

## ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DA RENDA FAMILIAR NA SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS

Brendha Lima Marques<sup>1</sup>  
Paulo Victor da Costa Campos<sup>2</sup>

**RESUMO:** Este trabalho investiga como a renda familiar interfere nas condições de saúde bucal de crianças, considerando que fatores socioeconômicos influenciam diretamente o acesso aos serviços odontológicos, os hábitos de higiene e a ocorrência de doenças orais. A pesquisa foi conduzida por meio de uma revisão integrativa da literatura, reunindo estudos recentes publicados em bases científicas nacionais e internacionais. Os achados mostram que crianças pertencentes a famílias de baixa renda apresentam maior prevalência de cárie dentária, menor acesso a ações preventivas e maiores dificuldades para receber tratamento adequado. Elementos como condições habitacionais e disponibilidade de água tratada também se mostraram determinantes na saúde oral infantil. Os resultados evidenciam que desigualdades econômicas repercutem de forma significativa na saúde bucal das crianças, afetando seu bem-estar e desenvolvimento. Conclui-se que o fortalecimento da atenção básica e a ampliação das políticas públicas de saúde bucal são medidas essenciais para reduzir tais desigualdades e promover melhores condições de saúde na infância.

2578

**Palavras-chave:** Saúde bucal infantil. Determinantes sociais da saúde. Cárie dentária. Renda familiar. Vulnerabilidade social.

**ABSTRACT:** This study examines how family income influences children's oral health, recognizing that socioeconomic factors directly affect access to dental services, hygiene practices, and the development of oral diseases. The research was conducted through an integrative literature review including recent studies from national and international databases. The results indicate that children from low-income families show higher prevalence of dental caries, limited access to preventive measures, and greater obstacles to receiving adequate treatment. Factors such as household conditions and access to treated water also proved relevant to oral health outcomes. The findings demonstrate that economic inequalities significantly impact children's oral health, affecting their well-being and overall development. It is concluded that strengthening primary care and expanding public oral health policies are essential strategies to reduce inequalities and promote better childhood health conditions.

**Keywords:** Children's oral health. Social determinants. Dental caries. Family income. Social vulnerability.

---

<sup>1</sup>Formanda Odontologia, Uninassau Brasília.

<sup>2</sup>Orientador, Professor, Especialista em Odontopediatria, Uninassau Brasília.

## I INTRODUÇÃO

A saúde bucal está associada a qualidade de vida do ser humano e os seus cuidados são de extrema importância. Nos últimos anos o interesse na saúde bucal de crianças vem aumentando, uma vez que problemas orais interferem na qualidade de vida delas, trazendo dificuldades na mastigação, dor, desconforto problemas na fala que podem afetar o desempenho escolar e o desenvolvimento social. (José, et al., 2020).

Os fatores socioeconômicos tem afetado a saúde pública e por consequência a saúde bucal. As crises econômicas atingiram o Brasil a partir de 2011 provocaram o aumento do desemprego causando a desestabilização de instituições e diminuição de verbas para áreas importantes como a saúde. Na tentativa de melhorar e estabilizar a economia do Brasil em dezembro de 2016 foi aprovado a Emenda Constitucional 95, que estabelece o Novo Regime Fiscal (NRF) onde foram limitados os gastos destinados ao atendimento da população com ações e serviços de saúde, essas limitações irão vigorar por 20 anos, até 2036. Pesquisas indicaram piora na saúde dos brasileiros, após esse regime ser adotado. (Probest; Pucca Junior; Pereira e De Carli, et al., 2019).

Estudos realizados, revelaram que a população que possui baixa renda e baixa escolaridade são as mais afetadas por doenças orais, sendo a doença cárie a mais comum, uma vez que a condição socioeconômica determina a atividades preventivas, visitas regulares ao dentista, boa alimentação e escovação adequada. (Queiroz; Braga; Silvestre; Batista; Costa e Almeida, et al., 2020).

