

A INCLUSÃO DO ODONTOPEDIATRA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

INCLUSION OF PEDIATRIC DENTIST IN DENTAL SPECIALTIES CENTERS

SONIA PINEDA VICENTE^{1*}, SÉRGIO SPEZZIA², CLÁUDIA CINELLI GARRUBBO³, IVY HARALAMBOS BASSOUKOU RIBEIRO⁴, MARIA CRISTINA MASTRANTONIO FÁVERO⁴, MARIA SALETE NAHÁS PIRES CORRÊA⁴, SILVANA VIANA MONTEIRO FRASCINO⁴, SIMONE LAUCIS PINTO RAMASAU-KAS⁴, MIRIAM PETRELLA RÉ⁴, KARLA MAYRA PINTO E CARVALHO REZENDE⁴, JOSÉ CARLOS PETTOROSSO IMPARATO⁴, PATRÍCIA VALÉRIA CUNHA GEORGEVICH⁴, SYLVIA LAVÍNIA MARTINI FERREIRA⁴, MÁRCIA MOREIRA⁴, AMANDA LOPES TEIXEIRA⁴, SANDRA KALIL BUSSADORI⁴, MARCO ANTÔNIO MANFREDINI⁵

1. Cirurgiã Dentista. Presidente da Câmara Técnica de Odontopediatria do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo; 2. Cirurgião Dentista. Membro Convidado da Câmara Técnica de Odontopediatria do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo; 3. Cirurgiã Dentista. Secretária da Câmara Técnica de Odontopediatria do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo; 4. Cirurgiões Dentistas. Membros Efetivos da Câmara Técnica de Odontopediatria do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo; 5. Cirurgião Dentista. Secretário do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo.

* Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP) - Câmara Técnica de Odontopediatria - Av. Paulista, 688 - Bela Vista - São Paulo - SP CEP 01310-909 Telefone - (11) 3549.5500 odontopediatria@crosp.org.br

Recebido em 31/10/2015. Aceito para publicação em 22/11/2015

RESUMO

Odontopediatria é a especialidade que tem como objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal do bebê, da criança e do adolescente; a educação para a saúde bucal e a integração desses procedimentos com os dos outros profissionais da área da saúde. Na atualidade a Odontopediatria tem seu foco voltado para prevenção, tendendo a atender as crianças cada vez mais precocemente, além disso, procura-se durante o atendimento, promover tratamento compatível com as necessidades apresentadas. O objetivo deste artigo foi analisar a assistência odontológica prestada as crianças nos CEO, bem como a efetividade nesses atendimentos. A assistência odontológica infantil deve ocorrer na atenção básica e deve estar apta para atendimentos também nos CEO, dessa forma pode ocorrer assistência especializada através da atuação do odontopediatra, suprimindo a demanda e cessando a dificuldade nos atendimentos. Concluiu-se que existe a necessidade do odontopediatra nos CEO, baseado na necessidade de mudar o perfil de cáries na faixa etária, principalmente de 5 anos, onde não houve melhorias nos últimos levantamentos, Projetos SB Brasil 2003 e 2010 e devido também não se ter atingido o perfil esperado pela OMS para assistência a saúde bucal infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Odontopediatria, cárie dentária, assistência odontológica, Saúde Pública.

ABSTRACT

Pediatric Dentistry is the speciality that aims to diagnosis, prevention, treatment and control of oral health problems baby, children and adolescents; education for oral health and the

integration of these procedures with those of other health professionals. Nowadays the Pediatric Dentistry has their focus to prevention, tending to assist children increasingly early, moreover, looking up for the service, promote treatment consistent with the current needs. The objective of this study was to analyze the dental care provided children in CEO as well as the effectiveness of these calls. The children's dental care must occur in primary care and must be able to care also the CEO thus can occur expert assistance through the dentist's role, supplying the demand and ceasing the difficulty in attendance. We concluded that there is a need of the pediatric dentist in the CEO, based on the need to change the decay profile in the age group of mainly five years, which has not improved in recent surveys, SB Brazil 2003 Project and 2010 and due failing to reached the expected profile by WHO to assist children's oral health.

KEYWORDS Pediatric Dentistry, dental caries, dental care, Public Health.

1. INTRODUÇÃO

A atuação odontológica envolve o estudo e o tratamento do Sistema Estomatognático, este que compreende um grande complexo composto por cabeça e pescoço, ossos, musculatura mastigatória, articulações e dentes. Intrinsecado nessa ciência, têm-se as especialidades, onde as atividades são especificamente voltadas para um público-alvo, como ocorre por exemplo com a Odontopediatria^{1,2}.

