

A evolução da cobertura do número de equipes de saúde bucal nos estados do Nordeste do Brasil

The evolution of coverage of the number of oral health teams in the Northeastern states of Brazil

La evolución de la cobertura del número de equipos de salud bucal en los estados del Nordeste de Brasil

Recebido: 27/04/2022 | Revisado: 05/05/2022 | Aceito: 13/05/2022 | Publicado: 18/05/2022

Emanuella Sousa Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7843-9169>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: emanuella.sousa@discente.ufma.br

Alan Araujo Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1264-065X>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: allan.ajgomes@live.com

Luís Gustavo Souza Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2427-7974>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: luisgustavo_ss@outlook.com

Fernanda Pinheiro Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3110-1256>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: fernanda.ribeiro@discente.ufma.br

Ana Paula Brito da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9339-3928>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: apb.silva@ufma.br

Darlon Martins Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9113-1206>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: darlon.martins@ufma.br

Resumo

Introdução: as práticas de saúde no Brasil modificaram-se ao longo dos anos, adotando uma abordagem mais preventiva. Nisso, vinculada à atenção primária surgiu a Estratégia da Saúde da Família (ESF), responsável pela promoção de saúde nas famílias brasileiras, incluindo a prestação de assistência odontológica. Contudo, há dificuldades no acesso a esses serviços, em virtude da falta de insumos e indisponibilidade de alguns tratamentos odontológicos pelo SUS, além de cobertura insuficiente da população pelas equipes de saúde bucal (ESB). Portanto, o estudo objetiva descrever a evolução da cobertura das equipes de saúde bucal na região Nordeste nos anos de 2018 a 2021. Metodologia: realizou-se um estudo ecológico, analisando os nove estados nordestinos, buscando dados secundários na plataforma e-gestor (Ministério da Saúde), com recorte temporal de 2018 a 2021. As frequências absolutas e relativas da cobertura das ESBs vinculadas à ESF de cada estado foram coletadas e organizadas, calculando-se a média aritmética das porcentagens e dispostas em gráficos no software Excel para fins representativos. Resultados: houve um aumento progressivo na cobertura das ESBs desde 2018 nos estados do Nordeste. Destes, o Piauí possui a maior cobertura, enquanto a Bahia possui a menor, embora apresentasse um crescimento nessa taxa ao longo dos anos. Sergipe foi o único estado a registrar queda. Conclusão: a despeito das taxas distintas, a região Nordeste possui a maior cobertura de equipes de saúde bucal por população, porém é necessária uma distribuição mais efetiva, além do aumento na oferta de serviços e melhoria no acesso à saúde bucal.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal.

Abstract

Introduction: health practices in Brazil have changed over the years, adopting a more preventive approach. Thus, linked to primary care, the Family Health Strategy (ESF) emerged, responsible for health promotion in Brazilian families, including the provision of dental care. However, there are difficulties in accessing these services, due to the lack of supplies and the unavailability of some dental treatments by the SUS, in addition to insufficient coverage of the population by the oral health teams (ESB). Therefore, the study aims to describe the evolution of coverage of oral health teams in the Northeast region from 2018 to 2021. Methodology: an ecological study was carried out, analyzing the nine

northeastern states, seeking secondary data on the e-gestor platform (Ministry of Health), with a time frame from 2018 to 2021. The absolute and relative frequencies of coverage of the ESBs linked to the ESF of each state were collected and organized, calculating the arithmetic mean of the percentages and arranged in graphs in the Excel software for representative purposes. Results: there was a progressive increase in the coverage of ESBs since 2018 in the Northeastern states. Of these, Piauí has the highest coverage, while Bahia has the lowest one, although it has shown growth in this rate over the years. Sergipe was the only state to register a drop. Conclusion: despite different rates, the Northeast region has the highest coverage of oral health teams per population, but a more effective distribution is needed, in addition to an increase in the supply of services and improved access to oral health..

Keywords: Family Health Strategy; Primary Health Care; Oral Health.