Com o advento do SUS (Sistema Único de Saúde) criado pela constituição em 1988 e oficializado em 1990, o Brasil fez a implementação de políticas públicas que buscaram minimizar a desigualdade social através da expansão do acesso à saúde. O SUS atualmente é um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo e que oferece atenção universal à saúde, inclusive bucal, para os mais de 200 milhões de habitantes. (Probest; Pucca Junior; Pereira e De Carli, et al., 2019).

## 2 OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

Avaliar como diferentes faixas de renda familiar influenciam o acesso a cuidados odontológicos preventivos e curativos para crianças.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Investigar os hábitos de higiene bucal das crianças, como escovação diária, uso de fio dental e alimentação, em diferentes contextos de renda familiar. - Examinar a disponibilidade e o acesso a políticas públicas de saúde bucal voltadas para crianças em famílias de baixa renda.

Analisar a prevalência de doenças bucais, como cáries e gengivite, em crianças de diferentes faixas de renda e identificar possíveis padrões relacionados à classe social.

## 3 JUSTIFICATIVA

A renda familiar é um determinante social importante na saúde, afetando diretamente as condições de vida e, conseqüentemente, o estado de saúde das crianças. Crianças que vivem em famílias de baixa renda muitas vezes enfrentam dificuldades para acessar cuidados odontológicos adequados, o que pode levar ao agravamento de problemas bucais e, eventualmente, a sérias complicações de saúde. Além disso, o nível socioeconômico influencia os hábitos alimentares, o que também impacta na saúde bucal.

Este estudo é relevante porque busca compreender a magnitude da influência da renda familiar na saúde bucal das crianças, possibilitando a identificação de barreiras e dificuldades que essas famílias enfrentam. Ao abordar essa questão, pretende-se não só trazer à tona as desigualdades existentes, mas também propor soluções que ajudem a diminuir os índices de doenças bucais infantis e melhorar a qualidade de vida das crianças em diferentes contextos socioeconômicos.

Portanto, a análise da influência da renda familiar na saúde bucal infantil é fundamental para a promoção de uma saúde bucal equitativa e acessível a todas as crianças, independentemente de sua condição socioeconômica.

## 4 METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste em uma revisão integrativa da literatura, fundamentada em uma estratégia de busca minuciosa e criteriosa em bases de dados reconhecidas, a saber: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO), Scholar Google e National Library of Medicine (PUBMED/Medline). Para a seleção dos estudos, foram empregados os seguintes descritores: “Promoção da saúde bucal”, “Saúde bucal infantil”, “Odontopediatria”,

“Prevenção odontológica” e “Políticas públicas de saúde bucal”, contemplando publicações em português e inglês.

Os critérios de inclusão adotados abrangem artigos disponíveis na íntegra, publicados nos últimos cinco anos, e que englobem estudos observacionais, relatos de caso e revisões de literatura. Foram excluídos trabalhos cuja data de publicação exceda cinco anos, protocolos de tratamento que não estejam alinhados com a temática proposta e estudos que não apresentem clareza metodológica ou conceitual sobre o objeto de análise. Os dados obtidos serão minuciosamente analisados e discutidos, de modo a embasar a construção e o aprofundamento desta investigação.

## 5 RESULTADOS

Em um estudo realizado na cidade de Fortaleza com a participação de 100 crianças de 5 e 6 anos, acompanhadas dos respectivos responsáveis legais. A Tabela 1 apresenta a distribuição das crianças com e sem cárie dentária segundo os fatores socioeconômicos avaliados, indicando que 71 (71%) apresentavam cárie dentária (CD). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as crianças com ou sem CD quanto ao número de moradores no domicílio ( $p = 0,336$ ), número de cômodos no domicílio ( $p = 0,062$ ), número de pessoas ocupadas ativamente ( $p = 0,330$ ), recebimento do benefício Bolsa Família ( $p = 0,321$ ) e acesso à água encanada ( $p = 0,492$ ).[6]

2581

**Tabela 1.** Associação entre a presença de cárie dentária e variáveis socioeconômicas e domiciliares em crianças de população vulnerável. Fortaleza, Brasil, 2024.