Segundo o Conselho Federal de Odontologia, em conformidade com o Artigo 71: "Odontopediatria é a

especialidade que tem como objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal do bebê, da criança e do adolescente; a educação para a saúde bucal e a integração desses procedimentos com os dos outros profissionais da área da saúde”². A Odontopediatria, dessa forma se apresenta como uma disciplina com espectro amplificado em todos os aspectos que abrangem o processo saúde/doença, o que acarreta numa variedade de procedimentos clínicos²⁻⁴.

Relacionado aos índices de cárie obtidos em anos anteriores, a saúde bucal da população brasileira demonstra alta precariedade. No levantamento nacional, realizado pelo Ministério da Saúde, em 1986, houve registro do índice CPOD de 6,65 nos indivíduos com 12 anos de idade, índice este que foi considerado um dos mais elevados de todo o mundo⁵.

No Brasil os estudos, envolvendo o uso de serviços odontológicos são escassos. Nos estudos realizados demonstrou-se que as principais razões para a procura por atendimento são a presença de dor e as consultas de rotina/reparo/ manutenção^{6,7}. Aproximadamente 14% dos brasileiros nunca foram ao cirurgião dentista para realizar tratamentos e 18% dos indivíduos com idade de 12 anos nunca se submeteram a atendimento odontológico no Brasil, talvez essa seja uma das razões do número aumentado de cárie. Existem desigualdades no perfil dos atendimentos realizados nas regiões do Brasil. A região sul e sudeste tem uma melhor performance. Nas regiões norte e nordeste a população está sujeita a atendimento eventual ou fica sem atendimento em algumas localidades mais afastadas dos grandes centros⁸.

O relatório do Projeto SB Brasil 2010 mostrou que 54,3% das crianças de até 5 anos de idade apresentaram, em média, 2,43 dentes com cárie, com predomínio do componente cariado, que é responsável por mais de 80% do índice⁹.

O serviço público odontológico, na maioria das vezes está focado nos municípios brasileiros em ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes¹⁰.

Segundo descrito nas Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo – SP em 2009, por décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência à criança unicamente, fossem estas escolares ou não, através de programas curativos voltados para o tratamento da cárie dentária. Atividades preventivas, quando realizadas nas escolas, limitavam-se a um método, o bochecho com solução fluorada¹¹.

Entretanto, expandir o atendimento público odontológico para além do tradicional grupo materno-infantil tem representado enorme dificuldade para a rede de saúde, pois os recursos destinados para essa finalidade, apesar de terem aumentado, não são suficientes para atender imediatamente todas as necessidades da população. Para fazer frente a esse desafio, adotou-se a estraté-

gia de direcionar recursos e eleger metas prioritárias¹². As primeiras metas propostas como mudanças foram os atendimentos de crianças, gestantes e em caráter de urgência odontológica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A UBS é uma unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas por equipe multiprofissional e se destina fundamentalmente a suprir a atenção primária de saúde. É fundamental que a saúde bucal esteja inserida na UBS. Nas UBS são desenvolvidas ações do nível primário de atenção e de assistência integral, buscando resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados na população, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, tendo como campo de intervenção, o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente^{13,14}.

Nas Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal, existe o intencionalmente por se estabelecer ampliação e qualificação da assistência, visando garantir o atendimento odontológico de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde, tais como o pronto atendimento, o pronto socorro e os hospitais¹⁵.

Aspecto que tem extrema importância e que tem implicações específicas acerca do tema é a falta de recursos destinados a assistência de saúde pública odontológica. Na saúde bucal não existe uma porcentagem de verba que é específica do todo da parte da saúde. Na maioria das discussões, devido ao fato, envolvendo tanto Congresso como a Conferência Nacional de Saúde, buscou-se ter um repasse fixo para a saúde bucal^{16,17}.