Resumen

Introducción: las prácticas de salud en Brasil han cambiado a lo largo de los años, adoptando un enfoque más preventivo. En esta, vinculada a la atención primaria, surgió la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), responsable por la promoción de la salud en las familias brasileñas, incluyendo la prestación de asistencia odontológica. Sin embargo, existen dificultades para acceder a esos servicios, debido a la falta de insumos y la indisponibilidad de algunos tratamientos odontológicos por parte del SUS, además de la insuficiente cobertura de la población por parte de los equipos de salud bucal (ESB). Por lo tanto, el estudio tiene como objetivo describir la evolución de la cobertura de los equipos de salud bucal en la región Nordeste de 2018 a 2021. Metodología: se realizó un estudio ecológico, analizando los nueve estados del noreste, buscando datos secundarios en la plataforma e-gestor (Ministerio da Saúde), con un marco temporal de 2018 a 2021. Las frecuencias absolutas y relativas de cobertura de las ESB vinculadas a la ESF de cada estado fueron recopiladas y organizadas, calculando la media aritmética de los porcentajes y dispuestas en gráficos en el software Excel con fines representativos. Resultados: hubo un aumento progresivo en la cobertura de ESB desde 2018 en los estados del noreste. De estos, Piauí tiene la mayor cobertura, mientras que Bahía tiene la menor, aunque ha mostrado un crecimiento en esta tasa a lo largo de los años. Sergipe fue el único estado que registró descenso. Conclusión: a pesar de las diferentes tasas, la región Nordeste tiene la mayor cobertura de equipos de salud bucal por población, pero se necesita una distribución más eficaz, además de un aumento en la oferta de servicios y mejora del acceso a la salud bucal.

Palabras clave: Estrategia de Salud de la Familia; Atención Primaria de Salud; Salud Bucal.

1. Introdução

As práticas de saúde no Brasil a partir do século XX apresentavam uma visão predominantemente curativista e mecanicista, centrada no ambiente hospitalar, com ausência de ações preventivas e com abordagens menos humanizadas nos enfermos. Sendo assim, houve a necessidade de romper esse tipo de assistência médica (Reis, et al., 2015). Isso permitiu a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, cujo objetivo foi tornar o modelo de saúde vigente no país mais integral, universal, descentralizado e participativo (Corrêa & Celeste, 2015).

Entretanto, as equipes de saúde bucal (ESB) foram incorporadas na ESF apenas oito anos depois, a fim de reorganizar o modelo de oferta de cuidado em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS), visando tornar o atendimento odontológico menos excludente, tecnicista e biologicista. Assim, a assistência odontológica foi inserida de forma paralela aos outros serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com enfoque infantil, materno e escolares, adotando uma abordagem preventiva (Lucena, et al., 2020).

Além disso, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tiveram grande participação na promoção do serviço odontológico no SUS. A PNSB estabeleceu diretrizes para a assistência odontológica (Pinho, et al., 2015), enquanto que a implantação em 2004 da PNAB, denominada “Brasil Sorridente”, propôs a reorganização do modelo de atenção em saúde bucal e ampliou o acesso às ações e serviços odontológicos (Pucca, et al., 2015), a fim de superar o modelo tradicional, muitas vezes excludente e mutilante (Chaves, et al., 2018).

Do mesmo modo, a portaria GM 2.372, de 7 de outubro de 2009, que criou o plano de provisão de equipamentos odontológicos para as ESBs na Estratégia Saúde da Família; e a portaria GM 3.012, de 26 de dezembro de 2012, que redefiniu a composição das ESB da ESF, também se mostraram primordiais para a expansão da odontologia no sistema público de saúde (Pinho, et al., 2015). Assim, espera-se que a saúde bucal na ESF mantenha os princípios e as diretrizes do SUS e promova o acesso da população às suas ações de saúde (Giovannella, et al., 2003; Pimentel, et al., 2012).

