

ODONTOLOGIA NO SUS: RAÍZES HISTÓRICAS E ARQUITETURA DO SISTEMA

Maria Nazaré Lopes Baracho¹;

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Diamantina, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/5738061412900853>

Olga Beatriz Lopes Martins²;

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Diamantina, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/1776786000645399>

Kácio Otacílio Veríssimo Santos³.

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Diamantina, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/3832061075317303>

RESUMO: Antes da criação do SUS, a odontologia no Brasil era centrada no modelo de mercado, focada principalmente em tratamentos curativos individuais. A saúde bucal no país era preocupante, com altos índices de doenças e mutilações, colocando o Brasil entre os países com as piores condições de saúde bucal do mundo. Nos anos 2000, diante da exclusão de grande parte da população dos serviços odontológicos, foi iniciada a inserção de profissionais de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF), que desde 1994 alterou o papel do cirurgião-dentista, que passou a atuar em prevenção, educação em saúde e interação comunitária, além de atendimentos clínicos. Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi criada, reorientando a atenção à saúde bucal e qualificando a atenção básica. Em 2023, a PNSB foi incorporada à Lei Orgânica da Saúde, tornando-se uma política de Estado. A implementação do SUS e a inclusão da odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF) resultaram em avanços significativos, ampliando o acesso aos serviços de saúde bucal e superando o modelo odontológico curativo. Contudo, a formação de profissionais qualificados para atender às necessidades da população ainda é um desafio para o sistema de saúde no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Odontologia. Sistema Único de Saúde. Saúde Pública.

DENTISTRY IN BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM: HISTORICAL ROOTS AND STRUCTURAL FRAMEWORK

ABSTRACT: Before the creation of Brazil's Unified Health System (SUS), dental care in the country was primarily market-driven, focused on individual, curative treatments. Oral health indicators were alarming, with high prevalence of disease and tooth loss, placing Brazil among the countries with the poorest oral health conditions worldwide. In the early 2000s,

in response to the exclusion of a large portion of the population from dental services, oral health professionals were incorporated into the Family Health Program (PSF), which since 1994 had redefined the dentist's role to include prevention, health education, and community engagement, in addition to clinical care. In 2004, the National Oral Health Policy (PNSB) was established, reorienting oral health care delivery and strengthening primary health care. In 2023, the PNSB was incorporated into Brazil's Organic Health Law, consolidating it as a State policy. The implementation of SUS and the integration of dentistry into the Family Health Strategy (ESF) have led to significant advances, expanding access to oral health services and moving beyond the traditional curative model. However, training and qualifying professionals to meet the population's oral health needs remain a major challenge for the Brazilian health system.

KEYWORDS: Dentistry. Unified Health System. Public health.

INTRODUÇÃO

A trajetória da saúde pública no Brasil é marcada por profundas desigualdades sociais e por um modelo de atenção historicamente centrado em práticas curativas e hospitalares (Lima, Fonseca e Hochman, 2005). Durante o período colonial e imperial, inexistia uma atuação organizada do Estado no enfrentamento do processo saúde-doença, e a população sofria com surtos recorrentes de doenças infecciosas, o que projetava o país como um dos mais insalubres do mundo (Roncalli, 2000). Mesmo com a ampliação dos serviços médicos após a Segunda Guerra Mundial, o acesso era restrito e os avanços não se refletiram em melhorias significativas nos indicadores de saúde (Boareto, 2011).

Na década de 1970, em meio ao regime militar, movimentos sociais, como o estudantil e o operário, passaram a reivindicar a democratização do acesso à saúde e a garantia de direitos sociais (Matos, 2020). Essas mobilizações deram origem à Reforma Sanitária Brasileira, cujas propostas foram consolidadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 (Matos, 2020). O SUS incorporou princípios fundamentais, como universalidade, integralidade, descentralização e participação social, representando um marco na consolidação da saúde como direito de todos e dever do Estado (Paim et al., 2011).

Já, no campo da odontologia, a realidade antes do SUS refletia o caráter excludente e elitista do sistema vigente, marcado por práticas mutiladoras, centradas na extração dentária como principal recurso terapêutico (Brasil, 1993). A atuação odontológica predominante seguia um modelo mercadológico, individualista e de alto custo, que pouco dialogava com as necessidades coletivas da população (Roncalli, 2000). Somente a partir da inserção da odontologia no SUS, especialmente com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) e a posterior Estratégia Saúde da Família (ESF), o foco começou a se deslocar para ações preventivas, educativas e de promoção da saúde (Santana, 2001; Viana e Dal Poz, 1998).

