



TRABALHOS VOLUNTÁRIOS EM PROGRAMAS DE SAÚDE BUCAL RELATO DE EXPERIÊNCIA OBTIDA NO PROJETO "SORRISO CAIÇARA"

Patricia Aleixo Santos Domingos¹, Hérica Adad Ricci-Donato¹, Camila Nakao Nonato¹,
Gabriela Langhi Gutierrez¹, Juliana Signori¹

¹ Departamento de Saúde e Ciências Biológicas, Universidade de Araraquara - UNIARA, Araraquara, SP, Brasil

AUTOR CORRESPONDENTE: pasdomingos@uniara.edu.br

RESUMO

O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão de literatura referente à assistência odontológica no serviço público e relatar as experiências adquiridas no projeto voluntário "Sorriso Caiçara", o qual promove ações de assistência em saúde bucal para populações carentes de acesso ao atendimento por residirem em locais distantes dos centros urbanos em busca de suprir, parcialmente, as lacunas apresentadas no sistema público de saúde. Para isso, foi relatada a vivência nos atendimentos oferecidos por um grupo de Cirurgiões-Dentistas voluntários às comunidades caiçaras nas quais detectaram a falta de prestação de serviços em saúde bucal. Neste projeto foram realizadas ações como atividades educativas de promoção de saúde bucal, atendimento ambulatorial preventivo, atendimento clínico e cirurgias. Como frutos dessa experiência, conclui-se que profissionais que participam desses programas tornam-se pessoas com atitudes mais humanizadas, promovendo inclusão social, conhecendo e respeitando novas culturas, além de adquirir conhecimentos e habilidades para sua vida profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Odontológica. Serviço de Saúde Bucal. Programas Voluntários.

<http://dx.doi.org/10.19177/jrd.v7e320191-6>

INTRODUÇÃO

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático – universal, igualitário e integral – constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde.¹

Segundo Lazeris *et al.*² (2007), durante um longo tempo a Odontologia

se contentou em concentrar seus esforços no desenvolvimento e aprimoramento de refinamentos técnicos e tecnológicos para suas práticas operatórias. Entretanto, o contexto da atual crise da Odontologia no Brasil permite um viés mercadológico neste questionamento, pois acredita-se na crise da profissão como crise de mercado, insistindo-se em correlacionar o número de escolas ou de cirurgiões-dentistas com o número de habitantes

e/ou à necessidade de saúde bucal da população. Não é difícil redirecionar a crise e encontrar seus fatores constituintes. O que sempre esteve em crise foi a face pública da saúde, o exercício coletivo, a ineficácia epidemiológica da Odontologia, o diálogo e as relações que se mantêm com as demais profissões da saúde. Pode-se relacionar a crise também ao seu modelo pedagógico, que faz com que a evidência

científica e a prática sigam em direções opostas, coexistindo separadamente.

Pelas diretrizes do Ministério da Saúde, a atenção à saúde bucal deve considerar as diferenças sociais e peculiaridades culturais, pois o Brasil é vasto e cada região têm suas necessidades locais. Assim, o Cirurgião-Dentista e a equipe de saúde bucal são responsáveis por dar educação em saúde bucal nos locais onde o serviço odontológico público está presente.

Com a chegada do PSF e a inserção da saúde bucal nesse programa, acarretou-se uma nova perspectiva para a Odontologia e propôs a reorganização do modelo de atenção e ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo atenção integral aos indivíduos e famílias mediante estabelecimento de vínculo territorial.³

O Cirurgião-Dentista que trabalha no PSF percebe-se diante de muitos desafios, pois recebeu uma educação voltada para questões biológicas, curativas e técnicas com pouca ênfase nos fatores socioeconômicos e psicológicos do processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde, não estando, muitas vezes, preparado para desempenhar suas funções neste novo modelo de atenção.³