Para isso, ao longo dos anos houve expansão de financiamento, infraestrutura e organização da rede de serviços odontológicos. Por exemplo, os recursos federais (financiamento nominal) destinados a estados e municípios aumentaram 10,9 vezes entre 2003 e 2014, sendo investidos R\$ 84,4 milhões e R\$ 916 milhões, respectivamente (Chaves, et al., 2018). Além disso, entre 2007 e 2015 houve um aumento de 10,46% da população brasileira coberta pelas equipes de saúde bucal (Gabriel, et al., 2020).

Contudo, o acesso à saúde bucal ainda apresenta fragilidades, como falta de insumos e serviços odontológicos ainda não disponibilizados pelo SUS (Costa, et al., 2018; Roncalli, et al., 2012); e a disparidade entre ricos e pobres aos serviços de saúde bucal ainda é uma realidade (Rocha & Goes, 2008). Além disso, a concentração de cirurgiões-dentistas no Brasil não se apresenta de forma homogênea entre as regiões nem de forma igualitária nos setores público e privado (Chaves, et al., 2018; Pinho, et al., 2015; Sousa, et al., 2017).

De acordo com o Ministério de Saúde, é necessário haver pelo menos uma equipe de saúde bucal a cada 3.600 habitantes. As ESBs podem ser divididas em duas modalidades: a I é composta por um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); enquanto que a II é composta por um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde da família (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB) (Brasil, 2012).

Entretanto, apenas 56,61% da população brasileira é coberta pelas equipes de saúde bucal, sendo que somente 46,14% dos habitantes são assistidos por uma ESB vinculada à Estratégia de Saúde da Família. O Nordeste, ainda que seja a região que apresenta as maiores taxas dessas coberturas, é aquela que possui a maior necessidade em saúde bucal, uma vez que detém a maior proporção de população dependente do SUS, maior demanda epidemiológica e menor condição socioeconômica. Assim, uma possível diminuição de assistência odontológica pode prejudicar essa região brasileira (Pereira, et al., 2009).

Dessa forma, este estudo visa descrever a evolução do número e proporção de equipes de saúde bucal vinculadas a uma equipe de Estratégia Saúde da Família dos nove estados da região Nordeste entre 2018 e 2021.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo ecológico, uma vez que se explorou dados sobre a proporção de um determinado grupo de profissionais a fim de conhecer e comparar a cobertura de um serviço de saúde de alguns estados do país durante um mesmo período de tempo. Foi escolhido por ser um método barato e relativamente rápido (Freire & Patussi, 2018).

As unidades de análise foram os nove estados da região Nordeste do Brasil: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Foram buscados dados secundários encontrados na plataforma e-Gestor – Informação e Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde – correspondente ao período de 2018 a 2021. É importante mencionar que dezembro de 2021 foi o último período disponibilizado.

Coletou-se as frequências absoluta e relativa da cobertura de Equipes de Saúde Bucal vinculadas a uma equipe da Estratégia Saúde da Família dos nove estados. Estes dados foram armazenados em uma planilha eletrônica em formato Excel e então calculou-se a média aritmética da porcentagem de cobertura das ESB da ESF dos anos de 2018 a 2021 separadamente. Após o cálculo, foram montados os gráficos para fins de representação no software Excel.