Nesse cenário, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), instituída em 2004 e fortalecida pela Lei nº 14.572/2023, representou um avanço crucial ao integrar

definitivamente a saúde bucal como direito no escopo das políticas públicas (Ministério da Saúde, 2025). Apesar dos progressos, persistem desafios relacionados à formação profissional, à resolutividade dos serviços e à consolidação de práticas realmente integradas e equitativas.

OBJETIVO

Dessa forma, compreender os avanços e os entraves da saúde bucal no SUS é essencial para avaliar seu impacto social e apontar caminhos para a qualificação e universalização da atenção.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, com enfoque descritivo e analítico. Esse tipo de revisão tem como objetivo reunir e discutir de forma crítica a produção científica disponível sobre o tema, possibilitando a compreensão de sua evolução histórica, conceitual e prática, sem a obrigatoriedade de seguir protocolos sistemáticos de busca (Rother, 2007).

A busca por referências foi realizada em bases de dados eletrônicas, incluindo SciELO, PubMed, LILACS e Google Scholar, abrangendo publicações em português, inglês e espanhol. Foram utilizados descritores relacionados à temática, como: *“saúde pública no Brasil”*, *“Sistema Único de Saúde”*, *“história da saúde bucal”*, *“políticas de saúde”* e *“desigualdades sociais em saúde”*.

Foram incluídos artigos científicos, documentos oficiais do Ministério da Saúde, teses, dissertações e livros que abordassem a trajetória histórica da saúde pública e da saúde bucal no Brasil, com ênfase nas transformações decorrentes da criação do SUS. Como critérios de inclusão, consideraram-se publicações que apresentassem relevância teórica e contribuíssem para a análise crítica da temática. Estudos repetidos, incompletos ou que não apresentassem relação direta com o objetivo da pesquisa foram excluídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura permitiu identificar diferentes abordagens relacionadas ao tema, as quais foram organizadas em eixos temáticos para melhor compreensão e discussão. Os estudos selecionados foram agrupados em três grandes temáticas: **(1) Evolução histórica da saúde pública no Brasil e o contexto de criação do SUS; (2) A inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde; (3) Desafios e Avanços da Saúde Bucal no SUS: A Inclusão e a Qualificação dos Serviços**

Essa categorização possibilitou evidenciar não apenas os marcos históricos e políticos que orientaram a consolidação do sistema, mas também as especificidades relacionadas à saúde bucal, incluindo as transformações no modelo de atenção, os entraves persistentes e os caminhos apontados pela literatura para o fortalecimento da área.

1. Evolução histórica da saúde pública no Brasil e o contexto de criação do SUS

Nos primeiros tempos do Brasil Colônia e posteriormente na fase Imperial, não havia uma atuação organizada do Estado sobre o processo saúde-doença e a população era vítima das mais variadas doenças infecciosas, fazendo com que o Brasil ostentasse a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta (Roncalli, 2000)

Ademais, a eclosão da Segunda Guerra Mundial resultou em um aumento na demanda pelos serviços médicos, o que levou a um maior investimento na infraestrutura de saúde, com o crescimento no número de hospitais e profissionais da área. Contudo, a expansão dessa estrutura não foi acompanhada por uma melhoria nos indicadores do setor. Diante disso, tornou-se evidente a necessidade de uma gestão mais eficiente dos recursos destinados aos serviços hospitalares e o fortalecimento da atenção básica à saúde (Boareto, 2011).

No entanto, a preocupação com a atenção à saúde básica no Brasil remonta à década de 1970, durante o período do Regime Militar. As primeiras manifestações sobre o tema surgiram com os movimentos sociais da época, como o movimento estudantil e o movimento operário, que lutavam pela redemocratização do país e pela conquista de direitos sociais. No âmbito da saúde pública e dos direitos sociais, a principal conquista desses movimentos foi a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), cujas propostas, mais tarde, serviriam como base para a criação do SUS, em 1988 (Matos, 2020)

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, foi um marco da Reforma Sanitária Brasileira, cujos debates resultaram em propostas de mudanças significativas no setor da saúde e na definição do SUS. Com ampla participação da sociedade, a conferência discutiu a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, o financiamento do setor e a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado (Matos, 2020). Vale destacar que a reforma do setor de saúde no Brasil foi conduzida pela sociedade civil, e não pelo governo, partidos políticos ou organizações internacionais. O SUS, instituído pela Constituição de 1988, é fundamentado no princípio de que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado (Paim *et al.*, 2011).

