



FACULDADE DE SETE LAGOAS

Pós Graduação

Laynara do Carmo Celestino

**BRASIL SORRIDENTE: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
BUCAL**

Sete Lagoas/MG

2020

Laynara do Carmo Celestino

**BRASIL SORRIDENTE: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
BUCAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Pós Graduação em Saúde Coletiva e da
Família, como requisito para conclusão do
curso.

Orientador: Professor Dr. Orozimbo
Henriques Campos Neto

Sete Lagoas/MG

2020

BRASIL SORRIDENTE: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
BUCAL

Laynara do Carmo Celestino

Pós Graduanda da Especialização em Saúde Coletiva e da Família pela Faculdade de
Sete Lagoas

Bacharel em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Telefone: (31) 98499-2545; E-mail: laynara.dj@hotmail.com

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma conquista dos brasileiros. Todavia, a assistência odontológica não acompanhou de imediato a reforma sanitária brasileira que criou um novo sistema de saúde. Até o início dos anos 2000, centrou-se em ações curativas e preventivas para pequenos grupos, sem uma Política Nacional de Saúde Bucal organizada. A Portaria N° 1444/2000 estabelecia incentivo financeiro para a saúde bucal prestada pelo antigo Programa de Saúde da Família (PSF). Apesar do incentivo, a saúde bucal dos brasileiros revelada no levantamento “SB-Brasil 2003”, realizado pelo Ministério da Saúde, reforçou a necessidade de intervenção imediata na política pública em saúde bucal. O resultado das articulações levou a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente no ano de 2004. A política reforçava a importância das ações educativas de promoção e prevenção, além de adotar: fluoretação das águas de abastecimento, criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Este estudo objetiva compreender o histórico da assistência odontológica no SUS e conhecer a cobertura de Equipes de Saúde Bucal com ênfase no Estado de Minas Gerais, na Região de Saúde de Guanhães. Para este estudo, além da revisão da literatura, foram coletados dados da cobertura populacional no sítio e-Gestor e DATASUS, ambos do Ministério da Saúde. A busca revelou que mesmo após 15 anos da PNSB, pouco mais de 50% da população brasileira possui acesso à equipe de saúde bucal (ESB). Em Minas Gerais, essa cobertura é de aproximadamente 60%. Diante disso, observa-se que embora a PNSB tenha sido um grande avanço na organização da saúde bucal na Atenção Básica (AB), ainda precisa se tornar realidade na vida de milhões de brasileiros.

Palavras chave: Saúde Bucal. Serviços de Saúde Bucal. Cobertura Efetiva de Serviços de Saúde. Atenção Básica. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) was an achievement of Brazilians. However, dental care did not immediately follow the Brazilian health reform that created a new health system. Until the early 2000s, it focused on curative and preventive actions for small groups, without an organized National Oral Health Policy. Ordinance No. 1444/2000 established a financial incentive for oral health provided by the former Family Health Program (PSF). Despite the incentive, the oral health of Brazilians revealed in the survey “SB-Brasil 2003”, carried out by the Ministry of Health, reinforced the need for immediate intervention in public oral health policy. The result of the articulations led to the implantation of the National Oral Health Policy (PNSB) - Smiling Brazil in 2004. The policy reinforced the importance of educational actions for promotion and prevention, in addition to adopting: fluoridation of water supply, creation of a Center Dental Specialties (CEO) and Regional Dental Prosthesis Laboratories (LRPD). This study aims to understand the history of dental care in SUS and to know the coverage of Oral Health Teams with emphasis on the State of Minas Gerais. For this study, in addition to the literature review, data on population coverage were collected on the e-Gestor and DATASUS websites, both from the Ministry of Health. The search revealed that even after 15 years of PNSB, just over 50% of the Brazilian population has access to the oral health team (ESB). In Minas Gerais, this coverage is approximately 60%. Therefore, it is observed that although the PNSB has been a major advance in the organization of oral health in Primary Care (AB), it still needs to become a reality in the lives of millions of Brazilians.

