na certeza de que sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal (Brasil, 2006).

O presente estudo apresenta uma proposta para solução do problema de demanda reprimida em uma equipe de Saúde Bucal de um PSF. Propõe uma forma de organização

do atendimento através da classificação de risco, apresentando algumas experiências e justificativas para tal mudança no processo de trabalho.

Na sequência está apresentada a descrição da equipe de saúde da família Ricardo Jung, e a dinâmica de funcionamento da unidade.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

- Apresentar e discutir algumas estratégias de organização do processo de trabalho em saúde bucal para propor uma forma de organização que seja mais adequada à realidade da comunidade coberta pela equipe Ricardo Jung.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever e discutir alguns modelos existentes de organização da demanda em saúde bucal por meio de critérios de classificação de risco;
- Propor a aplicação e avaliação de um modelo para fundamentar o planejamento das ações da equipe Ricardo Jung.
- Problematizar a organização do processo de trabalho em saúde bucal da unidade.
- Sugerir ações de atenção em saúde bucal de acordo com os resultados encontrados nos levantamentos de classificação de risco.

3. **Justificativa**

A cárie dentária é uma doença multifatorial e crônica que ocorre quando há um desequilíbrio do processo dinâmico entre a estrutura dentária e o seu meio ambiente e é necessária a interação de três fatores como substrato cariogênico (dieta), microbiota bucal cariogênica e estrutura dentária suscetível para desencadear esse processo (Kairalla; Lage-Marques; Rode, 1997 *apud* Sá; Vasconcelos, 2008).

No Brasil, quase 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de 5 anos de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Na dentição permanente, quase 70% das crianças de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie. Entre adultos e idosos a situação é ainda mais grave: a média de dentes atacados pela cárie entre os adultos (35 a 44 anos) é de 20,1 dentes e 27,8 dentes na faixa etária de 65 a 74 anos. A análise destes dados aponta também para perdas dentárias progressivas e precoces: mais de 28% dos adultos e 75% dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada (Brasil, 2003 *apud* Brasil, 2006).

Diante do que foi exposto, como garantir a universalidade e atender a todos, tamanha a demanda que se acumula no serviço? Daí a necessidade de organizarmos a Atenção em Saúde Bucal, através de ferramentas do planejamento estratégico que utilize-se de critérios para priorização.

O agendamento de pacientes para tratamento odontológico, nos serviços públicos, tem sido problemático por que, de um modo geral, faltam critérios técnicos que orientem tal procedimento. Tradicionalmente, o acesso aos serviços de saúde bucal se dá através do atendimento de emergências ou por meio de filas de espera enormes, que fazem com que as pessoas desistam do tratamento ou sofram as conseqüências de suas necessidades acumuladas (Morais; Lucas, 2008).

Não parece justo, e muito menos ético, atender um usuário sem necessidade de intervenção cirúrgico-restauradora, e deixar de atender um usuário com dor aguda, somente porque o primeiro madrugou em uma fila ou tem seu nome no topo de uma lista de espera (Pimentel, Ferreira, 1998 *apud* Dumont *et al*, 2008).

Sendo assim, torna-se importante definir prioridades para tratamento, buscando promover a equidade, isto é, priorizar aquelas pessoas cujos casos clínicos são mais

emergentes ou mesmo apresentem mais necessidades de tratamento, porém qualquer mudança proposta na atenção em saúde bucal deve ser feita gradualmente, com participação da equipe de saúde e da comunidade, e sempre de forma a não se criar expectativas que não possam ser atendidas (SAS/MG, 2006).

4. Desenvolvimento

4.1. Metodologia

A problemática na forma de organização do trabalho em saúde bucal da equipe e a proposta para resolução é apresentada a seguir. Uma revisão de literatura será feita para servir de base para esse tema, descrevendo de forma breve alguns modelos existentes de organização da demanda em saúde bucal através de critérios de classificação de risco. Ao final a aplicação de um modelo será proposta para auxiliar no planejamento das ações da equipe.

