



## TEXTO PREPARATÓRIO PARA O ABRASCÃO 2018

### SAÚDE BUCAL NO SUS: AVANÇOS, DESAFIOS E AMEAÇAS

**Autores:** Elisete Casoti, Daniela Carcereri, Mônica Villela Gouvêa, Franklin Delano Fortes

#### Localizando o setor no contexto histórico do SUS

A inserção da saúde bucal no SUS foi uma conquista dos brasileiros expressa na I Conferência Nacional de Saúde Bucal (I CNSB). Lá se vão 31 anos desde que entre os dias 10 e 12 de outubro de 1986, realizava-se em Brasília, a I CNSB, como parte integrante da 8ª Conferência Nacional de Saúde. As propostas aprovadas foram tomando forma à medida que o conhecimento técnico-científico na área avançava, o SUS era regulamentado e as ações descentralizadas, a sociedade participava e as forças políticas confluíam para a efetivação da inserção da saúde bucal no SUS.

Entretanto, tanto a inclusão da saúde bucal no modelo de reorientação da APS, adotado pelo Estado em 1994, bem como a elaboração de uma política setorial, foram tardias. Ou seja, passam-se seis anos entre a implantação do PSF e a inclusão da saúde bucal nas equipes e quase duas décadas, desde a I CNSB, para a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal intitulada “Brasil Sorridente” – que constituíram “o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado” (PNSB, 2004).

No mesmo ano da publicação das Diretrizes, o Conselho Nacional de Saúde deliberou pela realização da III CNSB, entendendo a “necessidade de oportunizar a toda população brasileira a análise e participação na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal”. Esta conferência se mostrou estratégica tendo em vista que haviam decorridos mais de 10 anos desde a II CNSB (1993) e, também, frente aos dados de saúde bucal publicados no relatório do “Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira”. Dados que evidenciaram a “grande dívida social na área da saúde bucal, com mais de 30 milhões de desdentados no País”.

A III CNSB, em seu relatório, reafirmou a saúde bucal como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades e indicou que o enfrentamento dos problemas exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes – requer políticas intersetoriais, universalização do acesso, integralidade da atenção e a responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, o compromisso do Estado com o envolvimento das três esferas de governo (Relatório III CNSB).

Portanto, o ano de 2004 pode ser identificado como um marco histórico na organização setorial no Brasil, desde o campo da mobilização social, até o campo da produção técnica governamental, com a elaboração das diretrizes e desdobramentos concretos como a criação de novos serviços de assistência (centros de especialidades odontológicas).

Na sequência, com o objetivo de provocar uma análise sobre os avanços, desafios e ameaças da PNSB no contexto político atual, foram reunidas questões iniciais (a partir de uma revisão não sistemática da produção científica na área) para apoiar o aprofundamento da discussão e fomentar a identificação de possíveis estratégias de enfrentamento.

### 1. Investimento na Vigilância em Saúde Bucal

A realização dos levantamentos nacionais de condições de saúde bucal nos anos 2003 e 2010 permitiu diagnosticar mudanças no cenário epidemiológico das principais doenças bucais. Os dados foram importantes não apenas para reposicionar o Brasil na classificação da OMS de prevalência de cárie para crianças de 12 anos, desconstruindo em parte a “ideia do país dos desdentados”, como também para o reconhecimento da tendência da redução de cárie entre crianças e jovens no país. Os resultados apoiaram ainda a tomada de decisão por investimentos na estruturação de serviços de média complexidade, visando reduzir perdas dentárias em jovens e adultos e reabilitar a parcela de adultos e idosos desdentados - “53,7% dos brasileiros entre 65-74 anos são desdentados e 22,4% entre 35-44 anos já não possuem dentição funcional (menos de 21 dentes presentes na boca)” (CHAVES, et al. 2017).

