

# Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil

**Paulo Henrique Silva Martins**  
**Orlando Luiz do Amaral Júnior**  
**Daniel Demétrio Faustino-Silva**  
**Luísa Helena do Nascimento Torres**  
**Beatriz Unfer**  
**Jessye Melgarejo do Amaral Giordani**

## RESUMO

**Objetivo:** o objetivo da presente pesquisa foi analisar as desigualdades na distribuição das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Atenção Primária à Saúde, no Brasil. **Métodos:** trata-se de um estudo observacional transversal descritivo, a partir de informações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Saúde Bucal e dos municípios aos quais essas UBS estavam implantadas no Brasil, em 2012. A coleta foi realizada por meio da utilização de computadores portáteis do tipo *tablet*, os quais continham um aplicativo com o instrumento padronizado e testado previamente. Foi utilizada a variável do PMAQ Equipe de Saúde Bucal e variáveis municipais: Macrorregião, Índice de Desenvolvimento Humano, Cobertura populacional de ESB, Proporção de Exodontia e Escovação Supervisionada. Os dados foram analisados no software Stata 11, sendo realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. **Resultados:** a prevalência de ESB tipo II foi de 9,9% (IC95%: 9,6-10,3), sendo mais encontradas em municípios com IDH muito alto, macrorregião Sudeste, cobertura menor que 50% e proporção de exodontias menor que 8%. **Conclusões:** o estudo propõe que há uma desigualdade na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. Há um gradiente crescente na prevalência de UBS com ESB tipo II entre os municípios brasileiros, de acordo com as características sociais, demográficas e de saúde municipais.

**Palavras-chave:** avaliação em saúde, saúde bucal, atenção primária à saúde.

---

**Paulo Henrique Silva Martins** e **Orlando Luiz do Amaral Júnior** – Graduandos em Odontologia – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria/RS, Brasil.

**Daniel Demétrio Faustino-Silva** – Doutor em Saúde Bucal Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre/RS, Brasil.

**Luísa Helena do Nascimento Torres** – Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria/RS, Brasil.

**Beatriz Unfer** – Doutora em Odontologia Preventiva e Social – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria/RS, Brasil.

**Jessye Melgarejo do Amaral Giordani** – Doutor em Epidemiologia – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria/RS, Brasil.

**Autor correspondente:** Jessye Melgarejo do Amaral Giordani. Departamento de Estomatologia. Rua Marechal Floriano Peixoto, 1184, sala 109. Prédio da Antiga Reitoria. Bairro Centro. Santa Maria/RS. CEP: 97015-372. Telefone: +55 (55) 3220-9272. E-mail: jessyesm@hotmail.com

---

The authors have no conflicts of interest to declare concerning the publication of this manuscript.

Os autores declaram que não há conflito de interesses de nenhuma ordem.

O financiamento foi realizado pelos autores.

Stomatol	Canoas	Vol. 23	Nº 45	p.4-13	Jul./Dez. 2017
----------	--------	---------	-------	--------	----------------

# Inequalities of oral health teams distribution in Brazil

## ABSTRACT

**Objective:** The objective of the present study was to analyze the inequalities in the distribution of the Oral Health Teams of Primary Health Care in Brazil. **Methods:** This was a cross-sectional observational study, based on information from the Basic Health Units with Oral Health and the municipalities to which these BHUs were implanted in Brazil in 2012. The collection was carried out through the use of Tablets, which contained an application with the instrument standardized and previously tested. The variables were: Oral Health Team, Macro region, Human Development Index, Population Coverage for OHT, Exodontic Ratio and Supervised Brushing. Data were analyzed in Stata 11 software. Analyzes of the absolute and relative frequencies of the studied variables were performed. **Results:** The prevalence of type II ESB was 9.9% (95% CI: 9.6-10.3). Higher prevalences of type 2 BSE were found in municipalities with very high HDI, Southeast macro-region, coverage less than 50% and proportion of exodontia less than 8%. **Conclusions:** The study proposes that there is an inequality in the distribution of oral health teams in Brazil. There is a gradient in the prevalence of BHU with OHT type II among Brazilian municipalities according to social, demographic and health characteristics of municipalities.

**Keywords:** Health assessment, oral health, primary health care.

## INTRODUÇÃO

Assim como as equipes de saúde da família, as equipes de saúde bucal podem apresentar-se em diferentes configurações e organizam-se nas seguintes modalidades: (I) Cirurgião-dentista e Auxiliar em saúde bucal; (II) Cirurgião-dentista, Auxiliar em saúde bucal e Técnico em saúde bucal (1). Apesar da Política Nacional de Atenção Básica definir estas duas modalidades de equipes de saúde bucal, sabe-se que no Brasil há serviços de saúde bucal que apresentam apenas o Cirurgião-dentista sem equipe auxiliar.