4.2. Cenário de estudo - Descrição da Unidade

A Unidade de Saúde da Família Ricardo Jung está localizada no centro da cidade de Pomerode – SC. Essa área, como na maioria das cidades, é bastante heterogênea. A população adscrita a ESF é de quase seis mil habitantes e é formada na maioria por famílias mais tradicionais, que estão estabelecidas a muito tempo no bairro e possuem um nível sócio-econômico satisfatório. É grande o número de idosos. Por outro lado, muitas famílias chegam de outras regiões em busca de trabalho, pois a oferta de vagas nas empresas é grande. O desemprego, portanto, não é problema.

As casas na maioria são de alvenaria, mas também há muitas de madeira e mistas. Existem muitos estabelecimentos comerciais e empresas. Por ser uma característica da cidade o fato de os terrenos serem muito extensos, as casas são relativamente distantes umas das outras. Assim, o território é dividido em onze micro-áreas.

As instalações da unidade foram construídas como um anexo à Unidade de Saúde Prefeito Alvim Klotz, que é uma policlínica central. Foi inaugurada em julho de 2007. A estrutura é adequada, possuindo todas as condições para o perfeito funcionamento da equipe. É conjunta com a unidade central, mas apresentam acessos distintos. A recepção apesar de não ser muito ampla possui cadeiras confortáveis, televisão e *DVD player*. Possui banheiros e bebedouro de uso comum. Os consultórios, odontológico e médico, funcionam no 2º andar e o acesso é feito através de uma rampa. Todo equipamento é novo e as salas possuem computador conectado a rede, onde agendamento e produção são informatizados. As reuniões de grupos operativos são realizadas em uma sala de reuniões

que também é de uso comum da Unidade Alwin Klotz. Há ainda sala de triagem, sala de curativos, consultório de enfermagem e sala de preventivo. A vacinação é realizada na unidade anexa.

A equipe é formada por médico, enfermeira, técnica e auxiliar de enfermagem, dentista, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que dão cobertura a cerca de 1700 famílias e conhecem bem a área onde trabalham, já que fazem parte da comunidade. Duas micro-áreas estão descobertas por questões burocráticas de contratação de ACS. Não há recepcionista e as auxiliares de serviços gerais são as mesmas da unidade de saúde central.

A unidade de saúde funciona das 7:00 às 12:00 e das 13:00 às 16:00. No período para almoço a unidade fecha, pois é um costume local. Os agentes não ficam na unidade e só comparecem na mesma quando solicitados, para realizar atualizações de cadastros e em reuniões.

4.3. Forma de acesso dos usuários e organização do processo de trabalho

O acesso dos usuários ao atendimento odontológico na unidade é realizado através do agendamento de consultas que é realizado mensalmente. Existe apenas um dia onde a agenda fica aberta para marcação. Essa data geralmente é o primeiro dia do mês. Quando há variações, alguns dias antes, os ACS fazem a divulgação da data via cartazes afixados na unidade e divulgação dos profissionais da unidade aos usuários.

No dia da marcação, o agendamento da consulta pode ser feito pessoalmente ou por telefone. Existe a possibilidade de um usuário agendar para terceiros. É muito comum o fazerem para outros membros da família. A fila gerada não é muito grande, mas gera certo transtorno na unidade e o telefone fica o dia todo ocupado. Por não haver recepcionista, os responsáveis pelo agendamento são a equipe de enfermagem, que também tem que realizar o acolhimento e triagem dos pacientes pra o atendimento médico. Isso acaba sendo motivo de queixa por demora no agendamento ou atraso nos atendimentos nesse dia.

Geralmente as vagas para o mês acabam no período da tarde. O restante dos usuários que procuram é orientado a tentarem na data do mês seguinte. Isso gera insatisfação no usuário que algumas vezes acaba provocando um pequeno conflito com o profissional que está agendando. Não é divulgado para a comunidade, mas são ofertadas 12 consultas agendáveis por dia com o dentista. As consultas são agendadas por horário, que é

de 30 em 30 minutos, e existe um período no início da manhã e da tarde para atendimento de casos de urgência. Os horários destinados a atividades extra-clínica, que ocorrem de forma esporádica, são bloqueados na agenda e não são divulgados ao público.