Visando a prevenção e controle da cárie dentária esforços foram realizados objetivando a manutenção, ampliação e heterocontrole dos sistemas fluoretação da água. A fluoretação da água no Brasil começou em 1953, como um estudo piloto, e hoje compõe a agenda técnica da área de saúde bucal nos âmbitos nacional, estadual e municipal. A inclusão da saúde bucal na APS, junto com a fluoretação das águas de abastecimento público, é uma marca do Brasil (SINGH, 2010). O esforço de ampliação e principalmente do heterocontrole da água de abastecimento, tem sido mantido como ação estratégica de vigilância em saúde, pois estudos comparativos tem mostrado diferenças significativas no ataque de cárie entre grupos populacionais brasileiros com e sem fluoretação (ver referência). Nesse sentido houve articulações intersetoriais entre a Coordenação Geral de SB e a Secretaria de Vigilância em Saúde. Em 2006, por meio da Portaria MS/SAS nº 939, de 21/12/2006 foi constituída a Rede CECOL (Rede de Centros Colaboradores), proposta pelo Comitê Técnico Assessor (CTA) de Vigilância em Saúde Bucal. A rede de Centros Colaboradores credenciados pelo Ministério da Saúde (MS) tem por objetivo apoiar ações de vigilância da saúde bucal desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No final de 2007 haviam sido instalados oito CECOL em universidades brasileiras (CECOL/USP).

### 2. Formulação de um conjunto de medidas, diretrizes e normas que apoiaram a organização das ações de saúde bucal na rede SUS (Portaria 1440/2000; III CNSB/2004; PNSB/2004; PMAQ-AB/2011, 2013 e 2016 e PMAQ- CEO 2016)

A publicação da Portaria 1440/2000, que “estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família”, é apontada como a condição da inclusão dos profissionais de saúde bucal na Saúde da Família, por acenar com recursos para os municípios. O número de equipes tem curva ascendente no período entre 2002 e 2016, com maior expressão entre os anos de 2004 e 2014, quando o país atingiu em torno de 24 mil equipes. Com a ESF, houve expansão da cobertura de saúde bucal, também alimentada por um movimento de substituição de modelo a partir do deslocamento dos profissionais da atenção básica tradicional para a Saúde da Família (Barros et al, 2016).

A publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (tardia em relação a entrada da saúde bucal na Saúde da Família) e a realização da Conferência Nacional de Saúde Bucal, ambas em 2004, foram fundamentais para o desenho e a negociação dos avanços que se apresentaram nos anos seguintes, tanto na garantia de financiamento para a expansão dos serviços de saúde bucal na APS, como para a incorporação de serviços e ações até então ofertadas de forma desorganizada e residual.

O PMAQ, em suas versões para a Atenção Básica e média complexidade, pode também ser considerado um avanço, uma vez que, mesmo que de forma incipiente e verticalizada, apresenta-se como um modelo de avaliação e monitoramento do trabalho da APS. Estudo realizado no Brasil envolvendo 11.374 ESB avaliadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, evidenciou que “entre as equipes de saúde bucal avaliadas em todo o território nacional, 30,49% (3.468/11.374) não realizam um ou mais dos procedimentos odontológicos compilados como desfecho, quais sejam: restaurações de amálgama e resina, exodontias, raspagem, alisamento e polimento periodontal, curativo de demora e drenagem de abscesso dentoalveolar” (Neves, Giordani e Hugo, 2017). Os autores referem que “ buscar

novos territórios conceituais e explorar práticas inovadoras são elementos indispensáveis, mas não suficientes para superar o paradigma hegemônico de atenção odontológica na atenção básica brasileira”.

### **3. Expansão do número de Equipes de SB no modelo ESF, incluindo Equipes para populações específicas (rua, ribeirinhos, pluvial)**

Até o ano de 2017 foram 24.053 equipes de saúde bucal implantadas, um crescimento de aproximadamente 600% em comparação com 2002. Pode-se considerar que parte dessas equipes tenham resultado do deslocamento de trabalhadores que atuavam no modelo tradicional de atenção básica para a ESF, mas o fato não desmerece o avanço devido ao aumento da cobertura pelo modelo SF. Os estudos encontrados não são conclusivos ou consensuais sobre os efeitos comparados dos modelos de atenção tradicional e Saúde da Família. Bulgareli (2014) estudou a efetividade destes modelos em Marília e concluiu que a “USF apresenta maior resolatividade que o modelo UBS com uma diferença de mais de 40% em relação à conclusão de tratamentos odontológicos iniciados”. Outros estudos, como Keller Celeste (2011) que analisou série histórica de procedimentos odontológicos no SUS, concluiu que houve muita variação, mas que “houve um aumento na taxa total de procedimentos” com o incentivo à inclusão da ESB na abordagem de Saúde da Família. Scherer & Scherer (2015) que identificaram avanços na saúde bucal, após uma década de programa Brasil Sorridente, concentrados nas ações educativas, educação permanente, vínculo e responsabilização. Entretanto, é importante considerar a escassez de estudos, em número e abrangência, que possam apoiar melhores conclusões.