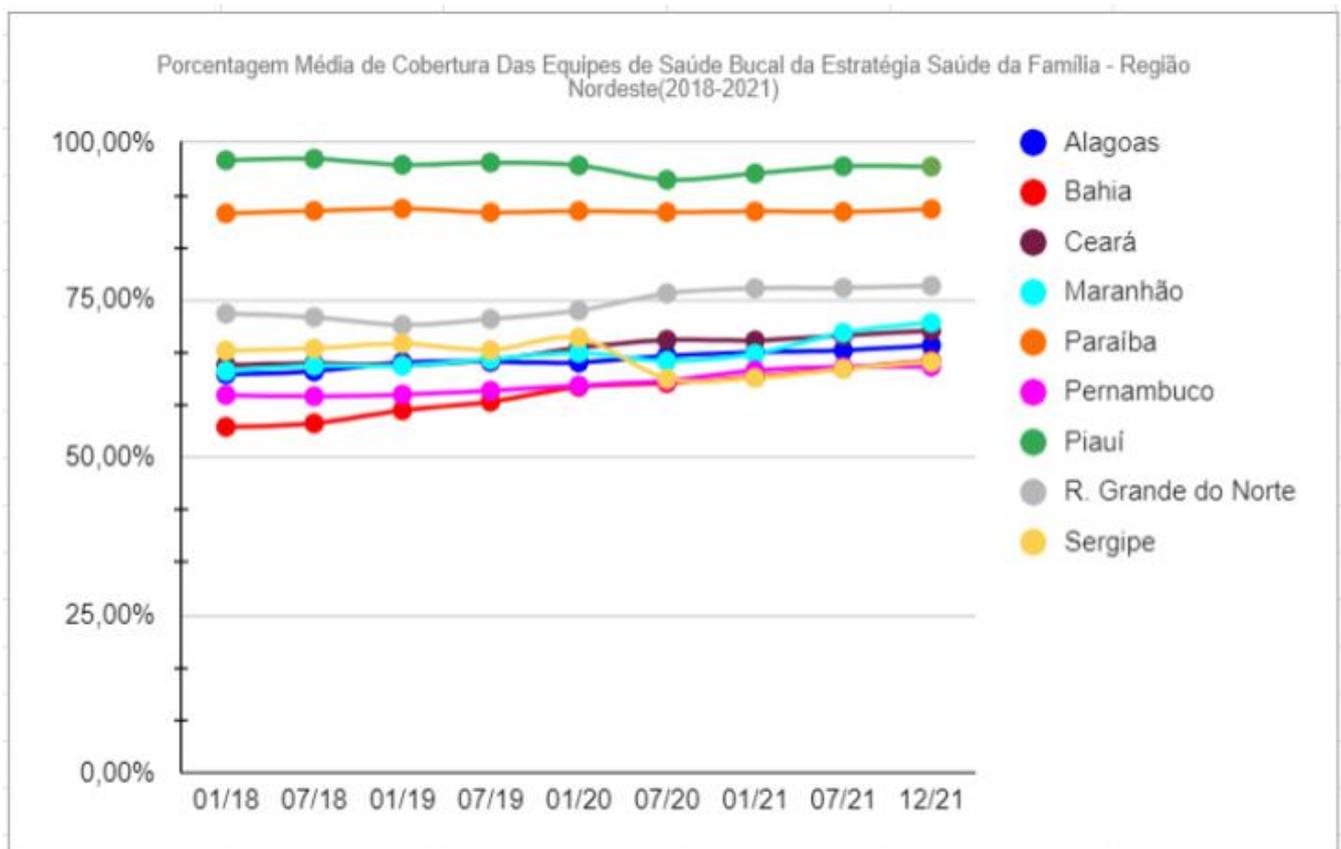
3. Resultados

De acordo com o Ministério da Saúde, a região Nordeste possuía um total de 14.045 equipes de saúde bucal (ligadas a uma equipe de Estratégia Saúde da Família). Do mesmo modo, a cobertura populacional pelas ESBs na Atenção Básica era de 43.183.901 pessoas (75,25%), sendo que desse número, a porcentagem de cobertura por equipes de saúde bucal ligadas à

Estratégia Saúde da Família correspondia a 71,06%. Em contrapartida, em janeiro de 2018, o número de equipes de saúde bucal na ESF era de 12.447, tendo uma estimativa de cobertura populacional de 37.316.259 (65,17%). Sendo assim, houve um aumento de 5,89% dessas equipes nessa região.

A média de cobertura das Equipes de Estratégia da Família na região Nordeste no ano de 2018 foi de 65,38%, havendo um aumento progressivo nos anos seguintes, com média de 66,69%, 68,38% e 70,16% em 2019, 2020 e 2021, respectivamente (Gráfico 1).