Keywords: Oral Health. Dental Health Services. Effective Coverage of Health Services. Primary Care. Unified Health System

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde no setor público brasileiro nem sempre foi da forma que conhecemos. O Brasil evoluiu, graças a movimentos populares, de um sistema supressivo, que amparava somente trabalhadores que contribuíssem com o sistema de seguro social, para um sistema universal: o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8.080 de setembro de 1990. A saúde é então colocada como um direito de todos os brasileiros e um dever do Estado, garantido pela Constituição Federal de 1988 (CAYETANO *et al.*, 2019; BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

O direito à saúde foi colocado em prática por meio da criação do SUS, que tem como princípios doutrinários a Universalidade, Integralidade e Equidade e como princípios organizativos a Regionalização, Participação da comunidade e a Hierarquização (BRASIL, 1990). O SUS fez com que muito se avançasse na assistência à saúde da população. Entretanto, a saúde bucal se manteve por muito tempo a margem das políticas públicas de saúde.

A 1.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1986 discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e afirmou a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 2005).

Embora a 2.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1993 indicasse as características de “um novo modelo de atenção em saúde bucal” e dos recursos humanos necessários, propondo formas para o financiamento e o controle social, os delegados alertaram para a possibilidade de não se concretizar as proposições apresentadas, o que deveria ser revertido com muita luta para que a saúde bucal fosse incluída entre as ações de saúde (BRASIL, 2005).

Mesmo que em 2000, por meio da Portaria N^o1.444, o Ministério da Saúde já houvesse determinado o incentivo financeiro às Equipes de Saúde Bucal (ESB), no então Programa Saúde da Família, atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), somente após o levantamento epidemiológico SB Brasil em 2003, que apontou uma grave situação na área da Saúde Bucal no país, que aconteceu a formulação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a ampliação do acesso da população brasileira às ações de odontologia.

Apenas a partir da criação do Programa “Brasil Sorridente” que começa a se modificar o modelo assistencial apenas curativo e mutilador, de alto custo, baixa cobertura e impacto epidemiológico, com exclusão de uma parcela significativa da população das ações, para medidas que visam garantir a promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos indivíduos, conforme os princípios do SUS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, [s.d.]).

A política passou a promover linhas de financiamento para a criação de novas equipes de saúde bucal, ampliação e qualificação da atenção especializada e fluoretação da água de abastecimento em estações de tratamento para abastecimento público (CAYETANO *et al*, 2019). De acordo com o que foi exposto por Kornis (2011), quanto maior o aporte financeiro direcionado à PNSB, maior é o acesso da população à atenção a saúde bucal. Ainda segundo o autor, o lançamento da PNSB em 2004 deu abertura para o financiamento e o incentivo de ações em saúde bucal também de média complexidade. A criação e o financiamento do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) vieram como um reforço capaz de contribuir na mudança do cenário odontológico brasileiro.

Com esse estudo busca-se compreender o histórico e o desenvolvimento da política de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da implantação da PNSB – Brasil Sorridente, em 2004. Também se busca conhecer a cobertura populacional de ESBs na Atenção Básica em Saúde no Brasil, com ênfase no Estado de Minas Gerais, na Região de Saúde de Guanhães.

REFERENCIAL TEÓRICO

Nas últimas cinco décadas do século XX, a organização das ações de Saúde Bucal foi voltada para a população escolar, por meio de atendimentos clínicos e preventivos e para o atendimento às gestantes e aos adultos, caracterizados pela realização de procedimentos curativos-mutiladores, e uma atenção centrada na doença e na ação profissional (ANDRAUS, 2017).

A criação do SUS em 1990 e a implantação da ESF em 1994 foram um grande diferencial no modelo de atenção em saúde. A incorporação da Saúde Bucal na ESF foi proposta pelo Ministério da Saúde, por meio Portaria nº 1444 de 28 de dezembro de 2000, e regulamentada em 6 de março de 2001, pela Portaria nº 267 (ANDRAUS, 2017).

A Portaria nº 1444 foi um grande avanço para a assistência odontológica no setor público, porém a mesma não estabelecia metas e outras estratégias com potencial para mudar o modelo de atenção (ANDRAUS, 2017). Por meio desta publicação foram criadas duas modalidades de ESB: (i) a modalidade tipo I para ESB composta por um profissional Cirurgião Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), ambos com jornada de trabalho de 40 horas semanais; (ii) modalidade tipo II, uma ESB composta por um profissional CD, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB), todos com jornada de trabalho de 40 horas semanais (BRASIL, 2000).