Os determinantes de saúde e marcadores de doença acabam muitas vezes, o que é quase inevitável, ditando como será o funcionamento da Unidade Básica de Saúde da Família. Os agravos que acometem a população estão sempre surgindo e com isso a demanda é sempre grande. Daí, as filas enormes, as agendas lotadas, consultas e mais consultas que muitas se tornam uma bola de neve que acaba engolindo todo o tempo que deveria ser destinado para outras atividades como as de prevenção e promoção de saúde. É importante que se destine tempo para atividades com a comunidade, tanto as focadas no problema como aquelas que promovam e englobem o bem-estar global do indivíduo.

4.4. Caracterização do problema

Outras formas de acesso do usuário ao serviço odontológico já foram discutidas pela equipe durante as reuniões. Mesmo no Conselho Local de Saúde o problema já foi levantado. Os fatores que foram motivos dessa insatisfação são muitos, dentre eles o transtorno que é gerado na unidade no dia reservado para agendamento, os atritos que surgem entre o usuário e o profissional que realiza o agendamento, a falta de vagas para todos que procuram o serviço, a necessidade de aguardar uma data mensal para marcação de retorno, além de outras queixas.

Diante do que foi exposto, percebe-se que muito além da deficiência sentida pela comunidade e profissionais da equipe, existe uma necessidade indiscutível de reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal da Unidade Ricardo Jung. A organização dos serviços de saúde para garantir e melhorar o acesso dos usuários é um pensamento cotidiano nas discussões do Controle Social (Conferências e Conselhos de Saúde) e, também, dos trabalhadores em saúde, no que diz respeito ao processo de trabalho, organização da demanda, ampliação da cobertura e humanização (Sassi, 2008).

4.5. Delineamento do estudo

Trata-se de estudo teórico, com base em revisão de literatura. Para realização desse estudo foi feita uma busca de artigos na internet bem como registros do Portfólio. Os

descritores utilizados foram: Levantamento de necessidades em saúde bucal, acolhimento, Odontologia e PSF, Classificação de risco, modelos assistenciais em saúde bucal.

5. O inquérito de necessidades

O inquérito de necessidades individuais e coletivas orienta a coleta de dados para a posterior análise e tomada de decisões no planejamento da assistência individual. É um instrumento de vigilância epidemiológica e deve ser utilizado com a finalidade de planejamento das ações em odontologia, subsidiando o agendamento para o atendimento individual (Sá, 2005 *apud* Dumont, 2008, p. 1018).

Os inquéritos podem ser feitos no próprio serviço, nos domicílios dos usuários, em escolas ou creches, dentre outros. Nos inquéritos, são produzidos dados considerados necessários para se saber a prioridade e o tipo de serviço a ser disponibilizado. Os levantamentos epidemiológicos produzem dados mais precisos que os inquéritos; no entanto, são mais complexos quanto à execução. Os inquéritos requerem menos treino dos profissionais para sua realização, são mais fáceis e mais rápidos de serem executados (Ferreira, 2005 *apud* Dumont, 2008).

O planejamento e a programação desenvolver-se-ão a partir das informações epidemiológicas e da definição de critérios de risco. Mesmo que tais dados não apresentem o rigor de um estudo acadêmico, constituem-se em importante instrumento de avaliação sobre o impacto das ações o que, até agora, era impraticável na Equipe. Outro ponto a destacar é a perspectiva da expansão das ações de saúde bucal que contemplem o princípio da integralidade (articulando atividades promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras) para vários grupos populacionais que vivem no território. O planejamento e a programação desenvolver-se-ão a partir das informações epidemiológicas e da definição de critérios de risco (Brasil, 2001).

O levantamento de necessidades colabora para a construção de um modelo de atenção centrado no usuário e em suas necessidades. Esse funciona como uma percepção e co-responsabilização em relação às necessidades percebidas e significam um grande passo para criação de vínculo, de solidariedade, e de sensibilidade em relação à dor e ao sofrimento do usuário. Além de tudo contribui para o aumento da resolubilidade (SAS/MG, 2006).

A Linha Guia de atenção em Saúde Bucal de Minas Gerais, 2006, p. 93, diz com relação ao levantamento, que esse introduz o princípio da equidade na atenção à saúde bucal, pois define uma priorização do atendimento a partir da identificação de risco sob os

pontos de vista biológico, social e subjetivo, com atenção priorizada para a clientela com maior necessidade ou vulnerabilidade.