### **4. Aumento significativo do aporte financeiro, infraestrutura e novos incentivos para a Média Complexidade**

Kornis (2011) destaca que no “âmbito da atenção à saúde bucal, até fins da década de 90, não existiam linhas específicas de financiamento de origem federal voltadas para esta área de atenção”, cenário que muda com a aprovação da Portaria que de inclusão de incentivos para a implantação das Equipes de SB no então PSF. Chaves (2017) estudou a implementação da Política de SB no Brasil, período de 2003 a 2014, e indicou “uma mudança na resposta do Estado em relação à política de saúde bucal, que saiu de uma posição secundária, passando a assumir destaque e priorização na agenda governamental”. Esse movimento significou um aumento de repasses da união para estados e municípios no período (721,7 milhões em 2014). Destaca-se também a criação dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), dos Laboratórios Regionais de Prótese dentária (LRPD) e do plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as ESB/ESF.

## **Desafios após 14 anos da PNSB**

### **1. Modelo de atenção à saúde bucal**

A disputa permanente entre o modelo biomédico hegemônico, representado pela lógica da odontologia de mercado e o modelo centrado na promoção da saúde pode ser visto como desafio, mas também como uma ameaça – particularmente em contextos inóspitos às políticas públicas de saúde.

Há um consenso, em estudos que avaliaram a saúde na atenção primária no Brasil, sobre a permanência de um modelo de atenção estranho às expectativas do processo de trabalho na Saúde da Família – mesmo naqueles que incluíram municípios que apresentavam os melhores contextos de implementação da PNSB, como o caso de Aquilante & Aciole (2015).

Revisão integrativa sobre publicações relacionadas à inclusão da saúde bucal nas ESF no período de 2004-14, revela que o processo de trabalho foi o segundo tema mais presente (Dalasen et al, 2018). Os autores consideram que “talvez isso possa ser justificado pelas dificuldades que as equipes ainda encontram de operacionalizar “ as práticas recomendadas pela Política Nacional de Saúde Bucal, além do desafio de superar um processo de trabalho marcado desde a sua formação por uma fragmentação focalizada clinicamente, sugerindo a adoção de um modelo de atendimento integral centrado nas necessidades das famílias e das pessoas”.

Chaves (2017), analisando o período de 2003-14, destacou que “o componente do modelo de atenção foi o menos abordado nos três governos, *constituindo-se em lacuna com repercussões nos resultados requerendo adoção de medidas futuras por parte dos gestores*”.

São achados de pesquisas sobre a organização do processo de trabalho das ESB : modelo centrado na doença e procedimento-centrado; resistência e baixo nível de integração com os demais profissionais da ESF; ações intersetoriais fragmentadas e limitadas a palestras e à aplicação de flúor em escolares ou em grupos da comunidade; processo de trabalho caracterizado por ações isoladas com predomínio de atendimentos à demanda não programada e/ou organizada; participação em reuniões de equipe e visita domiciliar não são atividades incorporadas na agenda de trabalho.

## **2. Iniquidades na oferta de serviços e procedimentos**

A despeito do crescimento do investimento financeiro para o setor e do número de serviços de atenção primária e média complexidade em saúde bucal criados nos últimos anos, permanecem iniquidades regionais relativas à prevalência e severidade da doença, onde grupos mais vulneráveis e em pior situação socioeconômica apresentam mais cárie e perda dental, e também iniquidade no acesso aos serviços e procedimentos. Estudo de Fernandes *et al* (2016), indicou que há *uma tendência evolutiva pró-equidade para indicadores de oportunidade de acesso em relação à saúde bucal, mas que “a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais é maior entre as UF pertencentes ao quintil de maior IDH”*.

## **3. Modelos de contratação pessoal nível superior e médio (precarização)**

A ausência de uma política de pessoal para o Sistema Único de Saúde tem permitido a convivência de múltiplas formas de contratação, que incluem contratos baseados na informalidade, contratos precários ou contratos via organizações sociais. Quanto mais instável e precária é a forma de contratação, maiores são os prejuízos para o Sistema. As diferentes formas incidem diretamente sobre o tempo médio de permanência do profissional nas Equipes/Unidades, no vínculo com a população adscrita e na qualidade do atendimento prestado à população usuária.