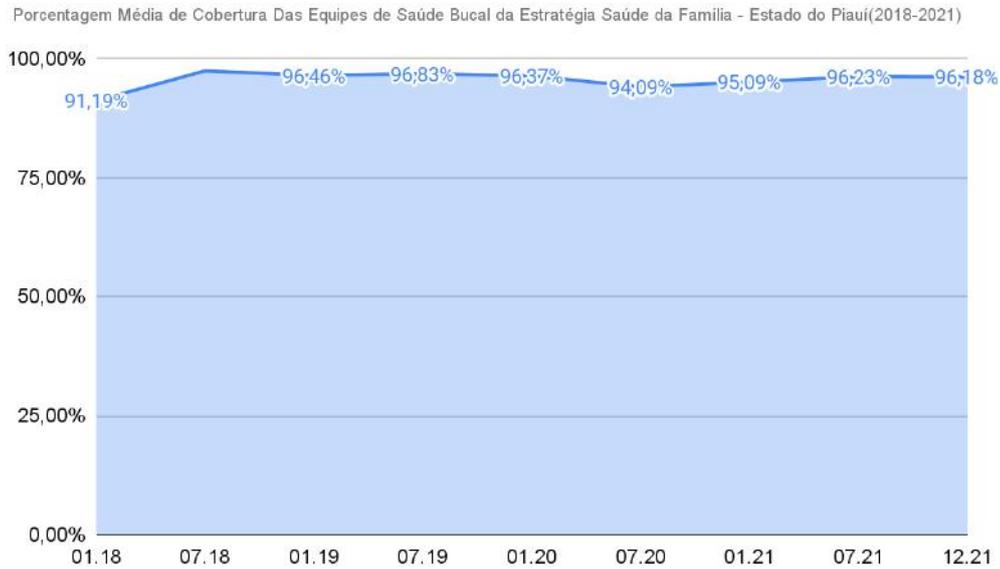
Gráfico 1 - Porcentagem média de cobertura das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família – Região Nordeste (2018 – 2021).



Fonte: Ministério da Saúde (2022).

Quando se analisa os estados nordestinos individualmente, o estado do Piauí, destacado em verde, é o que apresenta a maior taxa de cobertura (dezembro de 2021); contrariamente ao estado da Bahia, destacado em vermelho, que obtém o menor índice de cobertura (Gráfico 2). A diferença da média cobertura entre os dois estados consistia em 30,78%.

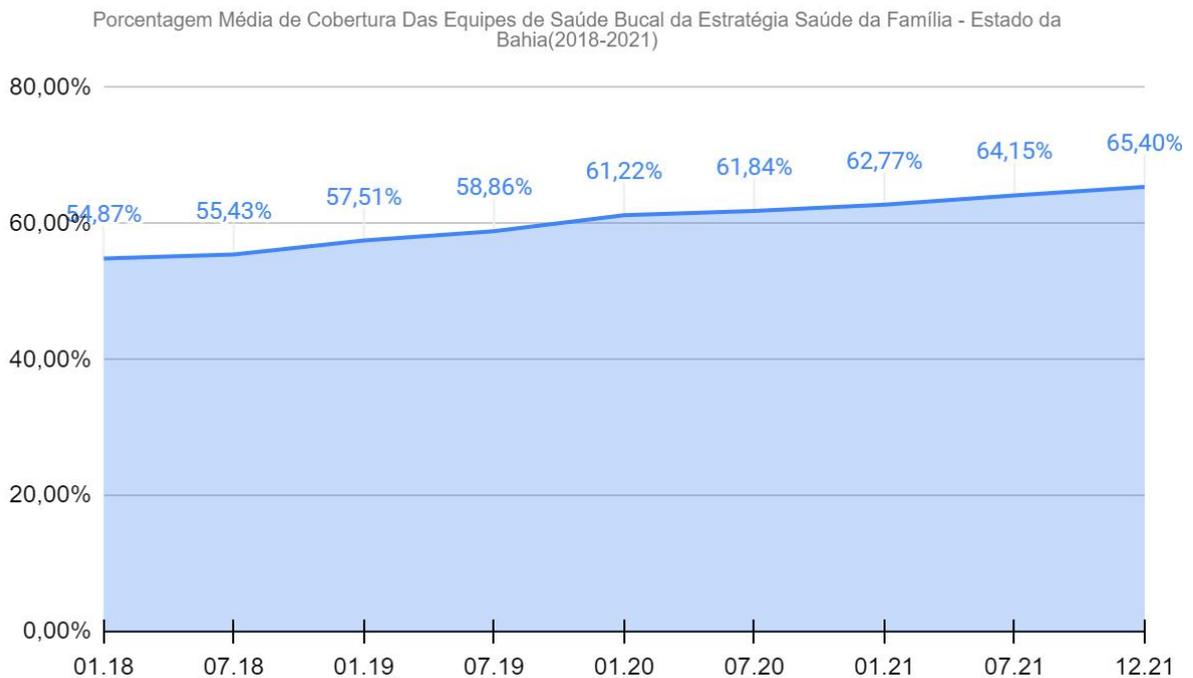
Gráfico 2 - Porcentagem média de cobertura das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família – estado do Piauí (2018 – 2021).