O universo de atenção à saúde bucal inclui toda população da área de abrangência, famílias visitadas, grupos priorizados e espaços sociais existentes (Carvalho, 2004).

As principais formas de acesso para atenção em saúde bucal são a demanda espontânea, os grupos prioritários e encaminhados pela equipe de saúde. No primeiro caso os usuários procuram a unidade com uma necessidade percebida, que pode ser um caso de urgência ou de tratamento eletivo. Os grupos prioritários são aqueles formados por pessoas que merecem atenção especial devido a sua condição. Podem ser divididos em risco sistêmico (diabéticos, imunodeprimidos, hipertensos e portadores de necessidades especiais), risco social (famílias com problemas econômicos, sociais ou em sua estrutura) e risco por ciclo de vida (como crianças, gestantes e idosos, por exemplo). Quando encaminhados por algum profissional da equipe geralmente apresentam sinais identificados ou queixas avaliadas durante a rotina do trabalho (SAS/MG, 2006).

Esses grupos demandam atenção especial, devendo ser, portanto, classificados quanto ao risco, a fim de organizar a atenção, sem com isso dedicar-lhes atendimento exclusivo, mas sim visando à cobertura gradual de toda comunidade com base na equidade. Casos de urgência/emergência devem ser atendidos prontamente, de preferência no início do turno de trabalho e da forma mais resolutiva possível, evitando o prolongamento do sofrimento do usuário ou retornos desnecessários. Com esse processo de reorganização da demanda a tendência é que haja uma diminuição gradual desses casos.

Todos os pacientes que procuram o serviço devem passar por uma triagem que pode ser feita pelo Cirurgião Dentista (CD), Técnico de Saúde Bucal (TSB) ou Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). A oportunidade para esse contato, quando na unidade, deve ser definida em acordo com a equipe e conselho local, podendo ocorrer em pequenos períodos em cada turno, semanalmente ou mensalmente. Nos casos de urgência essa definição pode ser feita na mesma oportunidade do atendimento. Durante as ações coletivas realizadas com os grupos prioritários, a classificação pode ser realizada pelo pessoal auxiliar, aumentando assim a resolubilidade do atendimento e a cobertura populacional.

Segundo o modelo de Curitiba, 2004, deve ser reservado um período diário e nos dois turnos de trabalho de no máximo 50% do tempo clínico, para acolhimento da livre demanda ou demanda espontânea. Esse acolhimento, no caso da odontologia, pode ser na

prática uma oportunidade para de realizar uma classificação de necessidades, selecionando os casos agendáveis e atendendo as urgências prontamente. A Política Nacional de Humanização preconiza o acolhimento como uma forma de construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (Brasil, 2006).

Existem na literatura alguns métodos de organização da demanda como, acolhimento, inquérito de necessidades, triagem, critérios de risco e levantamentos de cárie. Algumas diferenças podem tornar um mais adequado a cada situação. A seguir estão apresentados alguns desses métodos segundo o município em que foi aplicado.

5.1. Belo Horizonte

Esse método utilizado num trabalho (Dutra, *et al*, 2005) em creches de Belo Horizonte, é baseado na quantidade de dentes acometidos pela doença no indivíduo. Segue abaixo o quadro com os códigos e critérios de classificação:

Quadro 1: Códigos e critérios de classificação do inquérito de necessidades em saúde bucal

CÓDIGO	CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO
0	Não apresenta dente permanente e/ ou temporário com cavidade. Não necessita de restauração ou extração
1	Apresenta até 03 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração
2	Apresenta de 03 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração
3	Apresenta mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração
* Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda	

Fonte: SMSA/BH

Esse tipo de classificação apresenta a vantagem de demonstrar o tamanho ou quantidade do problema, podendo ser útil para o planejamento das intervenções e tempo necessário para completar o tratamento do indivíduo ou grupo. Porém não considera a

intensidade ou grau da necessidade do paciente, pois do menos ao mais grave ocorre variação de acordo com o número de elementos afetados pela cárie. Resumindo, baseia-se na quantidade de doença cárie para determinar a prioridade no atendimento, e não a atividade e o tamanho da cavidade.