Rizzoto *et al* ao estudar a composição e gestão da força de trabalho na Atenção Básica no Paraná por meio do PMAQ-AB, entre julho e setembro de 2012 encontraram os seguintes resultados: “predominância (59,9%) de trabalhadores, cuja exigência de formação é o ensino fundamental ou médio. Entre os profissionais de nível superior que participaram da avaliação externa, 76% atuam há cinco anos ou menos; 82,7% ingressaram por concurso público; é quase nula a participação/utilização de mecanismos de ensino/atualização a distância, evidenciando a necessidade de ações voltadas ao fortalecimento de políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde no estado”.

## **4. Formação de pessoal**

Ainda que, desde a Constituição de 1988, seja de responsabilidade do SUS o ordenamento da formação de pessoal para o setor saúde, o modelo biomédico continua pautando de forma hegemônica ações e atividades formativas.

A formação em nível de graduação continua operando de forma tradicional, a despeito do alinhamento entre Diretrizes Curriculares Nacionais e os preceitos do SUS e de um conjunto de iniciativas governamentais para tensionar o modelo biomédico de formação (Pro-saúde; Pet saúde; entre outras). A formação representa ainda nó crítico para a implementação da PNSB. A distância entre a formação e os desafios do processo de trabalho no sistema público de saúde, impacta diretamente na qualidade do processo de trabalho empreendido, seja na assistência ou na gestão setorial.

A incipiente formação dos gestores, que muitas vezes não possuem conhecimentos necessários para planejar e apoiar as equipes e serviços, tem sido apontada como um dos elementos associado à dificuldade de implantação do modelo de atenção em saúde bucal na APS e da organização e gestão de serviços em rede, Estudos como de Andraus *et al* (2017), em *municípios de uma região mineira, concluíram que a “gestão do planejamento e do processo de trabalho dos serviços de Saúde Bucal caracteriza-se por ações isoladas, baixo apoio institucional e processos autoritários verticalizados.”*

## 5. Participação social

A sustentabilidade de uma política pública depende, dentre outros fatores, da agenda prioritária do governo e da sua institucionalidade, mas também do reconhecimento e da defesa desta política pelos usuários. Vargas (2018), em entrevista ao Observatório de Análise Política em Saúde, aponta para a burocratização dos espaços de participação social construídos pelo Setor Saúde e a necessidade de “investir em participação social de verdade, em movimentos sociais, [em] uma base social de apoio”. E acrescenta: “se essa base ruiu há algum tempo, que ela seja reconstruída (...), que possamos trazer para o centro do debate os interesses da população”.

No Brasil, o acesso a serviços e ações públicas de saúde bucal foi residual e precário até os anos 2000, quando houve a expansão do modelo Saúde da Família – carecendo, portanto, de uma memória coletiva de acesso e resolutividade. Ainda que a PNSB tenha sido referendada na III CNS, a participação dos usuários no macro e na micropolítica da organização dos serviços é incipiente. O estudo de Andraus *et al*, 2017, não identificou formas significativas de participação dos usuários e controle social, nas cidades pesquisadas.

### Ameaças do contexto político atual

#### 1. Sustentabilidade das EqSB no modelo ESF, face a revisão da PNAB

Com a publicação da revisão da PNAB em 2017, criam-se duas modalidades de Equipes para operar a APS, as Equipes de Saúde da Família (EqSF), inscritas como modelo prioritário, mas também as Equipes de Atenção Básica (EqAB). Esta mudança pode constituir ameaça, pelos seguintes aspectos:

a) *substituição das EqSB da ESF para as de AB* - os incentivos têm grande influência na adesão e implantação de modelos de gestão, ações e serviços de saúde. O histórico da expansão do número de EqSB implantadas no âmbito da ESF pós incentivo é um bom exemplo deste poder o qual levou os gestores a operar novas contratações e também migrações de profissionais do modelo de SB tradicional para a ESF.

A possibilidade de formalizar também **na Atenção Básica tradicional equipes** com incentivo previsto (ainda não claramente definido) e com **flexibilização total de carga horária (CH)** (mínimo de 10 horas semanais e até 3 profissionais por categoria numa Equipe), há a ameaça de rápido retrocesso. Com a pleora de dentistas no mercado, será ainda mais fácil precarizar os contratos trabalhistas, atendendo aos inúmeros pedidos de emprego e retomando radicalmente a antiga e tradicional forma de organização da assistência. Riscos como o sucateamento dos serviços, substituição em larga escala das EqSB da ESF para as de AB, baixos salários e regime de trabalho não adequado estão na rota das mudanças.