O Cirurgião-Dentista é membro da sociedade e faz parte de um grupo social cujos interesses também devem ser atendidos. Sendo assim, a saúde bucal só tem sentido quando integrada a uma série de objetivos progressivamente maiores. O conceito humanista de felicidade individual é associado ao de vida plena, fecunda e ativa; pressupõe convívio, participação, vida familiar e social, respeito dos semelhantes, contribuição à coletividade. O princípio do “maior benefício para o maior número” deve servir de guia para que os programas dentários não se concentrem em serviços perfeitos para grupos reduzidos. O bem-estar individual de um maior número deve predominar sobre o

bem-estar individual de um pequeno número.⁴

Sendo assim, a importância da inclusão do Cirurgião-Dentista no Sistema Único de Saúde (SUS) é relevante para a contribuição de uma elevação no nível da saúde e depende das necessidades e características de cada município. Portanto, o Cirurgião-Dentista deve atuar de forma diferente em cada região para que haja o equilíbrio da prevenção e da cura, assegurando um padrão satisfatório de atendimento.⁵

Leal e Tomita⁶ (2005) observaram que há desigualdade no acesso da população à assistência odontológica, pois não existem grupos populacionais pré-definidos e a falta de acompanhamento aos serviços realizados é uma limitação.

Nickel *et al.*⁷ (2008), realizaram um estudo dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil e observaram que há exclusão, baseado nos princípios de universalidade de atenção e integralidade dos serviços e concluíram que o atendimento em clientela específicas deve ser evitado para não haver exclusão dos usuários e assim propagar uma odontologia pública de maior eficácia e qualidade.

Freitas *et al.*⁸ (2016), avaliaram os centros de especialidades odontológicas para que os avanços na Política Nacional de Saúde Bucal nos serviços de média complexidade sejam corrigidos pela identificação que surgem das práticas e vivências nas unidades de atendimento e concluíram que nenhum centro de especialidades estudado conseguiu atingir as metas de média complexidade estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Bucal.

Tal fato mostra as limitações que o sistema enfrenta no que diz respeito à oferta de serviços compatível com a demanda da população. Desta forma, aqueles profissionais da Odontologia engajados nas questões sociais da saúde bucal do País, preocupam-se com as falhas nos atendimentos e buscam alternativas para minimizar os problemas de ordem

odontológica que permanecem sem solução para uma grande parcela da população menos favorecida.

A partir dessas reflexões, torna-se importante destacar a vivência, seja do acadêmico ou do profissional formado na Odontologia, em atividades extramuros e experiências de trabalhos voluntários para a aquisição de conhecimentos e habilidades importantes na prática profissional mais centrada nas necessidades coletivas e com resolutividade.

PROPOSIÇÃO

O objetivo do presente trabalho foi uma revisão de literatura no que diz respeito à assistência odontológica no serviço público e relatar a experiência de vivenciar ações de um projeto voluntário de assistência em saúde bucal em busca de suprir, parcialmente, as lacunas apresentadas no sistema público de saúde.

RESULTADOS E RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Projeto Socioambiental denominado “Sorriso Caiçara – Novo Século”, há 15 anos foi idealizado e coordenado por um dentista especialista em Odontologia em Saúde Coletiva, Dr. Daniel P.L. Azevedo, formado pela Universidade Estadual Paulista – UNESP, Campus de Araraquara. Esse projeto surgiu em 2003, quando foi observada a necessidade de oferecer atendimento odontológico em locais em que a prevalência de problemas de saúde bucal era elevada e, além disso, o acesso aos serviços de saúde era precário, pelo fato destas populações viverem longe de centros urbanos e em regiões de difícil deslocamento, como no caso das comunidades caiçaras.

Dentre outros locais já visitados anteriormente, a Praia do Bonete, localizada em Ilha Bela - SP foi escolhida

para fazer parte da 5ª temporada, onde foram realizados 3 módulos. A comunidade é composta por aproximadamente 350 pessoas e a economia local está baseada na prática da pesca, comércio alimentício e hotelaria. O motivo da escolha foi o fato de ser um local de difícil acesso, aliado a reduzida procura dos moradores desta praia pelo atendimento odontológico, embora a demanda por tratamento fosse elevada.