5.2. São Paulo

O critério proposto pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo apresenta seis códigos para classificar a situação encontrada durante o exame de triagem:

Código A: ausência de lesão

Código B: história de dente restaurado;

Código C: cavidade de cárie crônica;

Código D: presença de placa, gengivite e mancha branca ativa;

Código E: cavidade de cárie aguda;

Código F: presença de dor.

Nesse modelo de cadastramento, a determinação do atendimento clínico individual para a cárie, na unidade de saúde da família, teria como prioridade os indivíduos classificados como código F, seguidos, conforme a possibilidade, pelos classificados como código E (alto risco) e, finalmente, os classificados como código C (risco moderado). A presença de cavidade aguda e crônica na mesma criança foi classificada a pior situação de risco (cárie aguda). Todas as crianças que não apresentaram cavidades de cárie (códigos A, B, e D), ou seja, sem necessidade de tratamento curativo foram excluídas, uma vez que o objeto de estudo da pesquisa foi a priorização do tratamento curativo (Terrerri; Soler, 2008). O interessante seria que crianças que possuem uma lesão cavitada aguda terão prioridade no atendimento odontológico sobre aquelas que possuem lesões cavitadas em situação crônica, independente do número de cavidades.

5.3. Distrito Federal

O critério possui três códigos para classificar a situação encontrada durante o exame de triagem:

Código 1: sem necessidade de tratamento;

Código 2: de uma a cinco cavidades;

Código 3: mais de cinco cavidades, e/ou dor e/ou uma cavidade grande.

O modelo de ficha proposto tem como critério para a prioridade de tratamento curativo a presença de dor, a quantidade e o tamanho da cavidade de cárie dentária que necessita de tratamento restaurador, segundo a situação individual. Como nesse modelo não há um critério para definir “cavidade grande”, convencionou-se neste estudo classificá-la como todo dente que necessitasse de tratamento pulpar ou extração (Terreri; Soler, 2008).

Apesar de ser fácil por separar os casos em três tipos tem a desvantagem de não ser qualitativo já que leva em consideração apenas a quantidade de doença e não seu nível de gravidade.

6. Resultados e discussão

6.1 Proposta de modelo a ser utilizado na unidade

O modelo de critérios proposto pela Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais no caderno de saúde bucal das linhas guias em atenção básica é bastante simples, de fácil aplicação e nos dá a dimensão do que temos que enfrentar em termos de atendimento. Ao contrário de outros modelos não leva em consideração o tamanho da doença pois não divide o risco por quantidade de elementos afetados mas sim de acordo com a urgência.

A seguir está apresentado esse modelo, que consideramos o mais adequado a ser implantado pela equipe de saúde bucal da ESF Ricardo Jung. Os critérios abaixo relacionados para avaliação de risco levam em consideração os riscos biológicos em relação à saúde bucal, e as necessidades percebidas pelo usuário. São consideradas prioritárias as condições com risco de agravamento do quadro (SAS/MG, 2006).

Quadro 2 - Classificação de risco SAS/MG

R1 - Presença de doenças/problemas bucais descritos a seguir, dando prioridade aos usuários com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles:

1. Cárie ativa: mancha branca ativa; tecido amolecido.
2. Doença periodontal ativa: sangramento; secreção.
3. Lesão de tecidos moles ou sintomas que possam ser indicativos de câncer bucal
4. Limitações psicossociais em decorrência do comprometimento estético, halitose, entre outros.
5. Limitações funcionais: comprometimento da mastigação, deglutição, fala, entre outros, causado por alterações bucais.

R2 - Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, mas com necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/ reabilitador

1. presença de cálculo
2. necessidade de prótese removível
3. necessidade de tratamento/atenção primária
4. necessidade de tratamento/atenção especializada
5. outros

R3 - Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/ funcional, e sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde bucal.

Fonte: SES/MG, 2006

A motivação para a adoção do modelo de critérios proposto pela Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais no caderno de saúde bucal das linhas guias em atenção básica se deve a ele ser bastante simples, de fácil aplicação e fornecer a dimensão do que dos enfrentamentos necessários em termos de atendimento. Ao contrário de outros modelos não leva em consideração o tamanho da doença, pois não divide o risco por quantidade de elementos afetados mas sim de acordo com a urgência.