Em 2003, o levantamento epidemiológico realizado em nível nacional pelo Ministério da Saúde (SB-Brasil 2003), revelou uma situação epidemiológica preocupante que reforçou a urgência na inserção da Saúde Bucal na agenda de políticas públicas (ANDRAUS, 2017). Frente às demandas sociais e à recente conclusão do levantamento, que revelou mais de 30 milhões de desdentados no País, iniciou-se um processo de discussão e articulações intersetoriais nas esferas de governo, ações integradas da sociedade civil e movimentos populares, no qual cerca de 90 mil pessoas participaram diretamente da consecução das etapas municipal, estadual e nacional da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal. O propósito era a construção de um Plano Nacional de Saúde que refletisse os reais anseios da população sobre suas condições de vida e saúde, em que a atenção odontológica devesse estar inserida como uma das prioridades nacionais relacionadas ao setor Saúde (BRASIL, 2005).

A consolidação da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde veio por meio da publicação das diretrizes da PNSB, em 2004, o projeto “Brasil Sorridente”. Este documento apresentou os princípios e os pressupostos para a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços ofertados, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do SUS (BARBOSA, 2018).

As diretrizes da PNSB levaram a uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. O conceito do cuidado foi o eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — incorporando as ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2004).

Nos anos que se seguiram após a implantação da PNSB, uma série de Portarias, voltadas para a regulamentação da saúde bucal, foram publicadas com o intuito de dar continuidade à reestruturação e aos avanços financeiros dos serviços odontológicos na atenção básica do SUS (LAMY, 2014).

Lamy (2014) expôs que a implantação e expansão da saúde bucal na ESF deveria ser acompanhada pelo Conselho de Saúde e com base em práticas democráticas de gestão, para que a política pudesse contribuir de fato na organização da atenção à saúde e construção do SUS.

Após a implantação da PNSB é perceptível a expansão dos serviços e a expressiva ampliação do número de ESBs pelo país. Entretanto, apesar da expansão dos serviços de Saúde Bucal, em especial na atenção básica e na ESF, os brasileiros ainda convivem com dificuldades no acesso à assistência odontológica (ANDRAUS, 2017).

METODOLOGIA

Para a realização desse trabalho foi realizada uma revisão de literatura, com pesquisa em bases de dados tais como: Bireme, Lilacs e Scielo. A busca envolveu artigos no idioma português, publicados de 2011 até o momento, com o objetivo de realizar comparação das informações encontradas. Os descritores em saúde foram: Saúde Bucal, Serviços de Saúde Bucal, Cobertura Efetiva de Serviços de Saúde, Atenção Básica, Sistema Único de Saúde.

Para apresentar a cobertura populacional das ESBs, foi utilizada a plataforma WEB e-Gestor AB. Nesta plataforma ocorre a centralização dos acessos e perfis dos sistemas da Atenção Básica - AB, bem como aglutinação de informações próprias para os gestores estaduais e municipais (BRASIL, 2017). Os dados gerados são oriundos do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O dado Cobertura Saúde Bucal (SB) AB refere-se à cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal na Atenção Básica, dada pelo percentual da população coberta por ESBs vinculadas às equipes de ESF e por equipes de Saúde Bucal equivalentes e parametrizadas na Atenção Básica tradicional em relação à estimativa populacional. Os Relatórios Públicos disponíveis no e-Gestor consideram o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe. Para a análise da cobertura e efeito de comparação, foram usados dados referentes ao mês de Julho de 2007 e Abril de 2020 por serem, respectivamente, os mais antigos e os mais atuais no sistema.

Serão apresentadas informações referentes ao Brasil e ao Estado de Minas Gerais, com ênfase na Região de Saúde de Guanhães, por motivo de vivência profissional da pesquisadora em um dos municípios da referida região.