b) *retrocesso no incipiente avanço do modelo de saúde bucal na APS* – a operacionalização do modelo de atenção baseado na vigilância em saúde, com território definido, população adscrita e trabalho em equipe é centro permanente de tensão e disputa com o modelo biomédico tradicional, expresso no cotidiano do funcionamento das equipes. Com o reconhecimento legal da modalidade **EqSB da AB**, com até 3 profissionais por categoria, corre-se o risco de reafirmação do modelo *procedimento centrado*, de livre demanda e isolado. Tal quadro deve ser considerado diante das indicações da nova PNAB em relação a uma potencial redução do número de Agentes Comunitários de Saúde, trabalhadores essenciais no estabelecimento de vínculo entre Unidade e território.

#### 2. O aporte de recursos financeiros para a expansão do número de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e serviços de média complexidade

A maior expansão de serviços de SB se deu entre os anos de 2003-06, não se mantendo no decorrer dos anos seguintes. Chaves (2017) identificou esse movimento como “perda de fôlego” na ampliação da política (exceção feita ao aumento da oferta de próteses pelo serviço público).



Com o congelamento dos recursos para a saúde, não há dúvida sobre o processo de desfinanciamento federal. Considerando que a política de saúde bucal é mais nova e ainda carece de apoio social, é possível vislumbrar economias dos gestores municipais com cortes de equipes, ou parte delas. Aumentar a relação de EqSF por EqSB e mudar as equipes de modalidade II para I, demitindo os TSB, são algumas das medidas que já apresentam.

A ameaça, vai desde a descontinuidade do acesso e da oferta de ações para populações até então cobertas, até o sucateamento dos serviços com piora significativa da qualidade da atenção primária. Neste cenário, a tendência é retroceder na APS e dismantelar a insuficiente rede de média complexidade, conforme já indicado por Kornis (2011), pois os CEO e os LRPD têm um custeio (federal) mensal condicionado a uma produção mínima de ações de média complexidade.

### Referências citadas ou consultadas

- ANDRAUS, Sílvia Helena Campos et al . Organization of oral health actions in primary care from the perspective of dental managers and dentists: process of work, planning and social control. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.**, Campinas , v. 65, n. 4, p. 335-343, Dec. 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-86372017000400335&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372017000400335&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Mar.
- AQUILANTE, Aline Guerra; ACIOLE, Geovani Gurgel. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 239-248, Jan. 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000100239&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100239&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Mar. 2018.
- BARROS, Sandra Garrido de, et al. Atenção primária e saúde bucal as evidências de sua implementação no Brasil. In: CHAVES, Sônia Cristina Lima. (org) **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador : EDUFBA , 2016. p. 173-202.
- BULGARELI, Jaqueline et al . A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 383-391, Feb. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200383&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200383&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.20102012>.
- CECOL/USP. Disponível em: <http://www.cecol.fsp.usp.br/paginas/mostrar/33> Acesso em 01 de março de 2018.
- CHAVES, Sônia Cristina Lima et al . Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1791-1803, June 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002601791&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601791&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Feb. 2018.
- DALAZEN, Chaiane Emilia; DE-CARLI, Alessandro Diogo; MOYSES, Samuel Jorje. Oral Health in the Family Health Strategy: analysis of articles published in the period 2004-2014. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 325-338, Jan. 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000100325&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100325&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Mar. 2018.
- KELLER CELESTE, Roger, et al. Séries de procedimentos odontológicos realizadas nos serviços públicos brasileiros, 1994-2007. **Ciência & Saúde Coletiva** [en línea] 2011, 16 (Noviembre-Sin mes) : [Fecha de consulta: 28 de febrero de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020978025>>
- 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 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100012&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Feb. 2018.

MATTOS, Grazielle Christine Maciel et al . A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 373-382, fev. 2014 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200373&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200373&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 fev. 2018.

NEVES, M., GIORDANI, JMA, HUGO, FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: Processo de trabalho das equipes de saúde bucal.. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2017/Set). [Citado em 02/03/2018]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atencao-primaria-a-saude-bucal-no-brasil-processo-de-trabalho-das-equipes-de-saude-bucal/16373?id=16373>

RIZOTTO et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Revista Saúde em Debate*, v. 38, n. especial, p.. 237-251, out 2014.

SCHERER, Charleni Inês; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 49, 98, 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100411&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100411&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Feb. 2018.

SINGH A. Oral health policies in developing countries. **J Public Health Policy** 2010; 31(4):498-499.