Há duas maneiras de chegar a esse local: de barco ou caminhando. No deslocamento com barco, há duas possibilidades de chegar ao local: 1 - saindo de Caraguatatuba, navega-se por 52 km e o desembarque é realizado por barcos menores. 2 - Outra maneira é sair de Ilha Bela, navegar por, aproximadamente, 32 km e fazer o desembarque da mesma maneira. Para o deslocamento por meio da caminhada, deve-se utilizar uma trilha de 15 km pela mata, saindo de Ilhabela.

A praia do Bonete conta com um Posto de Atendimento à Saúde (PAS) composto por 02 consultórios médicos, 01 consultório odontológico e 01 sala de enfermagem. O referido consultório não possuía aparelho de raio-x, nem ultrassom para realização de profilaxia, o que foi cedido pelo grupo voluntário.

Para atender a grande demanda de tratamento odontológico, foi realizada a adaptação da Unidade de Saúde, transformando-a em um Centro Odontológico durante o período em que o projeto aconteceu. Assim, macas ginecológicas das salas médicas foram utilizadas em substituição às cadeiras odontológicas. Isso foi possível porque o projeto dispõe também de uma unidade móvel de alta rotação e baixa rotação, com bomba à vácuo para funcionar o sugador. Para ser realizado, o projeto contou com patrocinadores, entre eles José Eduardo Gutierrez, proprietário da Dental Gutierrez de Araraquara – SP, e voluntários de diversas especialidades, entre elas: Endodontista, Implantodontia, Odontopediatria,

Cirurgia Bucomaxilofacial, Dentística, Periodontia e Prótese.

Em cada módulo, o grupo de profissionais voluntários permaneceu no local por 04 dias, sendo o primeiro dia destinado à triagem e atendimentos de urgência, enquanto que os dias subsequentes são destinados aos procedimentos específicos de acordo com a necessidade de tratamento. O primeiro módulo da 5ª temporada, foi realizado em março de 2017, constituído por doze dentistas voluntários e outros quatro voluntários (dois cursando graduação em Odontologia, um cozinheiro e um auxiliar), nesta ocasião foram realizados os seguintes procedimentos: triagem, radiografias periapicais e interproximais, atendimentos de urgência, instrução de

endodônticos e restauradores, exodontias, além da distribuição de kits de higiene oral e a caneca do projeto.

Ainda no 3º módulo, foi realizada uma palestra na escola, para as crianças de todas as idades, divididas por turma, quando foi enfatizada a importância da higiene bucal, realizada a demonstração das técnicas corretas de escovação, entregues kits de higiene bucal para realizar a escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor com utilização de moldeiras.

Como resultado da 5ª temporada do Projeto, pode-se observar que, na totalidade dos atendimentos realizados nos 3 módulos, grande parcela da população foi assistida, sendo realizados os seguintes procedimentos representados no Quadro 1:

Quadro 1. Distribuição absoluta dos procedimentos realizados na população assistida pela 5ª higiene oral para crianças, profilaxia em

	MÓDULO 1	MÓDULO 2	MÓDULO 3	TOTAL
RADIOGRAFIA	74	38	178	290
RESTAURAÇÃO	40	22	73	135
PROFILAXIA	21	--	31	52
EXODONTIA	38	12	77	127
ENDODONTIA	23	09	33	65
PRÓTESE	05	--	12	17
KIT DE HIGIENE	38	--	78	116
TOTAL	239	81	482	802

adultos e aplicação tópica de flúor, dentística, endodontia, prótese fixa, cirurgia periodontal e exodontia. Já no segundo módulo, que ocorreu em setembro de 2017, houve a presença de 7 voluntários e assim foram realizados: novas triagens, radiografias periapicais e interproximais, profilaxia em adultos, aplicação tópica de flúor, dentística, endodontia e exodontia. Por fim, o terceiro e último módulo foi composto por seis voluntários dentistas e uma acadêmica, realizado em março de 2018, quando foram realizadas novas triagens, exames radiográficos, profilaxia, aplicação tópica de flúor, tratamentos

Observou-se com os resultados apresentados no Quadro 1 que, os procedimentos mais realizados foram as restaurações (135) e as exodontias (127), seguidas do tratamento endodôntico (65).