	Cáries Dentárias		$\chi^2$	p*
	Sim (n = 71)	Não (n = 29)		
Membros da família				
≤5	53 (73.6%) <sup>a</sup>	19 (26.4%) <sup>a</sup>	0.851	0.336
>5	18 (64.3%) <sup>a</sup>	10 (35.7%) <sup>a</sup>		
Número de cômodos				
≤2	64 (74.4%) <sup>a</sup>	22 (25.6%) <sup>a</sup>	3.487	0.062
>2	7 (50%) <sup>a</sup>	7 (50%) <sup>a</sup>		
Indivíduos empregados ativamente				
≤4	34 (66.7%) <sup>a</sup>	17 (33.3%) <sup>a</sup>	0.949	0.330
>4	37 (75.5%) <sup>a</sup>	12 (24.5%) <sup>a</sup>		
“Bolsa família”				
Yes	55 (68.8%) <sup>a</sup>	25 (31.3%) <sup>a</sup>	0.983	0.321
No	16 (80%) <sup>a</sup>	4 (20%) <sup>a</sup>		
Água encanada				
Yes	66 (70.2%) <sup>a</sup>	28 (29.8%) <sup>a</sup>	0.472	0.492
No	5 (83.3%) <sup>a</sup>	1 (16.7%) <sup>a</sup>		

A Tabela 2 mostra a distribuição das crianças com e sem dor dentária, destacando que a maioria das crianças ( $n = 68$ , 68%) não sente dor. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na distribuição das crianças com ou sem dor dentária quanto ao número de moradores no domicílio ( $p = 0,330$ ), número de cômodos no domicílio ( $p = 0,361$ ), número de trabalhadores ocupados ( $p = 0,571$ ) ou recebimento do benefício Bolsa Família ( $p = 0,830$ ). Apenas o acesso à água encanada apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,005$ ), com 71,3% da amostra não apresentando dor dentária. [6]

**Tabela 2.** Associação entre a presença de dor dentária e variáveis socioeconômicas e domiciliares em crianças de população vulnerável. Fortaleza, Brasil, 2024.

	Dor Dentária		$\chi^2$	$p^*$
	Sim ( $n = 32$ )	Não ( $n = 68$ )		
Membros da família				
$\leq 5$	21 (29.2%) <sup>a</sup>	51 (70.8%) <sup>a</sup>	0.949	0.330
$> 5$	11 (39.3%) <sup>a</sup>	17 (60%) <sup>a</sup>		
Número de cômodos				
$\leq 2$	29 (33.7%) <sup>a</sup>	57 (66.3%) <sup>a</sup>	0.836	0.361
$> 2$	3 (21.4%) <sup>a</sup>	11 (78.6%) <sup>a</sup>		
Indivíduos empregados ativamente				
$\leq 4$	15 (29.4%) <sup>a</sup>	36 (70.6%) <sup>a</sup>	0.320	0.571
$> 4$	17 (34.7%) <sup>a</sup>	32 (65.3%) <sup>a</sup>		
“Bolsa família”				
Yes	26 (35.5%) <sup>a</sup>	54 (67.5%) <sup>a</sup>	0.046	0.830
No	6 (30%) <sup>a</sup>	14 (70%) <sup>a</sup>		
Água encanada				
Yes	27 (28.7%) <sup>a</sup>	67 (71.3%) <sup>b</sup>	7.730	0.005*
No	5 (83.3%) <sup>a</sup>	1 (16.7%) <sup>b</sup>		