O Cirurgião-Dentista (CD) irá avaliar a situação de risco de cada usuário, dando priorização para o atendimento programado aos usuários a partir do R1. Os grupos de risco R1 e R2 representam os usuários com necessidade de ações educativas e preventivas e necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/ reabilitador. O grupo R3 representa os usuários de manutenção educativo-preventiva.

A equipe poderá acompanhar o perfil de saúde bucal da sua população adscrita através da classificação de risco, investindo na evolução do quadro de demanda acumulada representado pelos grupos R1 e R2 para um quadro de manutenção e cuidado, representado pelo grupo R3 (SES/MG, 2006, p. 104).

A divisão nestas três categorias de risco é muito pertinente, pois torna a classificação bem simples. De modo geral, as diversas formas de doença são classificadas em aguda, crônica ou estável, e ausente. Assim o paciente tem a prioridade medida pelo seu grau de sofrimento. Como desvantagem, o método, por não medir a quantidade de doença, e sim a intensidade, não oferece uma visão do volume de tratamento a ser realizado mas sim a necessidade acumulada da população.

A nova proposta de organização da demanda no atendimento odontológico será apresentada ao conselho local para conhecimento e aprovação. Os critérios de priorização deverão ser esclarecidos aos usuários que também deverão ser orientados quanto ao fluxo.

6.2. A classificação de risco e o modelo proposto

Durante a realização da classificação de risco o uso de auxiliares de diagnóstico como espelho bucal, iluminação do refletor, sonda exploradora e secagem prévia poderá melhorar a qualidade do exame, mas sempre existirão diferenças entre um exame de campo e aquele realizado na clínica odontológica. O CD e o pessoal auxiliar devem tomar muito cuidado durante o exame fora do consultório. Em pátios de escolas ou qualquer outro espaço é importante que haja uma boa iluminação que pode ser a natural e uma espátula de madeira ou abaixador de língua. Em investigações do tipo triagem odontológica, que se propõem estabelecer se a lesão de cárie está presente ou não, podem ser suficiente apenas esses recursos. Tal simplificação permitiria um maior alcance do conhecimento do problema nas escolas, em áreas de difícil acesso, em áreas com acesso odontológico restrito; facilitaria a identificação de grupos com polarização da doença; proporcionaria a realização de maior número de exames em menor tempo, além de gerar dados aplicáveis à programação local de assistência à saúde bucal (Hecksher et al., 2007).

Oliveira, 1998, menciona que o exame com sonda não é superior ao exame visual isolado em termos de sensibilidade e especificidade, como relatado nos trabalhos de Lussi e de Penning e col., 1992. Além disso, como verificado por Loesche, 1979, o exame com sonda pode funcionar como veículo de transmissão da microbiota cariogênica de um sítio dentário para outro e, de acordo com os estudos de Ekstrand e col., 1987 e van Dorp e col., 1988, o exame com explorador provoca danos ao esmalte parcialmente desmineralizado.

A análise do inquérito de necessidades possibilita implantar ações direcionadas a grupos específicos de acordo com o código da classificação. Merece destaque o Tratamento Restaurador Atraumático (ART). Esse faz parte de uma concepção assistencial que se baseia em ações de máxima prevenção e mínima intervenção objetivando paralisar a progressão da doença. O ART possibilita o aumento da cobertura curativa na medida em que dispensa o uso de anestesia e de preparo cavitário com uso de motor de alta rotação. Consiste na remoção do tecido cariado macio, desmineralizado, com instrumentos cortantes manuais e a posterior restauração com material dentário adesivo. Esta abordagem permite atender a enorme demanda acumulada de forma rápida e eficiente, evitando a progressão da doença e aparição de novos casos (Dutra *et al.*, 2005).

É importante salientar que o tratamento restaurador, por si só, não garante o controle do desenvolvimento da doença cárie no indivíduo, bem como não ocasiona redução da prevalência de cárie na população. A doença só pode ser estacionada com medidas que interfiram na progressão da doença tais como; a remoção regular da placa bacteriana, controle da dieta e terapia tópica de fluoreto, ou seja, em medidas não operatórias (Carvalho; Maltz, 2003 *apud* Terreri; Soler, 2008, p. 1585).