Usou-se ainda o sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) para a obtenção de dados. A coleta foi realizada por meio de busca no DATASUS na opção Rede Assistencial. A referência foi o mês de abril de 2020 e foram incluídos os nove municípios da região de saúde de Guanhães.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Estado de Minas Gerais está situado na região sudeste e possui uma estimativa de mais de 21 milhões de habitantes para o ano 2020, distribuídos em 853 municípios (IBGE, 2020). No leste do Estado encontra-se a Região de Saúde de Guanhães, que é composta por nove municípios, com uma população de 93.123 habitantes. Em Julho de 2007, segundo dados dos Relatórios Públicos disponíveis na plataforma e-Gestor AB, a região de Guanhães possuía pouco mais de 33% da população coberta por ESBs. O cenário encontrado em abril de 2020 revela que 90.491 habitantes, cerca de 97,17%, têm acesso a uma ESB (Tabela 1). Diferentemente do dado encontrado no Estado, que possui cobertura de aproximadamente 61%, a Microrregião de Guanhães apresenta uma boa acessibilidade ao atendimento odontológico no SUS.

Tabela 1. Equipes de Saúde Bucal por modalidade (I e II) nos município da Região de Saúde de Guanhães.

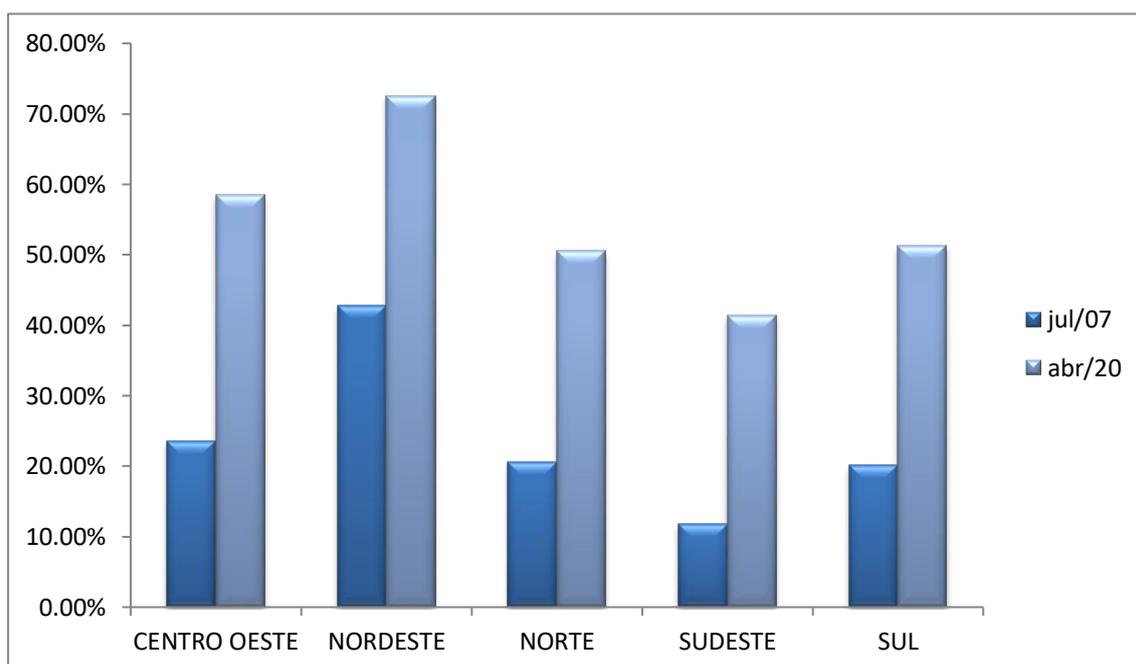
MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	ESB M I	ESB M II
Carmésia	2.632	-	-
Dom Joaquim	4.195	2	-
Dores de Guanhães	5.169	1	-
Guanhães	34.319	11	-
Materlândia	4.459	2	-
Rio Vermelho	12.846	3	1
Sabinópolis	15.470	4	-
Senhora do Porto	3.523	1	1
Virginópolis	10.510	3	1
TOTAL	93.123	27	3

Fonte: DATASUS, 2020

Os dados obtidos no site e-Gestor revelam ainda que a cobertura de ESB no Brasil vinculadas à Atenção Básica é de pouco mais de 53%. A região que apresenta maior cobertura é a região Nordeste, com 72% de Equipes de Saúde Bucal vinculadas à Atenção Básica e a região com menor cobertura é a região Sudeste, com aproximadamente 41% de cobertura (Gráfico 1). Mesmo que ao longo dos anos

inúmeras estratégias fizessem com que o país estruturasse uma rede de saúde bucal articulada ao sistema, a baixa cobertura pode se justificar pela dificuldade da gestão na implantação da ESB e por fatores relativos ao processo de trabalho, como por exemplo, os recursos humanos disponíveis, que podem afetar a entrega dos serviços de saúde bucal (MARTINS et al, 2017; JUNIOR, 2020).