A matriz de correlação (Tabela 3) mostra que o número de cômodos no domicílio ( $p = 0,002$ ;  $r = -0,310$ ) e a renda em reais ( $p = 0,001$ ;  $r = -0,317$ ) apresentaram correlação inversamente proporcional com o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD). Ou seja, quanto menos cômodos no domicílio ou menor a renda familiar, maior o índice CPOD. Foi observada correlação inversamente proporcional para o nível de dor dentária e acesso à água encanada ( $p = 0,002$ ;  $r = -0,310$ ). Ou seja, quanto menor o acesso à água encanada, maiores os níveis de dor dentária, enquanto o índice CPOD ( $p < 0,001$ ;  $r = 0,412$ ) apresentou correlação diretamente proporcional, indicando que quanto maior o índice, maior o nível de dor dentária. Correlações significativas foram testadas por meio de regressão linear múltipla, que mostrou que o número

de cômodos no domicílio ( $p = 0,023$ ) e a renda em reais ( $p = 0,022$ ) são preditores do índice CPO-D. O acesso à água encanada ( $p = 0,001$ ) e o índice CPO-D ( $p = 0,010$ ) foram fatores preditores para o nível de dor dentária. [6]

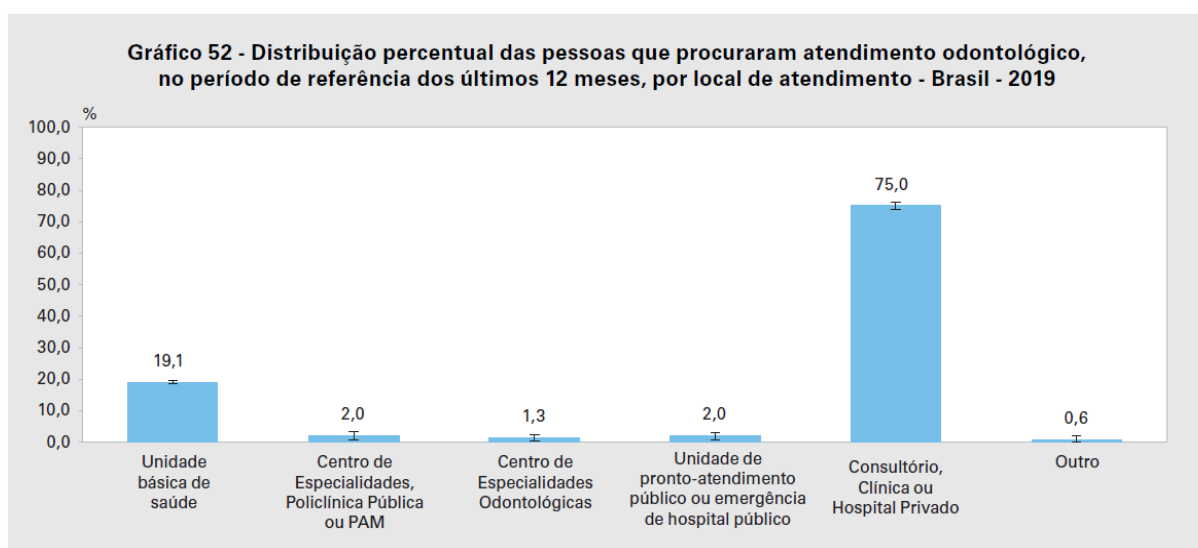
**Tabela 3.** Matriz de fatores socioeconômicos mostrando o índice CPOD e o nível de dor dentária das crianças avaliadas. Fortaleza, Brasil, 2024.

	CPOD		Nível de dor dentária	
	p	r	p	r
Membros da família	0.430	-0.080	0.245	0.117
Quartos	0.002*	-0.310	0.924	-0.010
Artigos para o lar	0.464	0.74	0.731	0.035
Água Encanada	0.125	-0.154	0.002*	-0.310
“Bolsa família”	0.480	-0.071	0.816	0.024
Renda em reais	0.001*	-0.317	0.870	-0.017
CPOD	-	-	<0.001*	0.412
Anos de escolaridade da mãe	0.812	-0.024	0.656	-0.045
Criança alfabetizada	0.951	-0.006	0.282	0.109
Criança frequentando escola	0.226	0.122	0.435	0.079

No gráfico 01 é possível ver a distribuição percentual das pessoas que receberam atendimento odontológico no ano de 2019.

