

PARÂMETROS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL: COMPARAÇÃO ENTRE DUAS PROGRAMAÇÕES DO ATENDIMENTO CLÍNICO NO SERVIÇO PÚBLICO

*Oral health care parameters: comparison between two methods
of scheduling clinical dental care in the public service*

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Comparar duas formas de programação do atendimento clínico odontológico de equipes de saúde bucal (ESB) inseridas na estratégia de saúde da família em relação aos seus aspectos produtivos assistenciais. **Métodos:** Duas ESB executaram, concomitantemente, duas metodologias de atendimento clínico: o parâmetro recomendado pela portaria do Ministério da Saúde Nº 1101 de 2002, que estabelece 03 consultas por hora (c/h) por equipe e um modelo Teste, com 02 c/h, sendo cada método aplicado por um período de 615 horas. Os dados quantitativos foram coletados através das planilhas de produção diária das ESB, em que constavam os seguintes itens: quantidade de consultas (iniciadas, de manutenção e de urgência), número de procedimentos executados, consumo de material e ciclos de esterilização. Os mesmos foram comparados entre os modelos e avaliados estatisticamente, através do programa *Bioestat 5.0*, aplicando-se o Teste t pareado ($p < 0,05$). **Resultados:** No método Ministerial e no Teste, foram realizadas, respectivamente, 288 e 365 primeiras consultas, 921 e 686 consultas de manutenção, 167 e 172 consultas de urgência, com 469 e 110 faltas de pacientes, finalizando 212 e 327 tratamentos e executando 2501 e 3046 procedimentos. Dos onze itens de consumo analisados, cinco foram utilizados em menor quantidade no modelo Teste: luvas (9%), anestésico (38%), agulha anestésica (34%), fio agulhado (24%) e sugador (11%), enquanto os 06 restantes tiveram consumos semelhantes entre os modelos. **Conclusão:** O modelo Teste revelou-se mais produtivo e econômico.

Descritores: Serviços de Saúde; Saúde da Família; Saúde Bucal; Eficiência Organizacional.

ABSTRACT

Objective: To compare two forms of scheduling clinical dental care for the oral health teams (OHT) included in the strategy of family health, regarding productive aspects of assistance. **Methods:** Two OHT worked concurrently, using two methods of clinical care: the parameter recommended by the Ministry of Health Ordinance No. 1101, 2002, which establishes 03 dental visits per hour (c/h) per team, and a Testing model, with 02 c/h, being each method applied for a period of 615 hours. The quantitative data was collected in OHTs' daily production spreadsheets, covering the following items: the number of dental visits (initial, for maintenance and for emergency procedures), procedures performed, consumption of material and sterilization cycles. Data was compared and statistically analyzed through the *BioStat 5.0* by applying the paired t-test ($p < 0.05$). **Results:** Under the Ministerial method and the Testing model, were performed, respectively, 288 and 365 first dental visits, 921 and 686 return dental visits, 167 and 172 emergency dental attendances, with 469 and 110 fouls, 212 and 327 treatments were finished and 2501 and 3046 dental procedures were realized. Among eleven analyzed consumables, five were consumed in smaller quantities in the Testing model: gloves (9%), anesthesia (38%), anesthetic needle (34%), suture material (24%) and aspirators (11%), while the six remaining items presented similar consumption rates between the two models. **Conclusions:** The testing model revealed to be more productive and economical.

Descriptors: Health Services; Family Health; Oral Health; Efficiency Organizational.

Artênio José Ísper Garbin⁽¹⁾
Cléa Adas Saliba Garbin⁽¹⁾
Suzely Adas Saliba Moimaz⁽¹⁾
Tânia Adas Saliba Rovida⁽¹⁾
Diego Garcia Diniz⁽¹⁾

1) Faculdade de Odontologia de Araçatuba
- Universidade Estadual Júlio de Mesquita
Filho - São Paulo (SP) - Brasil

Recebido em: 02/02/2012
Revisado em: 16/04/2012
Aceito em: 30/04/2012

INTRODUÇÃO

Os modelos assistenciais odontológicos desenvolvidos no âmbito público e seus parâmetros de atenção passaram por várias configurações ao longo dos anos e têm sido uma pauta de discussão importante no contexto de oferta de serviços em saúde bucal no Brasil⁽¹⁾. A exemplo de outros setores da saúde, até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 80, o atendimento odontológico era destinado praticamente aos trabalhadores contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio de convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado⁽²⁾. Ao restante da população, quando havia o oferecimento de algum serviço odontológico, esse era restrito a consultas de urgências por meio de um sistema de livre demanda⁽³⁾.