Por um longo período o modelo de assistência em Odontologia adotado no país era direcionado para crianças e ainda se caracterizava pelo não conservadorismo, com um alto número de exodontias, já que não existia uma estrutura que possibilitasse o acesso a outros níveis de atenção. Fato este procedente da ausência de políticas específicas de saúde bucal na esfera federal, até que em 2004 surge a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) com o Programa Brasil Sorridente (PBS). A instituição do PBS tentava mudar a atenção a saúde bucal, com melhoria da organização do sistema de saúde como um todo. Procurou-se investir no incremento da atenção primária, destinando maiores recursos para a área para propiciar atendimento integral, humanizador e acolhedor, incluindo-se o cirurgião dentista no Programa Saúde da Família (PSF), promovendo tratamento preventivo para se evitar encaminhamento futuro do paciente para tratamentos com maior complexidade a nível secundário e terciário, onde o governo carece de recursos na amplitude de cobertura. As diretrizes da política propõem a ampliação do acesso e o atendimento integral em todos os níveis, incentivando estados e municípios a criarem os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que funcionariam como unidades

de referência de média complexidade para as equipes de saúde bucal, oferecendo procedimentos especializados e complementares aos realizados na atenção básica. A implantação do CEO no Brasil constitui-se atualmente em uma das principais frentes da PNSB, cujo desafio é ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados¹⁵.

A incorporação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2000, e o estabelecimento dos CEO, em 2004, representaram novos impulsos para a ampliação da oferta de atendimento odontológico¹⁸.

A PNSB em ação coroou o processo das discussões nascido em 1986, incorporando definitivamente a Saúde Bucal como Política Pública permanente¹⁹.

A assistência odontológica pública no Brasil, no entanto, é restrita praticamente aos serviços básicos com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde⁸.

A proposta do Ministério da Saúde para a Atenção de Saúde Bucal para fazer frente a esse quadro envolve a expansão do conceito de atenção básica e o aumento da oferta para diversos procedimentos novos. O que requer investimentos que propiciem acesso fidedigno aos níveis secundários e terciários de atenção¹⁵.

Conforme a Portaria Ministerial 1570 de 29 de julho de 2004, existe compromisso dos CEO com o fornecimento mínimo dos seguintes serviços especializados: diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais²⁰.

A Portaria no. 1.341 de 13 de junho de 2012 define os valores dos incentivos de implantação e do custeio mensal dos CEO e dá outras providências. É levado em consideração o estabelecido na PNSB em relação aos CEO. Essa portaria visa garantir recursos financeiros para auxiliar na implementação e funcionamento dos CEO, visando ampliar o acesso e a qualificação da atenção a saúde bucal²¹.

Nos últimos vinte anos, apesar das carências assistenciais descritas, o governo procurou expandir essencialmente, duas intervenções de saúde bucal: fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na rede pública do SUS, partindo-se do princípio da universalização das ações e serviços de saúde, incluindo nesse contexto a saúde

bucal¹².

O objetivo deste artigo foi analisar a assistência odontológica prestada as crianças nos CEO, bem como a efetividade nesses atendimentos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada busca nas bases de dados bibliográficas: Pubmed, Lilacs, envolvendo estudos sobre como procede a assistência odontológica prestada às crianças no âmbito dos CEO.

3. DESENVOLVIMENTO

Os princípios constitucionais do SUS, em cujo contexto encontram-se inseridos os CEO, abrangem universalidade, equidade e integralidade. Como o CEO busca integralidade nos atendimentos prestados a população infantil e continua com dificuldade para receber atendimentos é fundamental que sejam inseridos nos CEO também serviços especializados na área de Odontopediatria^{20,22}.

A Câmara Técnica de Odontopediatria do Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo (CROSP), trabalha em prol de uma melhor saúde bucal para as crianças. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, essa população não pode ficar desassistida no contexto da saúde. Os dados do Projeto SB Brasil 2003 e 2010 mostram que apesar dos números terem melhorado, ainda se tem índices de tratamento na primeira infância com resultados muito baixos, concomitantemente levando em consideração as determinações da Organização Mundial da Saúde (OMS), estamos ainda aquém do desejado^{8,9,23}.

No Projeto SB Brasil 2003 o tamanho da amostra foi calculado para cada macrorregião a partir de estimativas de ataque de cárie produzidas em 1996, uma vez que não havia até então, modelos amostrais para outras doenças. Dos participantes, 26.641 tinham idade de 5 anos e 12.117 tinham idade de 18 a 36 meses. Relacionado a prevalência de cárie dentária, tendo como base o índice CPO-D para dentes permanentes e o ceo-d para dentes decíduos nas crianças de 18 a 36 meses quase 27% apresentavam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária. Nas crianças com 5 anos de idade essa proporção aproximou-se de 60%, portanto, mostrando-se aumentada. Esses valores são considerados altos, levando-se em consideração particularmente as faixas etárias de 18 a 36 meses de idade e a idade de 5 anos. Em média uma criança brasileira de 3 anos ou menos já apresentava pelo menos um dente com experiência de cárie dentária e aos 5 anos essa média tinha tendência a aumentar para quase 3 dentes atacados (média de 2,8 dentes). A análise das estimativas revelou também que o declínio da cárie dentária na população infantil ocorreu de forma desigual na população brasileira⁸.