Fonte: Ministério da Saúde (2022).

O estado do Piauí tinha uma porcentagem média de 97,39% no início do período estudado (2018), tendo um leve declínio nos dois anos seguintes e crescendo novamente no ano de 2021 (Gráfico 2).

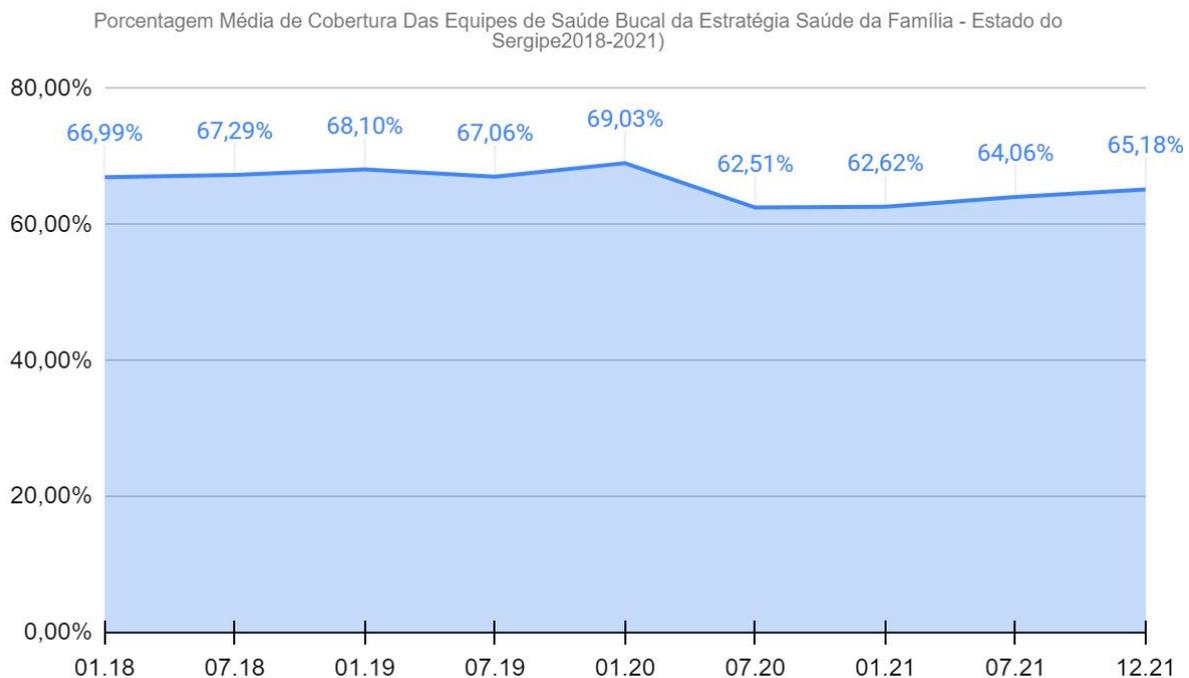
Gráfico 3 - Porcentagem média de cobertura das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família – estado da Bahia (2018 – 2021).



Fonte: Ministério da Saúde (2022).