As equipes de saúde bucal tipo II podem ser indutoras de melhorias no processo de trabalho em saúde bucal, pois apresentam em sua composição recursos humanos mais qualificados e com possibilidades de assumir procedimentos mais complexos, concomitantemente às ações do Cirurgião-dentista, o que pode proporcionar maiores ofertas de procedimentos clínicos e coletivos, contribuindo para maior resolutividade dos serviços de saúde bucal (2).

Para a implantação de serviços de saúde que diminuam as iniquidades em saúde, deve haver uma sistematização da avaliação da qualidade da oferta destes serviços para a população. Desta forma, o processo avaliativo constitui importante método de análise da qualidade do cuidado/atenção e do processo de trabalho em saúde, pois a avaliação pode produzir mudanças que favoreçam o acesso equitativo aos serviços de saúde (3,4,5).

Neste sentido, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), através da Portaria nº1.654 de 19 de julho de 2011, que objetiva fomentar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção em saúde com a garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações

governamentais direcionadas à atenção básica. É um recurso importante no planejamento de ações de monitoramento e avaliação em saúde (6).

Existem poucos estudos avaliando o processo de trabalho das equipes de saúde bucal com dados da avaliação externa do PMAQ. Dois estudos demonstraram que há desigualdade regional de acesso dos usuários aos serviços de saúde bucal (7) e também em relação à oferta de procedimentos pelas equipes de saúde bucal (8), ou seja, os serviços de saúde bucal das regiões Norte e Nordeste apresentaram piores indicadores de acesso e oferta de serviços. Não foi encontrado algum estudo que utilizou dados do PMAQ para avaliar distribuição do tipo de equipe de saúde bucal no Brasil.

Em função da grande extensão territorial brasileira, da amplitude de oferta de serviços de saúde na atenção primária e da falta de informações sobre a distribuição sociodemográfica municipal das equipes de saúde bucal, o objetivo da presente pesquisa foi analisar as desigualdades na distribuição das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

## **METODOLOGIA**

### **Delineamento e população**

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo, a partir de informações das Unidades Básicas de Saúde com Saúde Bucal e dos municípios aos quais estas UBS estavam implantadas, no Brasil em 2012.

O presente estudo utiliza dados secundários oriundos da avaliação externa do PMAQ-AB, respondida pelos profissionais de saúde, mediante entrevista e verificação de documentações *in loco*. A avaliação compreendeu um total de 22.535 Unidades Básicas de Saúde com Saúde Bucal de todos os municípios brasileiros, ou seja, foi realizado censo das UBS do Brasil. Foram excluídas as UBS sem o Cirurgião-dentista.

### **Coleta de dados**

A avaliação externa, que consistiu na aplicação do instrumento de coleta de dados pelas Instituições de Ensino e Pesquisa, possui abrangência nacional e foi executada de forma multicêntrica e integrada com acompanhamento do Ministério da Saúde, sendo realizada entre 2012 e 2013. Para o trabalho em campo, foram selecionados avaliadores externos que participaram de um processo de formação com duração de uma semana, o qual foi centrado nas atividades que posteriormente desenvolveriam em campo. Os avaliadores foram treinados uniformemente por meio da utilização de um manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) e pelas Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras do PMAQ-AB.

A coleta foi realizada utilizando-se computadores portáteis do tipo *tablet*, os quais continham um aplicativo com o instrumento padronizado e testado previamente. Após

a realização da avaliação externa, os dados coletados foram enviados via internet a um servidor do Ministério da Saúde para que fossem validados. Caso alguma informação não estivesse dentro dos padrões definidos pelo Ministério da Saúde, o supervisor de campo deveria entrar em um ambiente eletrônico virtual, específico de validação das informações, e justificar essa inconsistência.

As entrevistas foram realizadas com contato prévio do entrevistador com o profissional respondente, sendo que este último é quem agregava maior conhecimento sobre o processo de trabalho em equipe, previamente determinado (9).