O Projeto SB Brasil 2010 analisou a situação da população brasileira em relação a cárie dentária, doenças gengivais, necessidade de próteses dentais, condições de oclusão, fluorose, traumatismo dentário e ocorrência de dor de dente, dentre outros aspectos, sabemos que os resultados obtidos servem para identificar problemas e reorientar as estratégias de prevenção e assistência, especialmente as relacionadas com a implementação da ESF direcionada para a Atenção Básica e com os CEO, elemento estruturante da Atenção Secundária em saúde bucal. Os dados do Projeto SB Brasil 2010 mostram que aos 5 anos de idade uma criança brasileira possuía em média 2,43 dentes com experiência de cárie. Desses menos de 20% estavam tratados no momento dos exames. Em 2003 a média nessa idade era de 2,8 dentes afetados, portanto, houve uma redução de apenas 13,9% em 7 anos, o que ainda é pouco. Além disso, a proporção de dentes não tratados manteve-se no mesmo patamar em 80%⁹.

Baseado nesses dados e para que possamos atingir a integralidade dos atendimentos odontopediátricos na Saúde Bucal Coletiva, precisamos mobilizar e sensibilizar as 3 esferas: Federal, Estadual e Municipal, criando uma força política para alcançarmos os nossos objetivos, de poder oferecer à população um serviço odontológico de Odontopediatria dentro dos CEO e hospitais, focalizando a importância da inclusão do especialista em odontopediatria nas equipes multidisciplinares, haja visto a lei Federal 13002, sancionada em 20 de junho de 2014 (teste da linguinha)²⁴.

Sendo assim, o principal intuito pretendido é implementar esforços na busca de melhoria na atenção dirigida à saúde bucal das crianças, para isso, é fundamental que o especialista em Odontopediatria seja incorporado aos CEO.

4. DISCUSSÃO

Nesse contexto, houve elaboração de um documento pelos membros da Câmara Técnica de Odontopediatria do CROSP sobre a situação dos relatos dos Projetos SB Brasil 2003⁸ e SB Brasil 2010⁹, justificando a proposta de inclusão de odontopediatras nos CEO, mobilizando para tal gestores, secretários de saúde, professores e especialistas em Odontopediatria, propondo reativar o Projeto Cegonha²⁵, assim como outras intervenções que possam alavancar melhores resultados para a saúde bucal de nossas crianças, mudando o perfil encontrado nos relatos anteriores, onde os índices de cárie não mostram melhorias exatamente na faixa mais importante do crescimento e desenvolvimento infantil.

O objetivo da Câmara Técnica de Odontopediatria do CROSP é conscientizar tanto o público leigo, como os cirurgiões dentistas e demais profissionais da área da saúde.

As políticas em saúde bucal devem ser norteadas,

nesse contexto, tomando como parâmetro informações epidemiológicas. Os dados obtidos são extremamente importantes para o planejamento e a reorientação das atividades existentes. Assim, adquirir um conhecimento detalhado da distribuição da cárie e seus determinantes biopsicossociais é de suma relevância. A realização de outros levantamentos epidemiológicos deveria incluir indicadores de caráter socioeconômico, variáveis como a percepção dos responsáveis e dos cirurgiões-dentistas, ou seja, outros índices e indicadores que não apenas o ceo-d²⁶.

Nos últimos anos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento tem ocorrido diminuição da incidência de cárie dentária, apesar disso, ainda existe prevalência comum na infância, atingindo cerca de 30% nos Estados Unidos e abrangendo 59,3% das crianças de 5 anos no Brasil. Essa faixa etária, portanto, merece cuidados odontológicos especiais e será a atuação do odontopediatra que desempenhará papel importante, no intuito de reverter o quadro de lesões de cárie.

A frequência de cárie na infância está decrescendo no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 1986, 6,7% das crianças entre zero e 12 anos tinham cárie. Passada uma década esse número caiu para 3,6%.