Todavia, algumas propostas na prestação de serviços odontológicos de forma diferencial, programada e sistemática tiveram destaque nesse período pré-SUS. O Sistema Incremental (SI), implantado na década de 50, foi um dos mais importantes, duradouros e abrangentes desses modelos. Ele atuava com o objetivo de tratar as necessidades acumuladas de uma população definida, nesse caso específico, dos escolares, através de um programa intensivo e curativo, até o completo tratamento para o posterior controle⁽⁴⁾. A partir do SI, outras metodologias surgiram, como o Programa de Inversão da Atenção (PIA), implantado na década de 80 e destinado à população infantil, buscava a descentralização da atenção curativa clássica, visando à estabilização do meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos; e o Programa de Atenção Precoce, contemporâneo ao PIA, que teve como pressuposto a observação de frequentes problemas bucais em pacientes na primeira infância^(5,6).

Idealizados sob o patamar de conhecimentos técnico-científicos da época, esses modelos representaram um grande avanço para odontologia pública, sendo marcos na inserção de filosofias preventivo-educativas e na programação do serviço assistencial. Contudo, a oferta de uma assistência odontológica eficiente e universal continuou sendo um grande desafio^(1,4).

Com o surgimento do SUS, pautado sob princípios da universalidade e integralidade e diante da situação epidemiológica insatisfatória em saúde bucal da população brasileira, novos programas foram concebidos. O mais recente, em 2002, foi a incorporação das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família com a finalidade de reorganizar a atenção básica e ampliar a oferta dos serviços, individual e coletivamente, de uma forma programada, e em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários⁽⁷⁾, já que o contexto da época apontava para condições preocupantes: cerca de 15% da população, ou

seja, aproximadamente 30 milhões de brasileiros, nunca haviam comparecido a uma consulta odontológica⁽⁸⁾.

O que se observa atualmente é uma alteração insignificante nesse cenário. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 apontam que 11% da população continuam sem nunca terem ido ao dentista. Desses indivíduos, 83% são pertencentes à classe com rendimento mensal domiciliar *per capita* menor do que um salário mínimo, ou seja, grupos possivelmente dependentes do sistema público para seu atendimento⁽⁹⁾. Não há dúvidas de que a consequência dessa situação impacta negativamente nos resultados dos indicadores epidemiológicos brasileiros em saúde bucal⁽¹⁰⁾.

Ampliar o acesso da população com qualidade persiste, portanto, sendo uma tarefa importante e necessária dentro das ações públicas de saúde bucal. Buscar um aperfeiçoamento da assistência tornou-se um item constante que impreterivelmente passa pela elaboração e avaliação de estratégias que possam contribuir na edificação e aprimoramento dos sistemas locais de atenção odontológica^(11,12).

Nesse sentido, o presente trabalho teve por objetivo comparar duas formas de programação do atendimento clínico odontológico de equipes de saúde bucal (ESB) inseridas na estratégia de saúde da família em relação aos seus aspectos produtivos assistenciais.

MÉTODOS

O presente estudo, do tipo transversal analítico, foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em município de grande porte (600 mil habitantes) do interior do estado de São Paulo. A USF selecionada possui duas equipes de saúde bucal (ESB) modalidade I (1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de saúde bucal), responsável por uma população adscrita com cerca de 15000 habitantes.

Avaliaram-se duas metodologias de programação do atendimento clínico odontológico: o parâmetro recomendado pela portaria do Ministério da Saúde do Brasil N° 1101 de 2002⁽¹³⁾, que estabelece três atendimentos por hora, por profissional, o qual nomeamos de **modelo A**; e um método teste que estabelece dois atendimentos por hora, por profissional, que determinamos como **modelo B**. No primeiro modelo três pacientes são agendados no mesmo horário, ordenando-os pela chegada e, no segundo, um paciente agendado a cada trinta minutos. As ESB executaram concomitantemente cada método por um período de 615 horas, o que totalizou 1230 horas durante um intervalo de 90 dias.

A avaliação constou de itens relacionados à produtividade e consumo de material. Para a coleta dos dados

referente à produtividade utilizaram-se as planilhas diárias de produção das ESBs, nas quais constavam os seguintes itens: o número de primeiras consultas, de consultas de manutenção por paciente, de tratamentos finalizados, de consultas de urgência, do total de procedimentos executados por paciente, do total dos atendimentos, de faltas em consulta e de horas clínicas trabalhadas.