2583

**Gráfico 01** Distribuição percentual de pessoas que procuraram atendimento odontológico no período de referência dos últimos 12 meses, por local de atendimento – Brasil – 2019.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

**Fonte:** IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

## 6 DISCURSÃO

O motivo que levou a produzir este artigo, foi o tempo de estágio onde pude vivenciar os dois contextos socioeconômicos da odontologia, o primeiro em clínica privada, onde observei a expressiva diferença de atendimento, visto que lá temos acesso a todos os materiais, sem restrições, além disso as crianças possuem acesso total aos tratamentos específicos para o seu caso, pois a clínica possui profissionais de diferentes especialidades, dito isso também costumam visitar o dentista de 6 em 6 meses para avaliação e possuem poder aquisitivo suficiente para arcar com todo o tratamento recomendado pelo profissional.

Por outro lado, na Unidade Básica de Saúde (UBS), notou-se que a maioria das crianças possuíam doenças bucais, tendo a doença carie dentaria a mais comum entre elas, nessas unidades é notório a grande falta de materiais necessários para a realização de tratamentos, na maioria das vezes materiais simples como, luvas, sugadores, resinas e anestésicos, então consequentemente acaba limitando os atendimentos e a continuidade no tratamento do paciente. Além disso a UBS não disponibiliza todas as especialidades odontológicas. Assim, quando por exemplo um paciente procura atendimento se queixando de dor e o caso requer um tratamento específico, o profissional infelizmente acaba se vendo limitado a realizar apenas a medicação inicial, e encaminhar o paciente para um especialista, o que na maioria das vezes, esse encaminhamento se resulta na busca por um atendimento em clínicas privadas, como se trata de um caso urgente, o paciente não pode aguardar ser chamado para o tratamento na unidade pública, pois na maioria das vezes, o tempo de espera é prolongado.

2584

Estes dados podem ser verificados

A saúde bucal da população tem reflexo na saúde integral e na qualidade de vida do indivíduo – logo, com reflexos na sociedade. A saúde bucal pode ser garantida por meio da prevenção, especialmente de bons hábitos de escovação e visitas regulares ao consultório odontológico, uma vez que a maioria dos problemas de saúde bucal é evitável e pode ser tratada em seus estágios iniciais (IBGE, 2015). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças bucais representam um grande ponto de atenção para a saúde de muitos países e afetam as pessoas ao longo da vida, causando dor, desconforto, desfiguração e até morte. Essas doenças compartilham fatores de risco comuns com outras doenças não transmissíveis importantes. Estima-se que as doenças bucais afetem cerca de 3,5 bilhões de pessoas no mundo – ou seja, quase metade da população mundial (OMS, 2020). A saúde bucal da população tem reflexo na saúde integral e na qualidade de vida de toda a sociedade. A

melhoria da situação da saúde bucal se dá por meio da prevenção, especialmente de bons hábitos de escovação e visitas regulares ao consultório odontológico. A investigação do tema é um importante instrumento para proporcionar informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento. (PNS 2019-IBGE)

Segundo Calixto (2024), durante anos, a odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era difícil e limitado, sendo a extração dentária o principal tratamento ofertado à população pela rede pública, permanecendo a visão do cirurgião-dentista com foco apenas na clínica (Brasil, 2015; Oliveira *et al.*, 2022).

A introdução das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família só aconteceu no ano de 2000, seis anos após a sua implantação, mediante a Portaria n.º 1.444 do Ministério da Saúde que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios, e também previa uma ESB para cada duas equipes de ESF.

Alguns meses depois, em março de 2001, foi publicada a Portaria n.º 26 com o objetivo de regulamentar e estabelecer o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Primária, descrevendo os procedimentos a serem realizados pelas ESB bem como os tipos de equipe: Modalidade I, composta por Cirurgião Dentista (CD) e Atendente de Consultório Dentário (ACD), atual Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); Modalidade II, composta por CD, ASB e Técnico em Higiene Dentária (THD), atual Técnico em Saúde Bucal (Brasil, 2002).