## Variáveis

Foram utilizadas questões do primeiro ciclo do PMAQ-AB, do Módulo I (Unidades Básicas de Saúde) (9). Este módulo foi aplicado em todas as UBS do país, incluindo os municípios que não aderiram ao PMAQ-AB, pois é integrante tanto do PMAQ-AB quanto do primeiro Censo Nacional das UBS. A fonte de informação das variáveis são os microdados da avaliação externa do PMAQ-AB, que são de acesso público, disponíveis no site do Ministério da Saúde pelo endereço eletrônico [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=1\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo). Foram utilizadas as seguintes variáveis: i) presença de auxiliar d; ii) presença de técnico de saúde bucal; e iii) presença do Cirurgião-Dentista. Com isto, foi criada uma nova variável nomeada Equipe de Saúde Bucal, compreendendo as seguintes categorias: 1) somente o Cirurgião-dentista; 2) Tipo I: Cirurgião-dentista e Auxiliar ou Técnico; 3) Tipo II: Cirurgião-dentista, Auxiliar e Técnico.

Além destas variáveis do PMAQ-AB, foram utilizadas as informações dos municípios que as UBS estavam implantadas através da consulta ao site do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (10) e do Ministério da Saúde (11). As variáveis foram: Macrorregião (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste; Índice de Desenvolvimento Humano (muito baixo/baixo/médio/alto/muito alto); Cobertura populacional por equipes de saúde bucal (<50% / ≥50%); Exodontias (<8% / ≥8%), Escovação (<8 / ≥8).

A variável Exodontias demonstra o percentual das extrações dentárias de residentes em determinado município e ano. Quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária, sendo o parâmetro utilizado pelo Ministério da Saúde de 8%. A variável Escovação estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental, com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal. Quanto maior o indicador, maior o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal, sendo o parâmetro utilizado pelo Ministério da saúde de 8 residentes por 100 habitantes. Ambas as variáveis foram coletadas do site <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>.

## Análise estatística

Os dados foram analisados no software Stata 11, sendo determinadas as frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Os intervalos de confiança de 95% foram apresentados para a análise bivariada entre Equipe de Saúde Bucal e as demais variáveis, ou seja, foi estimada a proporção das categorias da variável Equipe de Saúde Bucal em cada variável municipal.

## Aspectos éticos

A presente pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo aprovada sob o número 21904, de acordo as resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Salienta-se que os dados são de domínio público e estão disponíveis no site do Ministério da Saúde.

## RESULTADOS

Foram avaliadas 35.457 UBS no Brasil. Destas, 22.535 apresentavam serviço de saúde bucal. A maioria das UBS localizava-se em municípios com IDH alto, na macrorregião Nordeste, com cobertura acima de 50% de saúde bucal e menos de 8% de exodontias em relação aos procedimentos preventivos. A prevalência de ESB tipo II foi de 9,9% (IC95%: 9,6-10,3) (Tabela 1).

Após a estratificação por IDH, Macrorregião, Cobertura de SB, Proporção de exodontias e Ações de escovação dental supervisionada, as maiores prevalências de ESB tipo II foram encontradas em municípios com IDH muito alto, macrorregião Sudeste, cobertura menor que 50%, proporção de exodontias menor que 8% e em municípios com escovação supervisionada maior que 8 (Tabela 2).

TABELA 1 – Descrição da amostra para as Unidades Básicas de Saúde com saúde bucal no Brasil, 2013 (n=22.535).

Variável	n	%
Equipe de Saúde Bucal		
Somente CD	2.007	8,91
Tipo I	18.281	81,12
Tipo II	2.247	9,97
Macrorregião		
Nordeste	9.455	37,89
Norte	1.534	6,15
Centro-Oeste	1.960	7,85
Sul	4.470	17,91
Sudeste	7.534	30,19

Variável	n	%
IDH		
Muito baixo	72	0,29
Baixo	4.790	19,20
Médio	8.686	34,81
Alto	9.873	39,57
Muito Alto	1.532	6,14
Cobertura populacional de ESB		
<50%	9.394	37,67
≥50%	15.545	62,33
Exodontia		
<8%	11.896	47,68
≥8%	13.055	52,32
Escovação		
<8	22.603	90,62
≥8	2.340	9,38

TABELA 2 – Prevalências e seus intervalos de confiança de 95% para os tipos de equipe de saúde, nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2013 (n=22.535).