Em relação ao consumo de materiais analisou-se a planilha de anotações utilizada pelas ESBs, verificando o uso diário dos seguintes insumos da clínica odontológica: luva de procedimento, máscara descartável, tubete de anestésico, fio agulhado para sutura, agulha descartável gengival (curta e longa), material restaurador provisório e definitivo (resina composta fotopolimerizável), sugador descartável, agente de união, condicionador ácido, e medicamento para terapia pulpar.

Também foi avaliada quantitativamente a esterilização da clínica. Na unidade de saúde investigada é utilizada a autoclave Sercon AHMC 6. Ao responsável pela esterilização dos instrumentais odontológicos, que foi o mesmo indivíduo durante toda a pesquisa, solicitaram-se as anotações de todos os ciclos de esterilização diários realizados nos períodos avaliados. Às equipes participantes orientou-se manter todo o seu processo de trabalho rotineiro sem alterações das atividades programadas, conservando o mesmo fluxo para o atendimento, bem como os critérios

de risco, a fim de que o perfil dos pacientes fosse o mais semelhante possível nos dois períodos das metodologias analisadas.

Os dados passaram por análise estatística através do programa Bioestat 5.0, aplicando-se o Teste t pareado com nível de significância $p < 0,05$. O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba aprovou o presente projeto, indicado pelo processo N° 00648/2010.

RESULTADOS

Com relação à produtividade das equipes, foi observado, no modelo A e no modelo B, respectivamente, a realização de: 288 e 365 primeiras consultas, 921 e 686 consultas de manutenção, 167 e 172 consultas de urgência, finalizando, no período estudado, 212 e 327 tratamentos, em média 4,3 e 2,1 consultas por paciente para completar o tratamento, sendo realizados 2501 e 3046 procedimentos clínicos, o que significou em torno de 1,8 e 2,7 procedimentos por consulta, por paciente da demanda programada. Das 1845 consultas programadas possíveis em A, foram executadas 1209 (média de 14 consultas por dia por ESB), sendo observadas 469 faltas. Em B, realizou-se 1051 consultas programadas (média de 12 consultas diárias por ESB) de 1230 possíveis com 110 faltas (Tabela I)

Tabela I - Comparação entre as duas formas de programação do atendimento clínico odontológico quanto aos itens de produtividade. Sorocaba-SP, 2011.

	Modelo A	Modelo B	Valor-p
1ª Consulta	288	365	0,0385
Consultas de Manutenção	921	686	0,0086
Consultas Possíveis	1845	1230	0,0001
Consultas Realizadas	1209	1051	0,0051
Faltas em Consultas	469	110	0,0032
Tratamentos Finalizados (TF)	212	327	0,0154
Média Consulta por TF	4,3	2,1	*
Número de Procedimentos (NP)	2501	3046	0,0422
Média de NP por Consulta	1,8	2,7	*

Test t pareado com $p < 0,05$. *não foi possível calcular p.

Quanto ao consumo de materiais, dos 11 itens de analisados, 5 foram utilizados em menor quantidade no modelo B: luvas (9%), anestésico (38%), agulha anestésica

(34%), fio agulhado (24%) e sugador (11%); e os 6 restantes tiveram consumos semelhantes entre os modelos (Tabela II).

Tabela II - Comparação entre as duas formas de programação do atendimento clínico odontológico quanto ao consumo de materiais. Sorocaba-SP, 2011.

Itens de Consumo (Unidade)	Modelo A		Modelo B	
	Consumo (und)	Economia (%)	Consumo (und)	Economia (%)
Luva de procedimento	5916	-	5388	9%
Máscara descartável	438	3%	454	-
Tubete de Anestésico	853	-	616	38%
Agulha anestésica longa/curta	739	-	548	34%
Fio agulhado	96	-	77	24%
Sugador descartável	1412	-	1273	11%
Agente de união fotopolimerizável	3	-	3	-
Condicionador ácido	4	-	4	-
Medicamento para Terapia Pulpar	2	-	2	-
Material restaurador provisório	4	-	4	-
Resina Composta (Foto)	3	-	3	-
Ciclos de Esterilização	141	-	106	33%
Total	9470	-	8372	-

Test t pareado ($p < 0,05$): valor-p total=0,074.