Segundo Rouquayrol e Filho (2003), o SUS assegurou a universalização do direito à saúde para todos os brasileiros, colocando a responsabilidade do Estado na promoção de atendimento integral, com foco nas ações preventivas. Além disso, enfatizou a descentralização, com gestão única em cada nível de governo, e a participação da comunidade.

Posteriormente a criação do SUS, veio o PSF com início embrionário em 1991, quando o Ministério da Saúde (MS criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nesse contexto, a família passou a ser o foco principal das ações de saúde pública, substituindo o enfoque no indivíduo. Em 1994, com a assinatura da Portaria nº 692, o Programa Saúde da Família foi oficialmente implementado. O objetivo principal desse programa era apoiar a organização do SUS no nível municipal, promovendo a implementação dos princípios de descentralização, integralidade, universalidade e participação comunitária

(Santana, 2001).

Atualmente, o PSF é denominado ESF, em vez de programa, já que o termo “programa” sugere uma atividade com início, desenvolvimento e término. A ESF é uma estratégia de reorganização da atenção primária, sem previsão de término para essa reorganização. Assim, houve apenas uma mudança de nomenclatura, mantendo-se os princípios e diretrizes do programa (Viana e Dal Poz, 1998).

2. A inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde

Até a década de 1950, a odontologia predominante era a odontologia de mercado, centrada no tratamento individualizado do paciente e baseada no paradigma flexineriano (Brasil, 1988; Oliveira e Souza, 1998; Roncalli, 2000). Nos anos 1950, com a atuação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), começaram a ser estruturados programas odontológicos voltados para a fluoretação da água e a assistência a escolares, alinhados com a odontologia sanitária/social (Brasil, 1988; Oliveira e Souza, 1998; Roncalli, 2000).

Assim, a odontologia sanitária/social foi definida como sendo “A disciplina da saúde pública que tem como missão o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde bucal da comunidade” (Chaves, 1962)

Antes da implementação do SUS, o serviço público de saúde no Brasil era excludente e centrado em práticas curativas, com pouco impacto na melhoria dos indicadores de saúde, especialmente no que se refere à saúde bucal. Segundo o relatório final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal, os elevados índices de mutilações e doenças bucais colocaram o Brasil entre os países com as piores condições de saúde bucal do mundo, evidenciando a falência do modelo vigente, caracterizado como elitista, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo e com baixo impacto social (Brasil, 1993).

Por muitos anos, o acesso à saúde bucal no Brasil foi limitado e difícil, o que fazia com que a maioria das pessoas buscasse atendimento odontológico somente quando já estava com dor. Esse atraso na procura pelos serviços, somado à escassez de atendimento odontológico disponível, resultava em uma prática predominante de extrações dentárias na rede pública, reforçando a percepção da odontologia como uma área mutiladora e do cirurgião-dentista atuando apenas no aspecto clínico. (Ministério da Saúde, 2025)

Em 2000, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou dados que revelaram que 29,6 milhões de brasileiros nunca haviam visitado um dentista. Esses dados evidenciaram a exclusão de grande parte da população dos serviços de saúde bucal. Em resposta, e com a reorganização da atenção básica e a implementação da ESF no SUS, o Ministério da Saúde, por meio das portarias nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, e nº 267, de 6 de março de 2001, incentivou e regulamentou a inserção de profissionais de saúde bucal no Programa Saúde da Família, criando duas modalidades de equipes de saúde bucal: modalidade I (um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário) e modalidade II (um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de

higiene dental) (Palmier et al., 2013).