DISCUSSÃO

A formação e o trabalho dos profissionais de saúde na América Latina vêm sendo decisivamente impactados pela reorganização dos sistemas de saúde, pelas pressões para a reforma da Universidade e pelo processo de reforma

e descentralização político-administrativa do Estado.⁹ Além disso, a conceituação do processo saúde-doença ampliou-se nos últimos anos, em razão do reconhecimento do papel dos determinantes sociais para as doenças, o que representa um novo desafio para os formuladores de políticas públicas de saúde, visto que se torna necessário incluir outros setores da sociedade (educação, trabalho, habitação, saneamento) para promover a saúde das populações.¹⁰

No caso do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação por meio da Lei nº 8.080, de 1990, traz elementos no sentido de fazer avançar o debate sobre a intrínseca associação entre as estruturas de formação e as de incorporação dos profissionais no mundo do trabalho, passando a ser ordenador da formação profissional. Tal marco legal desencadeia, na prática, uma série de iniciativas para mudanças no ensino, de modo a contribuir para que o SUS contemple a integralidade do cuidado e o trabalho interprofissional.¹¹

No sentido de tornar o SUS uma rede de ensino-aprendizagem na prática do trabalho, algumas das estratégias implementadas incluíram: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Programa Aprender SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.¹²

Ainda neste contexto de buscar meios para melhor atender as necessidades da população, em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família, para que toda a família fosse atendida, do recém-nascido ao idoso. O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde e o documento que define as bases do programa destaca que ao contrário do modelo tradicional, o qual era centrado na doença e no hospital, o PSF apresentou proposta de priorizar as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.¹³ No entanto, embora o PSF

tenha se apresentado como um modelo reestruturador, verifica-se que ainda existe reprodução de métodos tradicionais.¹⁴

A Odontologia foi incluída somente em 2001 no PSF e, a partir daí os conceitos de universalidade e integralidade tornaram-se concretos. Aerts *et al.*⁵ (2003), estudaram a importância da inclusão do Cirurgião-Dentista no Sistema Único de Saúde com base nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, e Políticas Públicas e concluiu-se que o Cirurgião-Dentista atua entre a prevenção e a cura, juntamente com equipes multidisciplinares e intersetoriais, sendo de suma importância em prol da saúde bucal dos brasileiros, além de que com a inserção da saúde bucal no PSF, uma nova perspectiva foi criada para a Odontologia, garantindo atenção integral aos indivíduos e famílias mediante estabelecimento de vínculo territorial.^{3,15}

Tal fato favoreceu a inclusão do Cirurgião-Dentista no atendimento da rede pública por meio do PSF, o que representou maior possibilidade de acesso de milhões de brasileiros ao serviço de saúde bucal, além de trazer o dentista para mais perto da população.¹⁶ Além disso, foram estimulados nas Universidades os projetos de extensão com atividades extramuros que contemplavam a formação e integração do estudante de Odontologia com vivência da realidade social e econômica de sua região para relacioná-la com a responsabilidade do seu trabalho na área, mostrando a importância desta iniciativa da integração do ensino-serviço como tentativa de ampliar as possibilidades de ações em saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos pela população.¹⁷

Parte expressiva da população de baixo poder aquisitivo parece considerar que os problemas bucais e suas sequelas mutiladoras, como por exemplo, a cárie dentária seguida pelas extrações e confecção de próteses, representam uma fatalidade inevitável

ou uma contingência natural ligada também à carência financeira.⁴ O desconhecimento sobre cuidados necessários de higiene bucal também representa um fator a ser considerado, uma vez que a informação não chega a todas as camadas da população da mesma forma e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde.¹⁸

