

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DANIEL DE OLIVEIRA GANEM**

**A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DOS MODELOS ASSISTENCIAIS DE  
SAÚDE BUCAL NO BRASIL A PARTIR DO SÉCULO XX**

**Teófilo Otoni – Minas Gerais**

**2013**

**DANIEL DE OLIVEIRA GANEM**

**A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DOS MODELOS ASSISTENCIAIS DE  
SAÚDE BUCAL NO BRASIL A PARTIR DO SÉCULO XX**

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

Orientador: Dr. Marco Túlio de Freitas  
Ribeiro

**Teófilo Otoni – Minas Gerais**

**2013**

**DANIEL DE OLIVEIRA GANEM**

**A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DOS MODELOS ASSISTENCIAIS DE  
SAÚDE BUCAL NO BRASIL A PARTIR DO SÉCULO XX**

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

Orientador: Dr. Marco Túlio de Freitas  
Ribeiro

Banca Examinadora

Orientador(a): Dr. Marco Túlio de Freitas Ribeiro (UFMG)

Examinador(a): Professora Raquel Conceição Ferreira (UFMG)

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Agradeço primeiramente ao meu Senhor Jesus Cristo pelo dom da vida e por possibilitar mais essa conquista mesmo diante das adversidades. Agradeço também ao meu pai Eduardo, à minha mãe Anadélia, ao meu irmão Igor e à minha namorada Thaís pelo apoio incondicional dado no decorrer do curso.

## RESUMO

O desenvolvimento deste trabalho tem como objetivo o estudo das políticas públicas e dos modelos assistenciais de saúde bucal no Brasil a partir do século XX através de uma revisão da literatura. Foram pesquisadas bases de dados em língua portuguesa da biblioteca do Google Acadêmico, do Scielo e do Bireme. Além de artigos científicos, foram pesquisados documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS), da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais (CRO – MG). A pesquisa foi realizada no período de novembro de 1981 a março de 2013. Foi observado o aumento da atenção dada à saúde bucal nos sistemas públicos de saúde e o Programa de Saúde da Família destacou-se como modelo assistencial.

**Palavras-Chave:** saúde bucal, modelo assistencial, sistema incremental, INAMPS, inversão da atenção, SUS, PSF.

## ABSTRACT

The development of this work aims the study of public policies and care models of oral health in Brazil from twentieth century to today through literature review. Databases where searched in Portuguese in the library of Google Scholar, in Scielo and in Bireme. Besides the scientific data, official documents of the Public Health System (SUS), of the Legislative Assembly of Minas Gerais, of the Regional Council of Dentistry (CRO – MG) and in the Federal Council of Dentistry (CFO) where searched. The search was performed in the period November 1981 to march 2013. It was noted the increased attention given to oral health in public health systems and the Family Health Program emerged as care model.

**Key Words:** oral health, care model, incremental system, INAMPS, inversion of attention, SUS, PSF.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>08</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>09</b>
2.1	O sistema incremental	09
2.2	O INAMPS	09
2.3	Criação do SUS e o programa de inversão da atenção	10
2.4	Atenção precoce	11
2.5	Equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família	12
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>17</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>18</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Através da observação ativa realizada durante diagnóstico situacional na área de cobertura do PSF Alto São Jacinto – situado na zona rural da cidade de Teófilo Otoni - MG –, entre os principais problemas identificados estava um alto percentual de dentes perdidos, cariados e obturados entre adultos e idosos. Estas constatações sugerem pouco acesso à atenção odontológica e um modelo assistencial cirúrgico-restaurador. Revelam ainda a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre as abordagens da saúde bucal na saúde pública através das políticas públicas e dos modelos assistenciais de saúde bucal.

Todos os modelos assistenciais de saúde bucal utilizados em saúde pública no Brasil, antes do programa de Saúde da Família, eram direcionados a grupos sociais muito restritos, demonstrando características excludentes. Este fato acabava por deixar grande parte da população sem atenção à saúde bucal, o que sempre acarretava o desuso desses modelos assistenciais com o decorrer do tempo.