Gráfico 1. Cobertura Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica nas regiões brasileiras em jul/2007 e abr/2020.



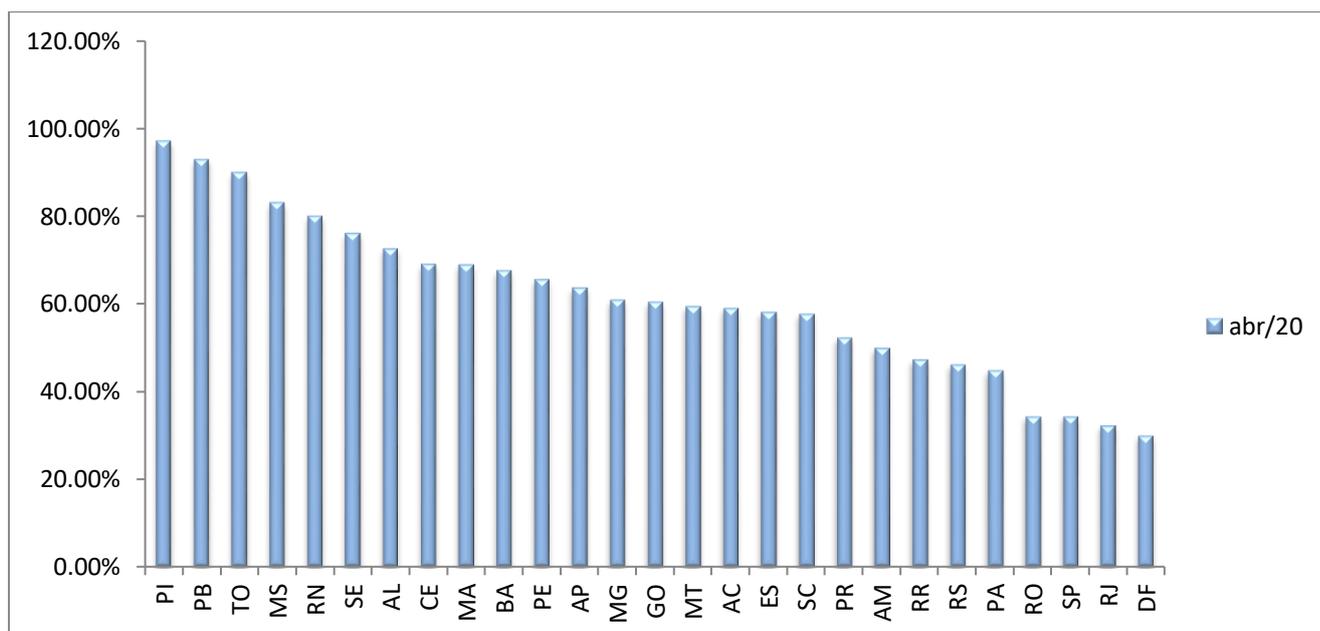
Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2020

Os dados corroboram com os achados de Junior *et al.* (2020) que relataram que a cobertura populacional das ESBs, no Brasil, ampliou mais de 378%, saindo de 9% de cobertura em 2002 para 43% em 2016. A Região Sudeste embora apresente a menor cobertura populacional de ESB, foi a Região que mais ampliou a sua cobertura (833%) entre 2002 e 2016, saindo de 3% para 28%. O Nordeste era a Região que apresentava maior cobertura populacional com 70%.