Neste cenário, programas de promoção e prevenção de saúde são de grande valor para estas populações. O grande desafio é promover saúde junto aos grupos sociais mais vulneráveis, cujas prioridades de sobrevivência estabelecem barreiras, que devem ser superadas, para a adoção de hábitos saudáveis em seus ambientes, capazes de tornar as escolhas saudáveis as mais fáceis.¹⁹ Tal fato justifica a necessidade e importância da realização de trabalhos que complementem a ação do sistema público de saúde, como o projeto voluntário objeto deste estudo, haja vista que as referidas populações não recebem assistência odontológica que atenda de forma plena aos princípios de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Estudos como o de Fadel *et al.*²⁰ (2013) confirmam a importância do desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário, uma vez que se trata de um serviço comprometido com a sociedade e alicerçado na liberdade de escolha, o qual busca trazer novos valores e reforçar os existentes na sociedade, para a transformação em um mundo melhor. Já o estudo de Oliveira *et al.*²¹, realizado em 2010, mostrou novamente a importância de aliar prevenção com curativismo no tratamento da saúde. Neste trabalho, os autores relatam o aumento do nível de saúde da população ao atrelar estes dois fatores, fazendo com que tratamentos para doenças sistêmicas, por exemplo, sejam mais bem sucedidos. Já segundo Crippa *et al.*²² (2014), as ações voluntárias na área da saúde, realizadas por pessoas que não buscam retorno financeiro, mas que são levadas pelo sentimento de respeito e amor ao outro, tentando

ajudar este outro na sua melhora ou adesão ao tratamento, é de extrema importância.²² Esses trabalhos representam uma atividade não remunerada prestada por alguém vinculado ou não a uma entidade pública ou filantrópica, visando alcançar objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou assistenciais.²³ Além disso, uma profissão é reconhecida, moral e eticamente, na mesma medida em que se beneficia o conjunto da sociedade e não apenas parcelas privilegiadas no contexto do país, as quais dispõem de recursos financeiros para custear o benefício.²⁴

Diante deste cenário de dificuldades e conhecendo a realidade tupiniquim que determinadas comunidades enfrentam para ter saúde bucal, o terceiro setor cresceu neste ramo, composto por grupos de voluntários de várias regiões do país que se sensibilizam e levam o que está ao seu alcance para centenas de pessoas. Foi assim que surgiu, em 2003, a ideia do Dr. Daniel L. P. Azevedo de criar um programa para atender comunidades de difícil acesso, durante suas férias em Ilhabela, litoral Norte de São Paulo. A primeira escolhida para a realização da 1ª Temporada do Projeto Sorriso Caiçara, foi a Praia de Castelhanos em Ilhabela.

O presente estudo relatou a participação e vivência durante a 5ª temporada do projeto, na qual os 3 módulos foram realizados na comunidade da Praia do Bonete, localizada em Ilha Bela/SP, sendo esta uma região de difícil acesso, o que impossibilita que a população local tenha adequada assistência odontológica. A comunidade não possui visitas regulares de agentes de saúde, observado também por Castro *et al.*²⁵ (2010) em seu estudo em uma comunidade no Rio Grande do Norte, no qual quase 97% da população desta região nunca havia recebido visita de um profissional de saúde bucal.

Foi observado durante o planejamento do projeto que, nesta localidade, há um Cirurgião-Dentista que atende na Unidade de Atendimento

à saúde, na praia do Bonete e faz uma visita mensal, que não é suficiente para atender a toda população da ilha, e os procedimentos realizados são de extração dentária ou restaurações em amálgama.

O Ministério da Saúde preconiza que o indivíduo, para obter uma saúde bucal favorável, deve visitar regularmente o dentista e que o acesso deve ocorrer próximo ao local de moradia, no caso de Bonete não há na prática estes princípios, tornando a saúde bucal desfavorável.

Assim, a existência de grande demanda reprimida e necessidades acumuladas, entre outros motivos, impede que o modelo tradicional de atendimento seja substituído totalmente por aquele centrado nos princípios e diretrizes do SUS, já que os procedimentos curativos continuam sendo predominantes. Por outro lado, o projeto voluntário deixa evidente que, tanto o profissional que atua como voluntário como o indivíduo que recebe a atenção deste, beneficiam-se com a troca, independentemente da condição social, cultural ou de saúde existente.

CONCLUSÃO

Deste modo, pode-se concluir que:

- Há locais no Brasil que apresentam limitada assistência odontológica;
- O Projeto Sorriso Caiçara em sua 5ª Temporada foi bem-sucedido, confirmando a importância do trabalho voluntário de atenção à saúde bucal;
- A vivência que o voluntariado adquire ao atuar na assistência à saúde bucal coletiva potencializa o desenvolvimento das ações, proporcionando à comunidade uma atenção odontológica de qualidade, e, para o profissional, uma prática mais resolutiva.