Como o serviço pode não ter capacidade para atender a toda a população adscrita de forma imediata, devem ser estabelecidos critérios de priorização para esse atendimento, baseados em critérios de risco, de forma a se atender primeiramente os usuários que apresentam maiores necessidades (SAS/MG, 2006, p. 105).

7. Considerações finais

Diante das dificuldades que a equipe de saúde bucal enfrentava com relação à demanda, a classificação de risco mostrou-se interessante como método de organização do processo de trabalho. Após análise das vantagens e desvantagens de alguns modelos existentes optou-se por aquele proposto pelas linhas guias da Secretaria de Saúde de Minas Gerais. A aplicação desses critérios de separação da demanda em grupos de risco serve como base para o planejamento das ações que a equipe irá implantar para o atendimento dos usuários.

No Brasil, a consequência da prestação dos serviços por meio da livre demanda somada aos problemas de exclusão social, econômicos e educacionais, é o estabelecimento de uma cultura de procura por serviços odontológicos quando a doença já se estabeleceu e requer tratamento curativo e alívio da dor. Para que ocorra uma mudança nesse, é necessário que haja, também, uma mudança real no modelo de organização da demanda. A equipe de saúde bucal inserida na estratégia de Saúde da Família deve realizar o levantamento em saúde bucal e fazer uso das informações obtidas no desenvolvimento de atividades preventivas, educativas e curativas.

Espera-se que este estudo sirva para organizar o acesso aos serviços de saúde bucal, priorizando as pessoas com maior necessidade de tratamento odontológico, promovendo a equidade e facilitando o agendamento na unidade.

Referências

BIJELLA, M.F.T.B. 1993. A importância da educação odontológica em saúde bucal nos programas preventivos para a criança. *Cecade News* 1(1/2):25-28 *apud* PAULETO, A.R.C. et al. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):121-130, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da Política Nacional de Humanização: Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Série B. **Textos Básicos de Saúde**, 2ª Ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da saúde bucal na atenção básica**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2001. Disponível em: <www.ccs.ufpb.br/polo/bbvirtual/planosaudebucal.doc>. Acesso em 17 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003 **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais**. Brasília, 2004. *apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal - Cadernos de Atenção Básica** n.17. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal - Cadernos de Atenção Básica** n.17. Brasília: Editora MS, 2006.

CARVALHO, D.Q. *et al.* A Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Saúde Pública do RS**, v. 18, n. 1 - jan./jun. 2004. Págs 175 a 184.

CARVALHO, J.C., MALTZ, M. **Tratamento da doença cárie**. In: Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde, organizador. Promoção de saúde bucal. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2003. p.89-105. *apud* TERRERI, A.L.M., SOLER, Z.A.S.G. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no Programa Saúde da família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(7):1581-1587, jul, 2008, p. 1585.

CHAVES, M.M. **Manual de odontologia sanitária**. Tomo I. São Paulo: Massao Ohno-USP; 1960 *apud* NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista Saúde Pública**, V. 40: p. 141-7, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2, 1993. Brasília, DF. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. p. 11. *apud* PALU, A.P.N. **A Inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, 2004.

DUTRA, A.C.M. *et al.* **O levantamento de necessidades em saúde bucal e a organização da atenção para crianças de zero a seis anos de 166 creches de Belo Horizonte.** SMSA/BH, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <www.pbh.gov.br/.../saudebucal/inqueritodeneecessidadesem166crechesdebh.pdf> Acesso em 26 nov. 2009.

EKSTRAND, K.R., QVIST, U.; THYLSTRUP, A. Light microscope study of the effect of probing in occlusal surfaces. **Caries Res** 1987; 21: 368-74. *apud* OLIVEIRA, A.G.R.C. *et al.* Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise metodológica proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 1, Nº 2, 1998.

HECKSHER *et al.* Análise da confiabilidade do exame visual na detecção da cárie dental em população com elevada prevalência da doença. **Revista de Odontologia da UNESP.** 2007; 36(1): 23-8. TERRERI, A.L.M., SOLER, Z.A.S.G. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no Programa Saúde da família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(7):1581-1587, jul, 2008.