O modelo assistencial passou por grandes mudanças do início do século até hoje, saindo de um modelo cirúrgico-restaurador, passando por modelos de prevenção e de exclusão até a incorporação das equipes de saúde bucal (ESB) nas equipes de saúde da família (ESF). A população brasileira tem hoje a maior cobertura pública de atenção odontológica na história do país. O Brasil tem atualmente o maior número de equipes de saúde bucal integradas às equipes de estratégia em saúde da família, sendo 21491 equipes de saúde bucal modalidade I e 2183 equipes de saúde bucal modalidade II, integradas a um total de 37417 unidades básicas de saúde (UBS)<sup>1</sup>. Nas últimas duas décadas, também devido ao aumento de instituições de ensino, que atualmente totalizam 203 faculdades de graduação em odontologia<sup>2</sup>, houve um acréscimo exponencial de profissionais da saúde bucal tanto na rede particular como na rede pública, sendo o número total de Cirurgiões-Dentistas em atividade no Brasil de 257643<sup>3</sup>.

O objetivo deste trabalho de conclusão de curso é descrever a evolução das políticas públicas e modelos assistenciais de saúde bucal a partir do século XX, elaborando um projeto de intervenção que contribua para a sua evolução através da observação dos erros e acertos observados nas experiências passadas.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

A busca acerca das políticas públicas de saúde bucal no período que antecede a segunda metade do século XX demonstra a inexistência de atenção do poder público voltado apenas para a saúde bucal. Os programas sanitaristas como o Sanitarismo Campanhista, as Caixas de Aposentadoria e Pensões, os Institutos de Assistência e Previdência (IAPS) não possuíam direcionamento específico à saúde bucal<sup>4</sup>. A evolução das políticas de saúde bucal será descrita em tópicos específicos.

### **2.1 O sistema incremental**

Na década de 50, mesmo período em que começa a fluoretação do abastecimento de água em Baixo Guandu (ES) e Aimorés (MG), é criado o Sistema Incremental, através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)<sup>4</sup>.

O Sistema Incremental, que é baseado na priorização do atendimento a crianças em idade escolar na sua maioria de 6-14 anos, marca o início do foco em saúde bucal de uma política pública de saúde. Apesar de introduzir algumas políticas preventivas e adquirir abrangência nacional na década de 70<sup>4</sup>, o Sistema Incremental entrou em declínio por basear-se numa atenção curativo-reparadora e de exclusão<sup>5,6</sup>, contrariando os princípios da Lei 8.080 de 1990.

### **2.2 O INAMPS**

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), que possuía em sua constituição três autarquias: o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).<sup>7</sup>

O principal objetivo do INAMPS era oferecer assistência a trabalhadores urbanos e rurais, e servidores do estado, através de assistência médica, cirúrgica, odontológica e farmacêutica, seja através de profissionais contratados pelos nortes da CLT ou através de convênios com estabelecimentos privados.<sup>7</sup>

*“O INAMPS segue uma estratégia política de aproveitamento de todos os recursos já existentes na localidade, independentemente de sua origem, seja de natureza pública ou privada, mediante a celebração de contratos e convênios em suas mais diferentes formas, praticamente com todas as instituições.” (Painel sobre previdência social, 1981, p. 29).*

*“O INAMPS conta com serviços e/ou profissionais credenciados para o atendimento em suas instalações particulares, para assistir o excedente da clientela não absorvida pelos serviços próprios, seja pela sobrecarga da demanda, seja pela inexistência, nos próprios da Instituição. do recurso requerido naqueles casos de maior complexidade técnica.” (Painel sobre previdência social, 1981, p. 29).*

Até então, o INAMPS revelava-se o maior programa de assistência à saúde bucal já realizado em âmbito nacional. No estado de Minas Gerais haviam 376 convênios de prestação de serviços odontológicos. Em Belo Horizonte, em meados de 1981, contava com 66 Cirurgiões-Dentistas contratados no Pronto Atendimento Carijós.<sup>7</sup>

### **2.3 Criação do SUS e o programa de inversão da atenção**

Em 1990, é promulgada a lei 8.080, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), também conhecida como Lei Orgânica da Saúde. Na mesma época da criação do SUS, surge em Minas Gerais, o Programa de Inversão da Atenção.