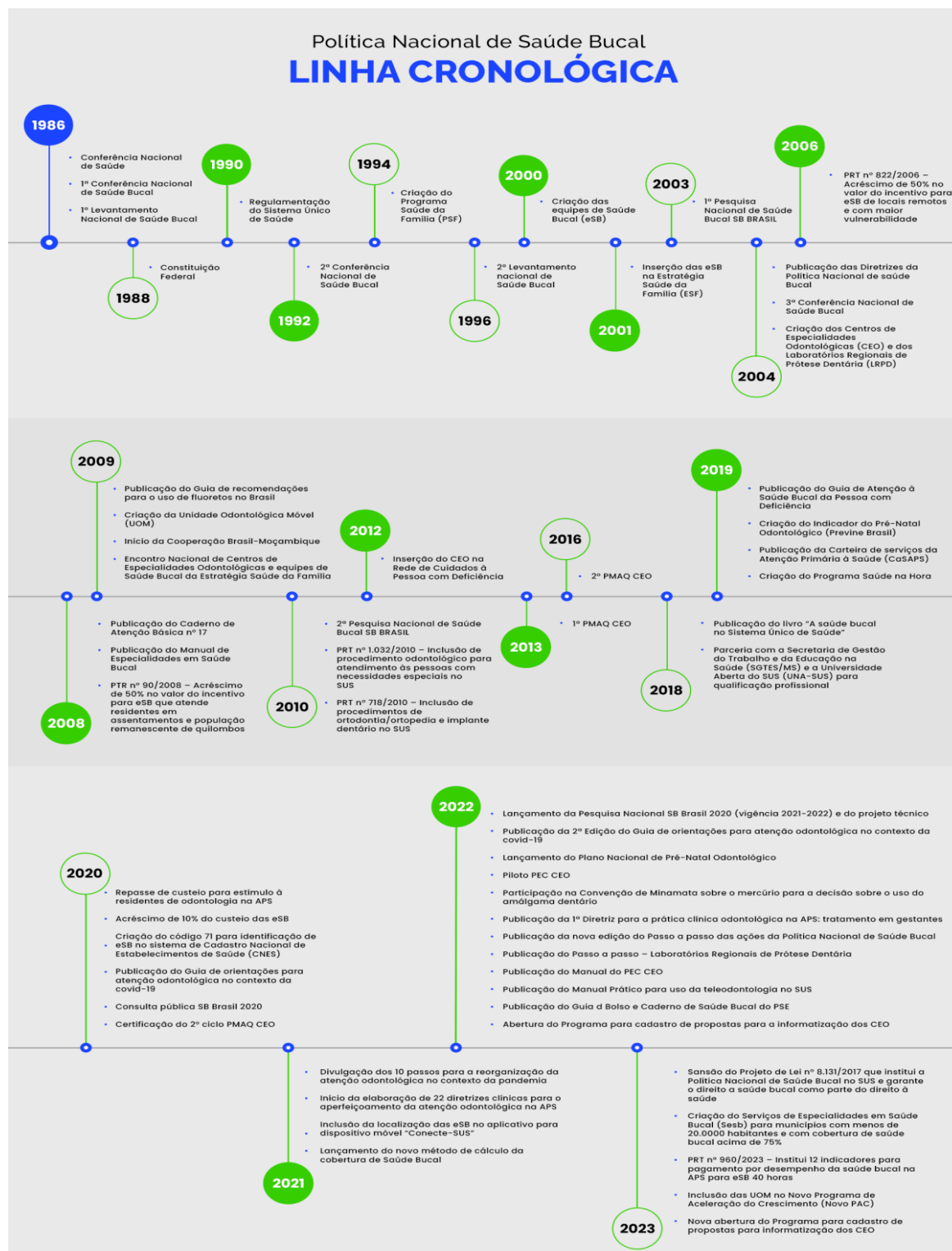
2585

O marco teórico da saúde bucal no Brasil é a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), criada em 2003 e efetivada por meio do Programa Brasil Sorridente (Brasil, 2008). Em 2000, o Brasil Sorridente foi anunciado como a maior política pública de saúde bucal do mundo, instituindo medidas com o objetivo de garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, ampliando o acesso ao tratamento odontológico no SUS. As principais linhas de ação do programa são: reorganização da atenção básica; ampliação e qualificação da atenção especializada (por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD)) e fluoretação das águas de abastecimento e vigilância em saúde bucal.