DISCUSSÃO

Na prática odontológica do setor público, as análises das ações de serviços constituem uma prática fundamental para administradores e autoridades, uma vez que a avaliação é parte de um processo gerencial, influenciada pelo contexto organizacional e político, constituindo-se como um poderoso instrumento de transformação⁽¹⁴⁾. Entretanto, a sua realização muitas vezes é negligenciada. Sabe-se que esse processo é um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde, além de ser fundamental para nortear o planejamento, a gerência e a reorientação das políticas nesse setor, bem como a alocação de recursos, visando à caracterização de um sistema de saúde desejável⁽¹⁵⁾. Outros estudos que versam essa temática específica de produtividade assistencial em odontologia pública não foram encontrados na literatura científica.

Na presente pesquisa compararam-se dois modelos de organização da demanda clínica de atendimento odontológico: o parâmetro definido pela portaria ministerial Nº 1101 de 2002 – modelo A e um teste – modelo B – com uma redução quantitativa de 30% no número de consultas. Neste segundo modelo, observou-se um incremento nas primeiras consultas de 26% (77). Esse fato se justificou devido ao aumento de 50% (0,9), em média, do número de

procedimentos realizados por consulta, o que proporcionou uma redução de praticamente 100%, em média, de sessões para finalizar um tratamento (4,3 no modelo A e 2,1 no B). Com o término do tratamento sendo realizado em menos consultas, verificou que novas vagas foram disponibilizadas aos usuários da unidade, ampliando assim o fluxo de acesso.

Somou-se também, a essa situação anterior, o número de faltas ser 15% (110) menor no modelo B, o que favoreceu ao maior número de tratamentos completados, 115, representando 54% a mais. Em pesquisa realizada em Ribeirão Preto-SP, com usuários do serviço odontológico da estratégia de saúde da família, observou-se que 59,1% dos motivos para ausências em consultas de manutenção foi o esquecimento e, o trabalho profissional, foi alegado por 13,6%⁽¹⁶⁾. O fato de o modelo A ter gerado uma quantidade de consultas de manutenção superior (25,5%) faz com que a probabilidade de faltas nas consultas também o seja.

O acesso aos serviços em saúde bucal é hoje uma das situações mais preocupantes na área. Grande parte dos brasileiros, principalmente os mais carentes de assistência, ainda se depara com muitos obstáculos para conseguir atendimento. Dados apontam que 16% da população nunca foi ao dentista e, considerando que uma grande parcela não possui condições financeiras de utilizar serviços odontológicos particulares, o setor público acaba sendo o

grande responsável pelo atendimento dessa demanda. A garantia do acesso universal com efetividade e resolutividade permanece ainda como um grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva do SUS^(12,17).

Um importante indicador utilizado para analisar essa situação é a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática, a qual tem a capacidade de refletir o perfil do modelo assistencial proposto pelo gestor local, bem como a estratégia de cobertura adotada, além de ser um dos principais parâmetros de pactuação entre gestores das esferas governamentais⁽¹⁸⁾. Melhorar esse índice com eficiência é, portanto, uma das metas dos serviços assistenciais em saúde bucal pública e o caminho passa pela substituição dos processos de trabalho de uma odontologia estática por condutas racionais, produtivas e atuais.

Sabe-se também que o aumento da eficácia dos serviços de saúde é um pré-requisito indispensável para a formulação de políticas públicas, à medida que estas relacionam resultados obtidos e recursos sociais escassos colocados à disposição do setor. Pode-se considerar ainda que seja uma tarefa essencial dos administradores a busca da eficiência dos serviços de saúde sob sua gerência⁽¹⁹⁾.

Ao analisar o dispêndio com material de consumo, observa-se que, mesmo o modelo B realizando 21% (545) a mais de procedimentos, obteve-se uma economia em 5 itens analisados (Luva de procedimento (9%), Anestésico Citocaína a 3% (38%), Agulha anestésica longa/curta (34%), Fio agulhado (24%), Sugador descartável (11%)), sendo que dos 6 restantes, em 5 o consumo foi equivalente (Agente de união fotopolimerizável, Condicionador ácido, Medicamento para Terapia Pulpar, Material restaurador provisório, Resina Composta Fotopolimerizável). Esse fato justifica-se devido ao maior tempo destinado à consulta, onde se puderam realizar mais procedimentos na mesma sessão, o que maximizou os insumos da clínica, sendo essa uma importante constatação do ponto de vista econômico. A esterilização também pode ser analisada sobre esta mesma ótica. A diminuição dos ciclos esterilizadores está relacionada diretamente ao uso racionalizado de outros itens como: mão de obra, embalagem, invólucros, fitas adesivas, fitas indicadoras do processo de esterilização, consumo do equipamento esterilizador e desgastes dos artigos reprocessados⁽²⁰⁾. O número de ciclos no modelo com 2 agendamentos/hora foi 33% menor, o que refletiu igualmente no gasto energético.