O Programa de Inversão da Atenção surgiu no fim dos anos 80 e começo dos anos 90, criado pelos professores LOUREIRO e OLIVEIRA da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG).<sup>8</sup> Ele tem como principal avanço tirar proveito das novidades apresentadas pelo Sistema Incremental adequando-as aos princípios que norteavam a Lei Orgânica da Saúde.<sup>6,8</sup>

Esse modelo baseava-se num sistema de “controle da doença” constituído por 3 fases: uma de estabilização da doença (ações preventivas coletivas), uma de reabilitação (tratamentos terapêuticos) e por fim uma fase de “declínio” da doença (noções e métodos de autocuidado e fatores condicionantes).<sup>8</sup>

Apesar do enfoque no controle coletivo da doença e na prevenção, o Programa de Inversão da Atenção não atendeu às necessidades individuais, ficando restrito às escolas e creches, necessitando de um grupo com problemas em comum para demonstrar efetividade. O fato de não atender às demandas individuais, poderia culminar na falta de adesão dos usuários ao tratamento, tendo em vista que o foco era sempre nas necessidades coletivas, e não nas demandas urgentes de cada indivíduo.<sup>9</sup>

*“Também não acumulou êxito em romper com a lógica do coletivismo restrito herdado, uma vez que a Inversão foi originalmente concebida para ser aplicada a “qualquer coletivo”, desde que seja restrito (escola, creche, empresa, associação, etc.)” (Zanetti, Lima).*

#### **2.4 Atenção precoce**

Na mesma época do surgimento do Programa de Inversão da Atenção, em Londrina, no Paraná, Luiz Walter e equipe iniciaram o atendimento a bebês de menor idade, o que acabou gerando a Bebê Clínica, na Universidade Estadual de Londrina (UEL), em 1985.<sup>6,8,10</sup>

Seguindo o princípio de que o quanto antes a criança recebe atenção odontológica, menor é o risco de cárie no futuro, a Bebê Clínica da UEL surgiu com o intuito de prevenir e controlar a doença cárie nos indivíduos de 0 a 36 meses<sup>8,10</sup>, já que notou-se uma frequente detecção de problemas envolvendo crianças de baixa idade.<sup>9</sup>

*“...acredita-se que através de um maior esclarecimento sobre a filosofia do atendimento de bebês a Odontologia possa atuar de forma menos mutiladora, contribuindo assim para manter e melhorar a saúde das pessoas.”<sup>10</sup> (Zanetti, Lima, 1996, p. 12 ).*

A experiência com a Bebê Clínica se restringia à UEL, e devido ao sucesso alcançado, foi estendida ao serviço público, sendo implantada na cidade de Cambé e em seguida no atendimento de saúde pública de Londrina, ambas no Paraná.<sup>6</sup>

A atenção precoce gerou bons resultados em vários lugares do Brasil, contudo, foi utilizado em alguns municípios não só como programa de iniciação da atenção odontológica, e sim como um instrumento de atenção integral à saúde bucal, o que não é.<sup>6,8</sup>

Assim como o Sistema Incremental, a assistência do INAMPS e o Programa de Inversão da Atenção, a Atenção Precoce não conseguiu, isoladamente, atender o indivíduo de acordo com os princípios do SUS, restando ainda uma lacuna a ser preenchida no que diz respeito à políticas públicas de saúde bucal.

## **2.5 Equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família**

Em 1991 foi criado no Ceará, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir do qual, o Ministério da Saúde começa a focar a família como centro de atenção à saúde.<sup>11,12</sup> Nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, nasce o Programa de Saúde da Família, como resultado de uma reunião convocada pelo então Ministro da Saúde Dr. Henrique Santillo em resposta a uma demanda criada por gestores em saúde<sup>12</sup>. Com base no sucesso do PACS, na necessidade de incorporar novos profissionais ao programa, e a fim de estender o mesmo a outras regiões, surge o primeiro documento sobre o então Programa de Saúde da Família, com data de setembro de 1994.<sup>11-13</sup>

Através da portaria 1.444/2000 se dá a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no programa de saúde da família, visando à reorganização do modelo de assistência, criando uma ampliação do acesso à saúde bucal mediante a adscrição territorial e explicitando as primeiras regras do financiamento das ESB's.<sup>14</sup>