O estado da Bahia, apesar de apresentar a menor taxa de cobertura, demonstrou um aumento expressivo ao longo do período observado, pois exibiu uma porcentagem média inicial de 55,35% em 2018, tendo um crescimento de cerca de 8,81% até chegar na taxa de 64,16% no último ano (Gráfico 3).

Gráfico 4 - Porcentagem média de cobertura das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família – estado de Sergipe (2018 – 2021).



Fonte: Ministério da Saúde (2022).

O estado de Sergipe foi o único que apresentou uma queda progressiva na taxa de cobertura neste período, com uma redução de 67,13% na média de 2018 para 64,09% na média de 2021 (Gráfico 4).

4. Discussão

Segundo dados desta pesquisa, as Equipes de Saúde Bucal vinculadas a uma Estratégia de Saúde da Família compõem a grande maioria da assistência odontológica na Atenção Básica em todos os estados da região Nordeste (Brasil, 2022). Isso deve ser encarado de forma positiva, uma vez que a literatura científica aponta que municípios com maiores coberturas pela ESF apresentam melhores indicadores de saúde bucal e maiores chances de aumentar o uso de serviços odontológicos (Corrêa & Celeste, 2015; Pinheiro & Torres, 2006; Reis, et al., 2008). Corrêa e Celeste (2015) também lembram que a presença de auxiliares e técnicos de saúde bucal, características da ESF, pode ampliar o acesso e a produtividade e diminuir as desigualdades em saúde bucal, além de reduzir os custos da atenção.

Outrossim, o Nordeste continua sendo a região brasileira que detém o maior índice de cobertura populacional de equipes de saúde bucal vinculadas a uma Estratégia de Saúde da Família. Isso seguiu com o que Pinho, et al. (2015) atestaram ao descreverem esse território como possuidor do maior número de ESBs dentre as cinco macrorregiões, depois de analisarem a evolução dessas equipes entre os anos 2001 e 2013.

Entretanto, a região estudada apresenta algumas disparidades entre os estados. Em dezembro de 2021, o Piauí e Paraíba

apresentaram taxas de cobertura populacional de ESB na ESF próximas do teto de 100%. Pernambuco e Sergipe, por outro lado, cobriam aproximadamente apenas dois terços de suas populações. Do mesmo modo, a quantidade de municípios, de unidades da Estratégia Saúde da Família, de usuários e profissionais disponíveis varia entre os diferentes territórios (Costa, et al., 2018).

Nota-se também que durante o período estudado, alguns estados apresentaram algumas variações negativas (entre janeiro e julho de 2020), como Maranhão, Piauí e Sergipe, mesmo com os números apresentando um crescimento no semestre seguinte. De forma semelhante, Lucena et al. (2020) afirmaram que, ainda que o número de ESBs no Brasil tenha aumentado entre 2017 e 2019, também houve um aumento no número de municípios que diminuíram a quantidade de ESBs na ESF, principalmente nas já desiguais e populosas regiões Nordeste e Sudeste.

Além disso, em 2017, a portaria nº 2.436 do Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e passou a prever a não obrigatoriedade da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Da mesma forma, a emenda Constitucional nº95 limitou o teto com gastos em saúde e educação (Lucena, et al., 2020), fazendo com que os investimentos menos prioritários fossem reduzidos (Reis, et al., 2015). Ademais, durante a pandemia da covid-19 os investimentos com a saúde médica certamente foram preferidos em relação à saúde bucal, visto que no primeiro semestre de 2020 foi o período em que houve a queda do número de ESBs na ESF nos territórios já mencionados.

Portanto, esses eventos podem explicar momentos de redução ou estabilização do número de ESB em alguns dos estados estudados. É importante mencionar que seis (Bahia, Ceará, Maranhão, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe) das nove regiões administrativas da região não conseguiram cobrir nem 75% de suas populações, denotando um resultado aquém do teto de 100%. Os custos elevados de compras de materiais, instrumentais e equipamentos indispensáveis para os atendimentos odontológicos são considerados empecilhos para a implantação dessas equipes (Pinho, et al., 2015).