A inserção do cirurgião-dentista (CD) na atenção básica promoveu uma mudança significativa no modelo de atendimento, antes centrado no consultório e no tratamento de dor. Com a atuação na ESF, o foco passou a ser a prevenção e o cuidado, incluindo visitas domiciliares e ações em escolas, como o Programa Saúde na Escola, para conscientizar a população sobre a importância da saúde bucal (Matos, 2020). É notável que a implementação do PSF transformou a atuação odontológica tradicional. O cirurgião-dentista no setor público passou a expandir suas funções, deixando de se concentrar exclusivamente nas atividades clínicas, e incorporando novas competências, como o planejamento de ações e serviços, a interação comunitária, a educação em saúde e a atuação em diversas atividades de atenção à saúde. (Brasil, 1994)

Para melhoria da saúde bucal da população, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também conhecida como Brasil Sorridente (Ministério da Saúde, 2025). Assim, em 2004, foram apresentadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que reorientaram o modelo de atenção em saúde bucal, buscando qualificar a atenção básica, independentemente da estratégia adotada pelos municípios (Matos, 2020). O Ministério da Saúde também definiu os procedimentos clínicos odontológicos incluídos na atenção básica, como restaurações, extrações, profilaxia, periodontia básica e aplicação tópica de flúor (Araújo, 2005).

Em 2023, ocorreu um importante avanço com a sanção do Projeto de Lei nº 8.131, de 2017, que incluiu a Saúde Bucal na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), tornando a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) uma política de Estado por meio da Lei nº 14.572/2023. Esse marco representa um avanço significativo ao garantir que a atenção à saúde bucal no SUS não seja interrompida nem relegada a um segundo plano. Dessa forma, assegura-se o direito à saúde bucal como parte integrante do direito à saúde (Ministério da Saúde, 2025).

3. Desafios e Avanços da Saúde Bucal no SUS: A Inclusão e a Qualificação dos Serviços

A inclusão da saúde bucal no SUS foi um marco positivo para a população brasileira. A realidade anterior foi superada com o desenvolvimento de programas de prevenção, combinados com ações curativas seguidas de orientação ao paciente, além da maior acessibilidade aos serviços de saúde bucal (Farias e Moura, 2003). No entanto, a formação de recursos humanos alinhados à realidade sócio-epidemiológica do Brasil ainda representa um grande desafio para a plena consolidação do SUS (Brustolin et al., 2006). Isso se confirma pelo fato de que muitos estudantes, ao invés de atenderem às necessidades reais da população, veem o paciente como um mero instrumento para a reprodução do conhecimento adquirido (Moimaz et al., 2006).

No Brasil, há uma crescente necessidade de renovação curricular no ensino de saúde para preparar os futuros profissionais para atuar no SUS. (Leme et al., 2015) Embora

o ensino da Odontologia ainda siga um padrão voltado para especialização, o que limita a formação generalista, é fundamental que os cirurgiões-dentistas sejam capacitados para atender às diversas necessidades da população. Para superar esse desafio, estão sendo propostas mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Odontologia, com foco em uma abordagem mais ampla, incluindo o contato com a saúde pública.(Guimarães et al., 2014)

Há diversos desafios a serem superados ao se repensar e implementar mudanças na formação acadêmica do cirurgião dentista, e conseqüentemente, no perfil dos profissionais formados. Durante um longo período, a formação em Odontologia foi centrada na especialização, no uso intensivo de tecnologias e em procedimentos de alto custo, enquanto as necessidades básicas de saúde de grande parte da população brasileira eram negligenciadas (Rego et al., 2007).

Além disso, um estudo em 2013, mostrou que quase uma década após a introdução do Programa Brasil Sorridente, cerca de 74,3% dos atendimentos odontológicos no Brasil ainda ocorrem em clínicas ou consultórios odontológicos privados, levantando dúvidas sobre a resolutividade do serviço de saúde bucal do SUS.(Brasil, 2015)

Justifica-se, também, pela falta de formação no trabalho em equipe multiprofissional, existência de dificuldades para atuação em Saúde Coletiva, assim como deficiência no conhecimento das atribuições dos membros da equipe de Saúde da Família, em especial sobre as atribuições dos ACS junto à Saúde Bucal.(Moretti-Pires et al., 2011)

Ressalta-se que o objetivo de um usuário ao procurar atendimento odontológico em um serviço público de saúde bucal é melhorar sua condição de saúde, resolver problemas e corrigir disfunções (Garbin et al., 2011). Acredita-se que quanto maior a resolutividade de um serviço, mais orientado e preparado ele estará para atender às necessidades de saúde dos usuários, mesmo que isso signifique encaminhá-los para outro serviço para dar continuidade ao tratamento (Turrini et al., 2008).