As ESB's propõem uma mudança no modelo curativo, mutilador e centrado no alívio da dor e resolução da doença já estabelecida por um modelo que dê assistência integral ao

indivíduo, mas que seja centrado na família e em ações coletivas de prevenção.<sup>14-16</sup> Segundo Giudice (2013, p.38):

*“Esse novo modelo de atenção conseguiu introduzir novos saberes nas práticas dos profissionais que se envolveram com o programa, contribuindo para um maior envolvimento intraequipe e com os usuários, incrementando o compromisso com a promoção de saúde das famílias, além de permitir que a capacidade de saberes e responsabilidades para intervir no processo saúde-doença fossem ampliadas, deixando de ser função exclusiva dos profissionais, mesmo que de maneira singular.”*

A adição das ESB's na Estratégia de Saúde da Família aproximou o profissional de saúde bucal das famílias, tornando mais universal e integral o acesso à saúde bucal, entretanto, a integração com a atenção secundária e terciária se faz necessária para que o programa seja efetivamente integral, possibilitando e mantendo um quadro de saúde.<sup>15-17</sup>

Silva e Gomes Filho (2012)<sup>15</sup>, procurando analisar a incorporação das ESB's no PSF a partir da visão dos usuários em um município de pequeno porte do Estado da Bahia, notaram que as atividades educativas em saúde bucal pouco são relatadas pelos usuários.

Apesar dos avanços demonstrados através da inserção da ESB no PSF, a formação profissional deficiente, a falta de planejamento estratégico e o descrédito do usuário nas ações de promoção de saúde e preventivas demonstram alguns dos problemas a serem enfrentados por esse modelo assistencial.<sup>15-17</sup>

### **3 OBJETIVO**

O objetivo deste estudo foi fazer uma revisão narrativa da literatura sobre políticas públicas e os modelos assistenciais de atenção à saúde bucal a partir do século XX. Usando essa revisão como fonte será elaborado um projeto de intervenção direcionado a educação dos profissionais sobre esse tema.

#### **4 METODOLOGIA**

Este trabalho de conclusão de curso adotou a técnica de projeto de intervenção. Foi feita uma revisão de literatura em bases de dados em língua portuguesa da biblioteca do Google Acadêmico, do Scielo e do Bireme. Além de dados científicos, foram pesquisados documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS), da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais (CRO – MG) e do Conselho Federal de Odontologia (CFO). A pesquisa foi realizada no período de abril a setembro de 2013, utilizando-se os descritores saúde bucal, modelo assistencial, sistema incremental, INAMPS, inversão da atenção, SUS e PSF para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção.

## 5 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A observação ativa realizada durante o diagnóstico situacional na área de cobertura do PSF Alto São Jacinto na zona rural de Teófilo Otoni – MG, elucidou entre os principais problemas da população adulta e idosa um alto percentual de dentes perdidos, cariados e obturados. Essa constatação motivou este estudo sobre as políticas públicas e os modelos assistenciais em saúde bucal, quais as formas de abordagem das doenças bucais e os motivos dos altos índices da doença na área circunscrita, pois, considerando-se a perspectiva de curso de vida, a atual condição de saúde bucal desses grupos pode ser considerada uma consequência das políticas de saúde bucal de décadas atrás.

Além dos problemas locais como transporte, materiais, medicamentos, infraestrutura, baixo índice socioeconômico, entre outros, a revisão de literatura pesquisada elucidou alguns dos vários obstáculos enfrentados pelo poder público em adotar um modelo que garanta o acesso a uma saúde bucal gratuita, equânime, integral e de forma universalizada. Traçando assim, algumas prioridades que necessitam de intervenção tais como:

1. Formação profissional com mais foco em Odontologia social e coletiva;
2. Responsabilização dos setores de saúde pela continuidade da capacitação da ESB;
3. Planejamento das ações de saúde da ESB baseados em dados concretos;
4. Cotejamento dos resultados alcançados pela ESB com metas propostas pelo plano de ação;
5. Maior participação dos profissionais da área odontológica nas instâncias formuladoras de políticas na área da saúde.