Por fim, ainda que importante, este estudo apresenta algumas limitações. Ele teve como base dados secundários disponibilizados pelo Ministério da Saúde, sendo passíveis de apresentarem informações equivocadas, informadas pelos municípios dos estados.

5. Conclusão

Esta análise permitiu observar que a evolução do número e proporção de equipes de saúde bucal vinculadas a uma equipe de Estratégia Saúde da Família dos nove estados da região Nordeste entre 2018 e 2021 obteve diferentes e relevantes resultados. Desse modo, apesar de saber que a região Nordeste é a que detém o maior índice de cobertura populacional de equipes de saúde bucal vinculadas a uma Estratégia de Saúde da Família, ainda é necessário um maior enfoque na melhor distribuição na quantidade de equipes de saúde bucal, assim como na melhoria do acesso e na utilização desses serviços de saúde bucal pela população não somente da região nordeste, mas de todo o território brasileiro.

São necessários mais estudos que levem em conta outros indicadores de saúde bucal e opiniões dos usuários do serviço, a fim de avaliar a qualidade da assistência odontológica dos estados da região Nordeste, diferente desta pesquisa que focou na quantificação de informações. Do mesmo modo, é importante que dados socioeconômicos, como IDH, população e investimentos destinados aos estados pelo governo federal, também sejam correlacionados com a cobertura populacional de equipes de saúde bucal com o intuito de investigar o que interfere no acesso ao atendimento odontológico pela população.

Referências

- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/Informe21.pdf>.

- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. E-Gestor atenção básica: informação e gestão da atenção básica. <https://egestorab.saude.gov.br/>.
- Cascaes, A., Dotto, L. & Bomfim, R. (2018). Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 27(1):1-10.
- Chaves, S., Almeida, A., Reis, C., Rossi, T. & Barros, S. (2018). Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2018. *Saúde Debate*. 42(Espec 2):76-91. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s206>.
- Corrêa, G. & Celeste, R. (2015). Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. *Cad Saúde Pública*. 31(12):2588-98.
- Costa, R., Ribeiro, I., Rodrigues, L., & Valença, A. (2018). Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 6(2), 212-219.
- Freire, M. & Patussi, M. (2018). Tipos de estudo. In: Estrela, C. Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa. Editora Artes Médicas, p. 109-127.
- Gabriel, M., Cayetano, M., Chagas, M., Araújo, M., Dussault, G., Júnior, G., & Carrer, F. (2020). Mecanismos de ingresso de cirurgiões dentistas no SUS: Uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Cien Saude Colet*. 25(3):859-868.
- Giovannella, L., Escorel, S., & Mendonça, M. (2003). Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde debate*, 27(65), 278-89.
- Lucena, E., Lucena, C. Alemán, J., Pucca Júnior, G., Pereira, A., & Cavalcanti, Y. (2020). Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. *Revista de Saúde Pública*, 54, 1-10.
- Pereira, C., Patrício, A., Araújo, F., Lucena, E., Lima, K., & Roncalli, A. (2009). Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 985-996.
- Pimentel, F., Albuquerque, P., Martelli, P., Souza, W., & Acioli, R. (2012). Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, s146-s157.
- Pinheiro, R., & Torres, T. (2006). Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 999-1010.
- Pinho, J., Souza, T., Bôas, M., Marques, C., & Neves, P. (2015). Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. *Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas*, 69(1), 80-95.
- Pucca, G., Gabriel, M., Araujo, M., & Almeida, F. (2015). Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *Journal of dental research*, 94(10), 1333-1337.
- Reis, C., Matta-Machado, D., Gonzaga, A., Amaral, J., Werneck, M., & Abreu, M. (2015). Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 667-678.
- Rocha, R., & Goes, P. (2008). Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 2871-2880.
- Roncalli, A., Côrtes, M., & Peres, K. (2012). Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, s58-s68.
- Sousa, J., Maciel, L., Oliveira, C., & Zocratto, K. (2017). Mercado de trabalho em Odontologia: perspectivas dos estudantes concluintes de faculdades privadas no município de Belo Horizonte, Brasil. *Revista da ABENO*, 17(1), 74-86.