Entretanto, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que mesmo apresentando um considerável aumento quando comparado a 2013 (44,4%), o percentual de pessoas que realizaram consultas odontológicas nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista não chegou à metade da população, com 49,4%. As Regiões Norte e Nordeste

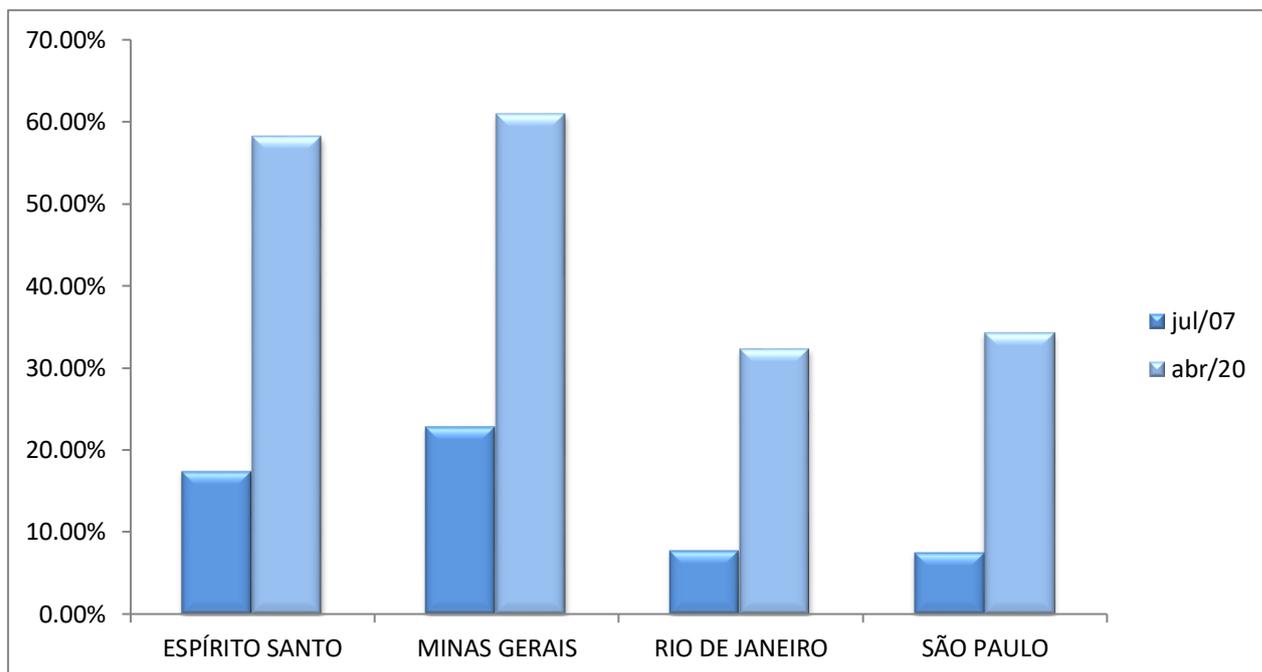
apresentaram as menores proporções de pessoas que efetuaram tal consulta (40,8% e 43,3%, respectivamente), enquanto as Regiões Sul e Sudeste, as maiores (55,8% e 53,0%). Essa realidade pode ser justificada pela baixa e desigual cobertura populacional de ESBs existente no país e relatada neste trabalho.

Gráfico 2. Cobertura de Equipes Saúde Bucal na Atenção Básica por estado brasileiro em abr/2020.



Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2020

Gráfico 3. Cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica nos estados da região sudeste em jul/2007 e abr/2020.



Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2020

De acordo com MARTINS *et al.* (2017), cerca de 31% de UBS no Brasil não apresentaram serviços de saúde bucal, por não possuírem equipes de SB. A implantação de ESB na Atenção Básica em Saúde, bem como a implantação dos CEOs e dos LRPDs foram formas importantes de se atingir o princípio da integralidade da atenção ampliando o acesso e a cobertura em saúde bucal (JUNIOR *et al.*, 2020).

Muitos avanços já foram sentidos desde a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, entretanto o acesso aos serviços ainda não atinge uma grande parte da população, que se encontra descoberta dos serviços públicos odontológicos. Essa população acaba recorrendo a serviços privados ou permanecem doentes e mutilados (JUNIOR *et al.*, 2020). Embora com pouco mais de 15 anos de implantação da PNSB, o serviço de saúde bucal não acompanhou os serviços da atenção básica, mesmo sendo algo inseparável e pertencente à saúde humana, não podendo ser ignorada ou excluída do cuidado aos indivíduos (MARTINS *et al.*, 2017).