Em saúde bucal sempre devemos relevar a importante diferença entre atenção e assistência. Sabe-se que a articulação entre as duas formas de modelos são imprescindíveis, uma complementando a outra. Mesmo estando parte significativa da assistência odontológica restrita à produção de restaurações dentárias (se faz necessária para o alívio imediato do sofrimento e para

obtenção de algum conforto), e ainda que se lhe possa questionar a capacidade de, com restaurações, curar a cárie, como vem ocorrendo recentemente a partir das críticas ao assim denominado “paradigma cirúrgico-restaurador”, é necessário um permanente investimento nos aspectos relacionados à tecnologia da assistência, uma vez que simplesmente não podemos falar em integralidade da prática odontológica se tal prática situar-se, equivocadamente, em apenas um dos pólos da dicotomia preventivo-curativa⁽²¹⁾.

Todavia, é importante que gestores e trabalhadores em saúde bucal, conhecendo a sua realidade, as necessidades e prioridades do seu campo de atuação busquem formas de melhorar os serviços prestados dentro de um contexto humanizado e, para isso, realizem avaliações e monitoramentos locais constantes, a fim de que possa se investigar os resultados da execução sobre o sistema de saúde proposto e o impacto provocado sobre a qualidade da vida da população, possibilitando a construção e consolidação de práticas inovadoras em saúde^(21,22).

CONCLUSÃO

O modelo Teste demonstrou uma maior capacidade produtiva, elevando o número de primeiras consultas e reduzindo a quantidade de consultas de manutenção, o que favoreceu um número superior de tratamentos finalizados que, conseqüentemente, resultou numa ampliação do acesso ao tratamento odontológico. O fato de esse modelo proporcionar uma quantidade maior de procedimentos por sessão, utilizando menos material de consumo, fez com que o caracterizasse também como o mais econômico.

REFERÊNCIAS

1. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2):241-6.
2. Oliveira AGRC, Souza ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (BR). *Odontologia preventiva e social: textos selecionados*. Natal: EDUFRRN; 1997. p. 114-24.
3. Corrêa AP. *Análise comparativa dos efeitos de um programa incremental sobre a saúde oral de seus beneficiados [dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1985.
4. Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*. 1999;2(1):9-14.

5. Zanetti CHG, Lima MAU. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulg Saúde Debate*. 1996; 13:18-35.
6. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(11):2727-39.
7. Cardoso ACC, Santos Jr. RQ, Souza LEP, Barbosa MBCB. Inserção da equipe de saúde bucal no PSF: um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. *Rev Baiana Saúde Pública* 2002; 26:94-8.
8. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: OPAS; 2006.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
10. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):999-1010.
11. Rocha RACP, Goes PSA Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(12):2871-80.
12. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):709-17.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília. 2002; 139:36.
14. Narvai PC. Avaliações de ações de saúde bucal. In: Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Oficina de saúde bucal no SUS. São Paulo; 1996.
15. Franco SC, Campos GW. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(1):61-70.
16. Almeida GL, Garcia LFR, Almeida TL, Bittar TO, Pereira AC. Estudo do perfil sócio-econômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar em consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto/SP. *Cienc Odontol Bras*. 2009;12(1):77-86.
17. Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis n 8.080 e n. 8.142/90). 3ª ed. Campinas: UNICAMP; 2002.
18. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal. Brasília; 2006.
19. Marinho A. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bra. Econ*. 2003;57(3):515-34.
20. Finkbeiner BL. Four-handed dentistry revisited. *J Contemp Den Pract*. 2000; 1(4):74-86.
21. Narvai PC. Saúde bucal: assistência ou atenção - Odontologia em Silos - Sistemas Locais de Saúde. São Paulo: Rede Cedros; 1992.
22. Saintrain MVL. Proposta de um indicador comunitário em saúde bucal. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2007;20(3):199-204.

Endereço para correspondência:

Diego Garcia Diniz
Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social
Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva - NEPESCO
Rua José Bonifácio, 1193
CEP: 16015-050 - Araçatuba - SP - Brasil
E-mail: diegogdiniz@hotmail.com