Além disso, alguns desafios também foram identificados, como: lacunas no ensino de conteúdos relacionados à formação cultural, humanística e política; a predominância dos conhecimentos técnicos por parte dos professores universitários em detrimento das abordagens pedagógicas, com uma forte influência do modelo biomédico de ensino; os acadêmicos de Odontologia enfrentando dificuldades em demonstrar sensibilidade social e se preocupar com os problemas da população, dificuldades para atuar em Saúde Coletiva e carência de conhecimento sobre as funções dos membros da equipe de Saúde da Família. (Guimarães et al., 2014)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Odontologia no SUS trouxe avanços significativos na qualidade e no acesso à saúde bucal no Brasil, superando um modelo elitista e curativo, com foco na prevenção e educação. A implementação das ESFs e da PNSB foram marcos importantes, mas ainda existem desafios na formação de profissionais para atender às necessidades da população.

A adaptação da formação dos cirurgiões-dentistas às demandas do SUS e a melhoria da atuação em equipes multiprofissionais são essenciais. Além disso, é preciso aprimorar a resolutividade dos serviços odontológicos, garantindo a continuidade do tratamento e o acesso universal à saúde bucal de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. 2005. 09 f. Monografia (Pós-Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Congresso Nacional, 1988.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. (Série D. Reuniões e Conferências).
- BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Saúde dentro de casa: Programa Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.
- BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- BOARETO, P. P. A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF). 2011. 33 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2011.
- BRUSTOLIN, J.; BRUSTOLIN, J.; TOASSI, R. F. C.; KUHNEN, M. Perfil do acadêmico de Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense – Lages – SC, Brasil. Rev ABENO, v. 6, p. 70-76, 2006.
- CHAVES, M. M. Odontologia Sanitaria. Washington, D.C.: Oficina Sanitaria Pan-Americana, 1962.
- FARIAS, M. A. V.; MOURA, E. R. F. Buccal health in the FHP context in the city of Iracema, CE. Rev Odontol UNESP, v. 32, p. 131-137, 2003.
- GARBIN, A. J. I.; GARBIN, C. A. S.; SANTOS, R. R.; FAGUNDES, A. C. G.; MARQUES, J. A. M.; SANTOS, J. G. Percepção do usuário em relação ao serviço odontológico público no Noroeste paulista. Rev Adm Saude, v. 13, n. 51, p. 117-123, 2011.
- GUIMARÃES, F. A. F.; MELLO, A. L. S. F.; PIRES, R. O. M. Formação profissional em odontologia: Revisão de Literatura. Rev Saúde Públ Santa Cat, v. 7, n. 3, p. 75-87, 2014.
- LEME, P. A. T.; PEREIRA, A. C.; MENEZES, M. C.; MIALHE, F. L. Undergraduate dental students' perspectives about experiences in primary care for their education in the Field of health. Ciên Saúde Colet, v. 20, n. 4, p. 1255-1265, 2015.
- LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.

Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58.

MATOS, E. M. O. et al. Importância da atuação do cirurgião-dentista na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 4383-4395, maio/jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Bucal. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/saude-bucal>>. Acesso em: 22 fev. 2025.

MOIMAZ, S. A. S.; CASOTTI, C. A.; SALIBA, N. A.; GARBIN, C. A. S. Representação social de acadêmicos de odontologia sobre a área de Odontologia Social. *Rev ABENO*, v. 6, p. 145-149, 2006.

MORETTI-PIRES, R. O.; LIMA, L. A. M.; MACHADO, M. H. Sociologia das profissões e percepção de acadêmicos de odontologia sobre o agente comunitário de saúde em saúde bucal. *Interface*, v. 15, n. 39, p. 1085-1095, 2011.

OLIVEIRA, A. G. R. C.; SOUZA, E. C. F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: OLIVEIRA, A. G. R. C.; SOUZA, E. C. F. (org.). *Odontologia social: textos selecionados*. Natal: UFRN, 1998. p. 114-121.

PALMIER, A. C. et al. *Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto*. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON – UFMG, 2013.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

REGO, S. T. A.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Humano demasiado humano: bioética e humanização como temas transversais na educação médica. *Cadernos da ABEM*, v. 3, n. 1, p. 24-33, 2007.

RONCALLI, A. G. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. 2000. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2000.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. *Epidemiologia, História e Prevenção de Doenças*. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Ciência, 2003. p. 29-32.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saude Publica*, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007. DOI: 10.1590/S0103-21002007000200001.