Variável	CD	% ESB (IC95%)	
		Tipo I	Tipo II
Macrorregião			
Nordeste	4,48 (4,39-5,29)	90,36 (89,75-90,98)	4,78 (4,33-5,22)
Norte	7,44 (6,06-8,83)	84,30 (82,39-86,22)	8,24 (6,79-9,69)
Centro-Oeste	5,93 (4,86-7,01)	83,27 (81,57-84,97)	10,79 (9,38-12,20)
Sul	18,18 (16,94-19,42)	69,04 (67,55-70,53)	12,76 (11,69-13,84)
Sudeste	10,18 (9,46-10,90)	74,53 (73,50-75,57)	15,27 (14,41-16,12)
IDH			
Muito baixo	8,19 (1,25-15,13)	86,88 (78,34-95,42)	4,91 (0,55-10,38)
Baixo	6,12 (5,41-6,83)	89,26 (88,35-90,17)	4,60 (3,98-5,22)
Médio	6,94 (6,38-7,50)	84,10 (83,30-84,91)	8,94 (8,31-9,57)
Alto	12,38 (11,69-13,07)	77,33 (76,45-78,20)	10,28 (9,65-10,91)
Muito Alto	6,60 (5,25-7,94)	60,93 (58,28-63,58)	32,46 (29,92-35,00)
Cobertura populacional de ESB			
<50%	13,88 (13,13-14,63)	72,50 (71,53-73,46)	13,61 (12,87-14,35)
≥50%	6,04 (5,64-6,43)	86,10 (85,54-86,67)	7,85 (7,41-8,29)
Exodontia			
<8%	8,09 (75,(81-8,61)	78,15 (77,36-78,93)	13,74 (13,09-14,40)
≥8%	9,63 (9,10-10,17)	83,80 (83,14-84,47)	6,55 (6,10-6,99)
Escovação			
<8	8,93 (8,54-9,33)	81,81 (81,28-82,34)	9,24 (8,84-9,64)
≥8	8,56 (7,36-9,76)	74,29 (72,41-76,16)	17,13 (15,52-18,75)

## DISCUSSÃO

No presente estudo, foi possível observar que as equipes de saúde bucal tipo II estão mais presentes nos municípios que apresentam melhores condições sanitárias, ou seja, os serviços de saúde bucal, do ponto de vista de organização dos recursos humanos, são ofertados em sua maioria em municípios mais desenvolvidos.

Destaca-se que 8,9% das equipes de saúde bucal no Brasil apresentavam apenas o Cirurgião-dentista, ou seja, não há uma configuração de equipe neste caso e sim um trabalho isolado. Estas proporções permaneceram mesmo quando foram analisadas sob a estratificação pelas variáveis municipais macrorregião e IDH, o que sugere que ainda há problemas em relação à organização dos recursos humanos nos municípios brasileiros. É necessário que o processo de captação de recursos humanos de saúde bucal em saúde pública seja repensado, visando organizar, de forma mais robusta, os serviços de saúde bucal, favorecendo a implantação de equipes tipo II.

Em relação às equipes de saúde bucal tipo I, estas foram as predominantes em todas as variáveis estudadas, fato que pode ser explicado pela maior captação de auxiliares de saúde bucal e a pequena busca pelo técnico de saúde bucal nas gestões municipais. É preciso considerar, também, que há mais recursos humanos com formação em cursos de auxiliar de saúde bucal do que curso de técnico de saúde bucal, refletindo na possibilidade de inserção no trabalho em saúde pública. Este resultado também foi encontrado por outro estudo que analisou a distribuição do tipo de equipe de saúde bucal no estado de Pernambuco, entre os anos de 2002 e 2005, onde a expansão da ESB tipo I se deu mais intensamente que a tipo II, ou seja, o crescimento da ESB tipo I foi 327,14% e da ESB tipo II foi 125,92% (12).

Dados do PMAQ-AB demonstram que apenas 30% das equipes de saúde bucal no Brasil relataram realizar procedimentos preventivos (aplicação tópica de flúor, selantes, detecção de lesões orais e monitoramento de casos suspeitos ou confirmados de câncer bucal). A prevalência foi maior em municípios com IDH alto, na macrorregião Sudeste e em municípios em que as ações de escovação dental supervisionada era 8% ou mais da população coberta. Não houve diferença na prevalência de procedimentos preventivos em municípios com maior cobertura populacional de saúde bucal e naqueles com menores taxas de extrações.

Um achado importante do estudo foi que maiores prevalências de procedimentos preventivos foram encontradas entre as equipes de saúde tipo II (8). Semelhante a estes achados, um estudo utilizando dados da Saúde Bucal Brasil 2003 que avaliou diferenças macrorregionais no Brasil em relação à necessidade de prótese em idosos, demonstrou que as maiores prevalência de perdas dentárias são encontradas nas regiões Norte e Nordeste (13).

Por outro lado, um estudo avaliando a média de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) descreve que jovens de áreas não cobertas por ESB, em saúde da família, apresentaram menor perda de dentes em relação aos das áreas cobertas. Porém, não foi avaliado se o tipo de equipe de saúde bucal exerceu algum efeito sobre os indicadores

avaliados (14). Outro estudo demonstrou que a cobertura de equipe de saúde bucal obteve apenas as metas mínimas do Ministério da Saúde e que há uma dificuldade, por parte das equipes de saúde bucal, em desempenhar as atividades pertinentes a elas (15). Logo, apesar da implantação de uma ESB em saúde da família, parece que há outros fatores relativos ao processo de trabalho (entre eles os recursos humanos disponíveis) que podem influenciar a entrega dos serviços de saúde bucal.