REFERÊNCIAS

1. Alves LA, Freires IA, Braga CC, Castro RD. Integração Ensino-serviço: Experiência exitosa na Atenção Odontológica à comunidade. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2012; 16(2):235-8.
2. Lazeris AM, Calvo MCM, Regis Filho GI. A formação de recursos humanos em odontologia e as exigências do setor público- uma contribuição para serviços de saúde públicos e de qualidade. *Rev Odonto Ciência*. 2007; 22(56):166-76.
3. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). *Rev Odonto Ciência*. 2007; 22(55):48-54.
4. Pereira SM, Mialhe FL, Pereira LJ, Soares MF, Tagliaferro EPS, Meneghim MC et al. Extensão universitária e trabalho voluntário na formação do acadêmico em odontologia. *Arq Odontol*. 2011; 47(2):95-103.
5. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do Cirurgião-Dentista no Sistema Único de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):131-8.
6. Leal RB, Tomita NE. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):155-60.
7. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2):241-6.
8. Freitas CHSM, Lemos GA, Pessoa TRRF, Araujo MF, Forte FDS. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. *Saúde Debate*. 2016; 40(108):131-43.

9. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(3):356-62.
10. Junqueira CR, Junqueira SR, Almeida FCS, Zilbovicius C, Araujo ME, Ramos DLP. A formação Humanística, Social e Ética do Graduando em Odontologia. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2011; 14(4):25-36.
11. Ellery AEL, Bosí MLM, Loiola FA. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde Soc.* 2013; 22(1):187-98.
12. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Integração "ensino-serviço" no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. *Comunic Saúde Educ.* 2011; 15(39):1053-67.
13. Andrade KLC e Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(1):123-30.
14. Almeida GCM e Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(9):2131-40.
15. Chaves MC, Miranda AS. Discursos de Cirurgiões-Dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de hábitos na Saúde Pública. *Comunic, Saúde, Educ.* 2008; 12(24):153-67.
16. Pinheiro PM e Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Comunic, Saúde, Educ.* 2011; 15(36):187-98.
17. Toassi RFC, Davoglio RS, Lemos VMA. Integração Ensino-Serviço-Comunidade: O estágio na atenção básica da graduação em Odontologia. *Educação em Revista.* 2012; 28(4):223-42.
18. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1):121-30.
19. Scharf D, Oliveira MF, Oliveira A, Schlindwein CH, Rastelli MCS, Andrade ICGB. Odontologia itinerante na extensão universitária: FURBMóvel – promovendo saúde bucal e cidadania. *Rev Bras Extensão Universitária.* 2016; 7(1):37-42.
20. Fadel CB, Bordin D, Kuhn E, Martins LD. O impacto da extensão universitária sobre a formação acadêmica em Odontologia. *Comunicação Saúde Educação.* 2013; 17(47):937-46.
21. Oliveira AG, Reis SMAS, Paula AR, Carvalho TA. A integração da Odontologia no programa de assistência domiciliar (PAD): uma retrospectiva. Em extensão. 2010; 9(1):154-62.
22. Crippa A, Isidoro T, Feijó AGS. Voluntariado e Saúde. *Rev da AMRIGS.* 2014; 58(3):247-51.
23. Castilho LS, Kassim HÁ, Pacheco AR, Resende VLS. O trabalho voluntário e a educação do Cirurgião-Dentista: a experiência de um projeto de extensão odontológico. Em Extensão. 2014; 13(2):162-70.
24. Campostrini VL, Carvalho RB, Santos-Daroz CBS, Daroz LGD, Sarcinelli A, Batitucci R. Formação profissional em odontologia: contribuição do programa atendimento à saúde bucal para a população de baixa renda -Vitória-ES. *Rev Extensão Guará.* 2015; 1(3):39-49.
25. Castro RD, Oliveira AGRC, Araújo IA. Estudo da acessibilidade organizacional aos serviços de Saúde Bucal de um município de pequeno porte do Nordeste brasileiro. *Rev Brasileira de Ciências da Saúde.* 2010; 14(4):65-76.