A distribuição da cárie na população infantil não possui uniformidade. Comumente ocorre maior concentração de lesões de cárie na população de baixa renda. Isso porque, esses indivíduos, dificilmente tem acesso ao tratamento odontológico. Sabe-se, no entanto, que existe necessidade de orientações preventivas envolvendo, higiene bucal, alimentação adequada e uso racional do flúor, da mesma forma que se procede com os demais. No mais, o tratamento curativo atua, complementando e cessando o processo evolutivo da lesão e deve ser executado. No Brasil existe um problema bastante preocupante, que é o da regionalidade, onde áreas mais afastadas dos grandes centros sofrem com escassez de atendimentos. A promoção de políticas públicas preventivas e curativas, envolvendo acessibilidade de atendimentos a todos sem distinção é o caminho para a solução desse problema de saúde pública.

5. CONCLUSÃO

Concluiu-se que existe a necessidade do odontopediatra nos CEO, baseado na necessidade de mudar o perfil de cárie na faixa etária, principalmente de 5 anos, onde não houve melhorias pelos últimos censos, Projetos SB Brasil 2003 e 2010 e devido também não se ter atingido o perfil esperado pela OMS para assistência a saúde bucal infantil.

REFERÊNCIAS

- [1]. Pastor IMO, Rocha MCBS. Integração da pediatria médica e odontológica na promoção da saúde: enfoque

- funcional do sistema estomatognático. Rev Fac Odontol Univers Fed Bahia. 2001; 23: 74-80.
- [2]. Conselho Federal de Odontologia. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Resolução CFO – 63/2005. Artigo 71, p. 20, 2005. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf> Acessado em 23 de setembro de 2015.
- [3]. Lindhe J, Karring T, Lang KP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 2005.
- [4]. Kramer PF, Feldens CA, Romano AR. Promoção de Saúde Bucal em Odontopediatria: diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie oclusal. 2^a ed. São Paulo: Artes Médicas. 2000.
- [5]. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana. Brasília: Ministério da Saúde. 1988; 137.
- [6]. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. Rev Panam Salud Pública. 2007; 22:308-16.
- [7]. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24:150-6.
- [8]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.
- [9]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais. Brasília. 2011. 92. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf Acessado em 23 de setembro de 2015.
- [10]. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad Saúde Pública. 2005; 21:1665-75.
- [11]. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo. Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal, 3a. versão 2012; 97 p. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal_2012.pdf Acessado em 15 de outubro de 2015.
- [12]. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev Saúde Pública. 2010; 44(2):360-5.
- [13]. Brasil. Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. Brasília: Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. 2003; 66.
- [14]. Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde – Manual Básico Série A. Normas e Manuais Técnicos. 3^a ed. Revista e ampliada: Ed MS. Brasília – DF. 2003.
- [15]. Brasil. Ministério da Saúde. XI Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília. 2000.
- [16]. Moimaz SAS, Garbini CAS, Garbini AJI, Ferreira NF, Gonçalves PE. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. Rev Adm Publ FGV. 2008; 42(6):1125-35.
- [17]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília. 2004; 2-7.
- [18]. Nakagawa MCS. Avaliação das práticas em serviço odontológico na estratégia saúde da família. Londrina, 2011. [Dissertação de mestrado]. Londrina. Universidade Estadual de Londrina.
- [19]. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad Saude Publica. 2008; 24(2):241-6.
- [20]. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial 1570 GM de 29 de julho de 2004. Disponível em: <http://adcon.m.gov.br/ACERVO/Suvisa/doc/DOC00000000024937.PDF> Acessado em 15 de outubro de 2015.
- [21]. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.341 de 13 de junho de 2012. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html Acessado em 15 de outubro de 2015.
- [22]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde. 2000, 44ps.
- [23]. Vicente SP. A Câmara Técnica de Odontopediatria do CROSP. Period Assoc Paul Odontoped – Papo. 2015; 14(1):9.
- [24]. Lei Federal 13002, sancionada em 20 de junho de 2014 (teste da linguinha). Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/124551088/lei-13002-14> Acessado em 16 de outubro de 2015.
- [25]. Redes de Atenção à Saúde: A Rede Cegonha/ Consuelo Penha Castro Marques (org). Universidade Federal do Maranhão – UNA – SUS/UFMA. São Luís. 2015. Disponível em: file:///C:/Users/bcentral01/Downloads/UNIDADE_2.pdf Acessado em 15 de outubro de 2015.
- [26]. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. Tempus - Actas Saúde Coletiva – Saúde Bucal. 2011; 5(3):21-34.