KAIRALLA, E. C.; LAGE-MARQUES, J. L.; RODE, S. M. Avaliação de métodos de diagnóstico da lesão de cárie. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v.11, n.1, 1997. *apud* SÁ, L.C.A., VASCONCELOS, M.M.V.B., Levantamento das necessidades odontológicas em crianças de 12 anos da zona urbana do município de Verdejante-PE. **Odontologia Clín.- Científ., Recife**, 7 (4): 325-329, out/dez., 2008.

LOESCHE, W.J., SVENBERG, M.L., PAPE, H.R.. Intra oral transmission of *Streptococcus mutans* by a dental explorer. **J Dent Res** 1979; 58: 1765-70. *apud* OLIVEIRA, A.G.R.C. *et al.* Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise metodológica proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 1, Nº 2, 1998.

LUSSI A. Validity of diagnostic and treatment decisions of fissure caries. **Caries Res** 1991; 25: 296-303. *apud* Oliveira, A. G. R. C. *et al.* Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise metodológica proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 1, Nº 2, 1998.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia - Atenção em saúde bucal.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MERHY, E.E., FRANCO, T.B. **Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios.** In: Congresso Paulista de Saúde Pública; São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 2000. p. 145-154. *apud* ARAÚJO, L.C. **O programa de saúde da família pelo olhar do CD.** Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

Organização Pan-americana da Saúde – OPAS/OMS. **Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica.** Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11. BRASÍLIA, 2006.

PAIM, J.S. **Desenvolvimento de práticas de saúde no Brasil**. In: Rouquayrol, M.Z., Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde. 6ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 587-603. *apud* ARAÚJO, L.C. **O programa de saúde da família pelo olhar do CD**. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

PALMIER, A.C. et al. **Saúde bucal no contexto da atenção básica à saúde**. Saúde do adulto. NESCON/UFMG. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

PENNING, C.; VAN AMEROGEN, J.P., SEEF, R.E., TEN CATE, J.M. Validity of probing for fissure caries diagnosis. **Caries Res** 1992; 26: 445-9. *apud* Oliveira, A. G. R. C. et al. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise metodológica proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 1, Nº 2, 1998.

PEREIRA A.C. **Odontologia em saúde coletiva, planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Editora Artmed; 2003. *apud* NICKEL, D.A. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):241-246, fev, 2008.

PIMENTEL, M.C., FERREIRA, R.C. **A escuta do paciente como instrumento de planejamento do processo de trabalho nos serviços odontológicos; a experiência do centro de saúde Paulo VI**, Belo Horizonte, MG. Fortaleza: XIV ENATESPO; 1998. *apud* DUMONT, A.F.D.; SALLA, J.T.; VILELA, M.B.L.; MORAIS, P.C.; LUCAS, S.D. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(3):1017-1022, 2008.

Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de periodontia. São Paulo: SES-SP, 2004. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/novo.../saude_bucal/cadernos/semiologia.pdf>. Acesso em 17 nov. 2009.

SANTI, V. **Avaliação da implantação do programa saúde da família na zona rural de Castro-PR**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2000. *apud* PALU, A. P. N. **A Inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, 2004.

SASSI, A.P. **Acolhimento e processo de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família do município de Porto Alegre – RS: Relato de experiência**. Trabalho de Conclusão de Curso – Porto Alegre, 2008

SILVEIRA FILHO, A.D.A. 2002. **A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática**. Brasil, Programa Saúde da Família. *apud* PAULETO, A.R.C.; PEREIRA, M.L.T.; CYRINO, E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):121-130, 2004.

SOUZA, D.J., CURY, J.A., CAMINHA, J.A.N., FERREIRA, M.A., TOMITA, N.E., NARVAI, P.C., et al. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista**

Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva 2001; 2:7-28. *apud* NICKEL, D.A. et al. Modelos assistenciais em odontologia, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):241-246, fev, 2008.

VAN DORP, C.S.E., EXTERKATE, R.A.M., TEN CATE, J.M.. The effect of dental probing on subsequent enamel demineralization. **J Dent Child** 1988; 55: 343-7. *apud* OLIVEIRA, A.G.R.C. *et al.* Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise metodológica proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 1, N° 2, 1998.