As necessidades e lacunas encontradas devem servir de estímulo para que a PNSB avance na direção dos que mais precisam (JUNIOR *et al.*, 2020). Ainda é preciso

investir na reorganização da PNAB, a fim de buscar a inclusão da saúde bucal como parte mínima da equipe, uma vez que o papel do profissional de saúde bucal é imprescindível nesse cuidado (MARTINS *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência odontológica no setor público brasileiro é uma política pioneira. Foi conquistada por meio de muito esforço e participação popular para que a saúde bucal passasse a ser vista como parte integrante da saúde dos indivíduos e, dessa forma, uma necessidade de extrema relevância no SUS.

A criação da PNSB – com a garantia de acesso gratuito ao atendimento odontológico, fluoretação da água de abastecimento, criação do CEO e do LRPD garantindo a integralidade do cuidado –, foi uma grande conquista dos brasileiros.

Entretanto, mesmo após mais de 15 anos de Brasil Sorridente a cobertura populacional das equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica em Saúde, além de ser distribuída de forma desigual entre as regiões do Brasil, atinge pouco mais da metade da população.

Esse fato nos leva à reflexão de que embora tenha sido um grande avanço na reorientação da saúde bucal no SUS, o “Brasil Sorridente” necessita de melhorias para se tornar realidade na vida de milhões de brasileiros ainda desassistidos, seja pela falta de incentivo profissional, seja pelo subfinanciamento presente no sistema como um todo ou por dificuldades encontradas no que diz respeito à gestão do setor.

O resultado apresentado neste trabalho poderá se estender além dos limites acadêmicos e ser levado como uma oportunidade de contribuir no incentivo de ampliação das ESBs na Atenção Básica em Saúde, visando o cumprimento do princípio doutrinário do SUS da Universalidade, que determina que as ações e serviços de saúde sejam acessíveis à toda comunidade. Esse avanço como apontam Júnior *et al* (2020) demanda um grande investimento financeiro e compromisso de seus gestores com uma saúde bucal de qualidade, universal e gratuita para todos os brasileiros

REFERÊNCIAS

ANDRAUS, S. H. C.. Dificuldades de organização das ações de saúde bucal na atenção básica em uma microrregião: a percepção de gestores e cirurgiões dentistas. Belo Horizonte; s.n; 2017. 103 p., disponível em <<http://hdl.handle.net/1843/ODON-AZWKHL>> Acesso em 01/09/2020.

BARBOSA, G. S.. Avaliação da qualidade da gestão dos serviços de saúde bucal na atenção básica: uma avaliação das dimensões atuação intersetorial, infraestrutura, recursos humanos e participação popular. Belo Horizonte; s.n; 2018. 167 p., Disponível em < <http://hdl.handle.net/1843/ODON-BBGJNT>> Acesso em 01/09/2020.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Portaria n.º 1444/GM em 28 de dezembro de 2000. Brasília, dez 2000. Seção 1, p. 85. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004 – Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Brasília, n. 119, mar. 2001. Seção 1, p.67

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Brasil Sorridente Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente>>. Acesso em: 16 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) - 2017 Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>>. Acesso em: 10 de maio de 2020.

CAYETANO, M. H.; CAMPOS DE ALMEIDA CARRER, F.; GABRIEL, M.; CARNEIRO MARTINS, F.; PUCCA JR, G. A. Política nacional de saúde bucal brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro. **Univ. odontol** ; 38(80): 1-23, 2019.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Ministério da Saúde. 2008. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

IBGE. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro, 2020.

JUNIOR, G. A. P.; GABRIEL, M.; CARRER, F. C. A.; JUNIOR, M. P.; LUCENA E. H. G.; MELO, N. S.. Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 14(1), 29-43, mar, 2020. Epub Mai/2020.

KORNIS, George Edward Machado; MAIA, Leila Senna; FORTUNA, Renata Ferraiolo Peixoto. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011.

LAMY, Renata de Lourdes Ribeiro Franco. Indicadores de Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório. 2014. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2014.

MARTINS, P. H. S.; JÚNIOR, O. L. A.; SILVA, D. D. F.; TORRES, L. H. N.; UNFER, B.; GIORDANI, J. M. A. Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. **Stomatos**, Vol. 23, Nº 45, Jul./Dez. 2017.