Para intervir nessas prioridades, se fazem necessárias ações de educação em saúde com a ESB, conscientizando os profissionais da participação social na elaboração de políticas de saúde bucal, como as conferências de saúde e do planejamento e avaliação das práticas de saúde bucal.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das abordagens em saúde bucal pelo poder público ao longo do tempo, e dos modelos assistenciais utilizados como meios de oferecer atenção à população é de grande relevância. Pois uma vez percebidos os pontos falhos durante a aplicação dos programas de assistência à saúde bucal, pode-se planejar um método de ação que se desvie ou resolva os entraves detectados durante experiências passadas.

Ficou evidente durante o estudo, a relevância da participação dos profissionais da área nos fóruns de discussão das políticas de saúde bucal. Estes encontros e reuniões se mostraram os grandes genitores dos novos modelos assistenciais e políticas públicas.

As falhas mais proeminentes encontradas na revisão dos modelos assistenciais foram o aspecto curativista e mutilador, centrado no alívio da dor e reabilitação da doença já instalada e o caráter excludente de atenção, privilegiando faixas etárias de curto intervalo e deixando desassistida a maior parte da população. Essas duas falhas dos antigos modelos contradiziam os princípios básicos que caracterizam o SUS, não garantindo a integralidade da atenção nem a universalidade do acesso às ações de saúde.

As Equipes de Saúde Bucal, agora inseridas no âmbito familiar, trazem esperança quanto ao aspecto de promoção de saúde, aumentando as possibilidades de que os profissionais de saúde bucal intervenham no processo saúde-doença, diminuindo as filas de espera em unidades básicas de saúde e centros de especialidades odontológicas.

Apesar de notória a evolução realizada nas políticas públicas de saúde bucal no intervalo entre o início da década de 50 com a fluoretação da água, até a inserção das ESB's no Programa Saúde da Família, obstáculos como a formação em saúde coletiva deficiente, a falta de planejamento estratégico para execução de atividades e o descrédito dado pela população às atividades de promoção de saúde ensejam a necessidade de trabalhos longitudinais de avaliação dos resultados alcançados.

## REFERÊNCIAS

1. DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>>. Acesso em: 14 ago. 2013.
2. Conselho Federal de Odontologia (CFO). **Quadro estatístico de faculdades**. Disponível em: <[http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/quadro\\_estatistico\\_faculdade.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/quadro_estatistico_faculdade.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2013.
3. Conselho Federal de Odontologia (CFO). **Quadro de profissionais**. Disponível em <[http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2011/06/Total\\_Geral\\_Brasil.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2011/06/Total_Geral_Brasil.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2013.
4. Ely, H.C.; Queiroz e Carvalho, D.; dos Santos, M. **Texto preliminar**. Cadernos de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília/Porto Alegre, v. 17, 2006.
5. Brasil. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 92p. 2008
6. Nickel, D.A.; Lima F.G.; da Silva, B.B. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.
7. Painel sobre previdência social. Estrutura e funcionamento do INAMPS. **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social**. Belo Horizonte. INAMPS, 41 p. 1981.
8. Oliveira, A.G.R.C. et al. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: Tendências e Perspectivas. **Ação Coletiva**. vol. 2, n. 1, p. 9-14. jan./mar. 1999.
9. Zanetti, C.H.G. et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulg Saúde Debate**. vol. 13, n. 1, p. 18-35, jul. 1996.
10. Guimarães, A.O.; Costa, I. do C.C.; Oliveira, A.L. da S. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 29, p. 83-86, jan./fev. 2003.
11. Rosa, W.A.G.; Labate, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov./dez. 2005.

12. Viana, A.L.D.; Dal Poz, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15 (supl.), p. 225-264, 2005.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.
14. Brasil. Portaria 1.444/GM em 28 de dezembro de 2000.
15. Silva, M. L.; Gomes Filho, D.L. A Percepção dos Usuários sobre a Incorporação da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, vol. 12, n. 3, p. 369-76, jul./set. 2012.
16. Giudice, A.C.M.P.; Pezzato, L.M.; Botazzo, C. Práticas Avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.96, p.32-42, jan./mar. 2013.
17. Junqueira, S.R.; Frias, A.C.; Zilbovicius, C. SAÚDE BUCAL COLETIVA: quadros social, epidemiológico e político. Em: Rode, S.M.; Nunes, S.G. (Org). **Atualização clínica em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 591-604.