Neste sentido, há na literatura duas fontes importantes que podem explicar, teoricamente, as diferenças encontradas nas ofertas de serviços de saúde pública. A primeira é a Lei do cuidado inverso, demonstrando que a maioria dos serviços de saúde estão localizados onde há menores necessidades populacionais, ou seja, a carga de doença na população é inversamente proporcional à oferta de serviços de saúde (16). Já a Lei da equidade reversa, demonstra que as políticas, os programas e os serviços de saúde atingem, primeiramente, as populações em melhores condições de saúde e, somente após estas atingirem um nível satisfatório em relação à carga de doença, é que os grupos populacionais mais vulneráveis conseguem diminuir as diferenças (17).

Cerca de 11.105 (31,3%) UBS no Brasil não apresentam serviços de saúde bucal, pois não apresentam equipes de saúde bucal implantadas. Isso significa que, apesar da expansão da estratégia saúde da família, a saúde bucal não acompanhou de forma equitativa a implantação dos serviços de atenção primária em saúde pública. Fato importante pois, a partir do princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde, a saúde bucal pode ser compreendida como algo inerente à saúde humana e que não pode ser separada ou não considerada quando o objetivo é o cuidado. Precisamos avançar na reorganização da política nacional de atenção básica, com vistas a inclusão da equipe de saúde bucal como parte da equipe mínima, pois os trabalhadores da saúde bucal apresentam o papel fundamental no cuidado em saúde bucal, o que não é exercido de forma integral por outro membro da equipe de saúde.

O presente estudo possui algumas limitações, principalmente em relação ao delineamento, pois não é possível elucidar relações causais. Além disso, é uma análise descritiva, onde não foi observado o efeito independente das variáveis.

## **CONCLUSÃO**

Há um gradiente crescente na prevalência de UBS com ESB tipo II entre os municípios brasileiros, de acordo com suas características sociais, demográficas e de saúde. Sendo assim, este estudo propõe que há uma desigualdade na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil, colaborando com dados no planejamento e avaliação em saúde, visto que os serviços de saúde bucal no Brasil apresentam uma desigualdade em relação à organização dos municípios para executar suas políticas públicas (entre elas, a saúde). Além disso, há possibilidade de apoio à gestão na definição de critérios de implantação dos serviços de forma mais equitativa.



## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm)
3. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad. Saúde Pública 2004; 20(5):1417-23.
4. Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. Cad. Saúde Pública 2011; 27(9):1731-45.
5. Silva JM, Caldeira AP. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. Trab. Educ. Saúde 2011; 9(1):95-108.
6. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)
7. Casotti E et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v.38, n. Especial, p.140-157, out. 2014.
8. Neves, M; Giordani, JMA; Ferla, AA; Hugo, FN. Primary Care Dentistry in Brazil: From Prevention to Comprehensive Care. Journal of Ambulatory Care Management: April/ June 2017 – Volume 40 – Issue – p S35–S48. doi: 10.1097/JAC.000000000000186. [http://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2017/04001/Primary\\_Care\\_Dentistry\\_in\\_Brazil\\_From\\_Prevention.5.aspx](http://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2017/04001/Primary_Care_Dentistry_in_Brazil_From_Prevention.5.aspx)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: MS; 2013.
10. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/> Acesso em: jun. 2015.
11. PNAD. Um Panorama da Saúde no Brasil – Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. 2008.
12. Florêncio da Silva, S., Lima Martelli, P. J. D., Sá, D. A. D., Cabral, A. P. D., Castim Pimentel, F., Silva Monteiro, I. D., & Sá Vieira Macedo, C. L. (2011). Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. Ciência & Saúde Coletiva, 16(1).
13. Giordani JMA, Slavutzky SMB, Koltermann AP, Pattussi MP. Inequalities in prosthetic rehabilitation among elderly people: the importance of context. Community Dent Oral Epidemiol 2011; 39: 230–238.
14. Ely, Helenita Corrêa; ABEGG, Claides; CELESTE, Roger Keller e PATTUSSI, Marcos Pascoal. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016; 21(5):1607-1616.

15. Baldani, Márcia Helena, et al. "A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil Inclusion of oral health services in the Family Health Program in the State of Paraná, Brazil." *Cad Saude Publica* 21.4 (2005): 1026-1035.
16. Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet* 1971;i:405-12.
17. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *The Lancet*. 2000;356:23.