A Figura 1 apresenta uma linha do tempo com um breve histórico da PNSB no Brasil no período de 1986 a 2023.



**Figura 1 - Linha Cronológica da Política Nacional de Saúde Bucal**



**Fonte:** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Acesso em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), o tratamento para problemas de saúde bucal é caro e geralmente não faz parte da cobertura de saúde pública. A maioria dos países de renda baixa e média não tem condições de fornecer serviços para prevenir e tratar problemas de saúde bucal. A rede de saúde pública do Brasil oferece programas e ações (como o Brasil Sorridente) em suas unidades de saúde básica. Apesar disso, a pesquisa estimou que o atendimento odontológico no país, em 2019, ocorreu preponderantemente em consultório particular ou clínica privada, totalizando 75,0% dos atendimentos. As Unidades Básicas de Saúde foram responsáveis por 19,1% dos atendimentos. (PNS 2019-IBGE)

De acordo com o estudo de Martins e Jetelina (2016) 88,3% dos pais entrevistados tinha conhecimento que a escova de cerdas macias e cabeça pequena eram a melhor escolha, enquanto 55% sabia que a concentração de creme dental que deve ser manuseada é comparada com um grão de arroz. Enfatizando que a atenção não deve ser voltada apenas pra quantidade de creme dental, pois é a técnica utilizada na escovação que irá implicar em uma boa saúde bucal.[7]

A progressão da cárie precoce da infância pode resultar em abandono escolar porque está relacionada à atividade de cárie na infância e durante o surgimento da dentição permanente, afetando a qualidade de vida das crianças e de suas famílias. Consequências imediatas e de longo prazo podem ocorrer, como aprendizado prejudicado e abandono escolar. Além disso, a cárie pode predispor ao comportamento social negativo, e as crianças afetadas frequentemente se tornam suscetíveis ao bullying por seus colegas. Portanto, a atenção à saúde ajuda a prevenir problemas de saúde bucal, salvaguardando a saúde bucal de crianças menores de 3 anos, reduzindo a prevalência de cárie durante a primeira infância e depois. Oferecer orientação às mães durante a gravidez para incentivar hábitos saudáveis é crucial. Além disso, esforços multidisciplinares são indispensáveis, usando estratégias socioeducacionais coletivamente para aumentar o engajamento de crianças e seus cuidadores, levando a uma prevenção e manutenção da saúde mais eficazes. [3]

2587

## REFERENCIAS

1. PROBST, Livia Fernandes et al. Impacto das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4437-4448, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23132019>. Disponível em: [http://scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001204437](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204437). Acesso em: 08 de abril de 2025.

2. JOSÉ, Nicole Aimée Rodrigues. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças e adolescentes. 2020. 112 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) —Universidade de Brasília, Brasília, 2020.
3. QUEIROZ, Faldryene de Sousa Maria; BRAGA, Luísa de Assis; SILVESTRE, Tuanny Lopes Alves; BATISTA, Édila Pablizia Cavalcante; COSTA, Luciana Ellen Dantas; ALMEIDA, Eliete Rodrigues de. Qualidade de vida de crianças pré-escolares e sua relação com a cárie dentária e fatores sociodemográficos. *Revista Archives of Health Investigation* V.10 n. 7 p.1090-1098, 09/2021 disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/5078>. Acesso em: 08 de abril de 2025.
4. PINHO, Rodolfo Alves de. Saúde bucal e qualidade de vida de crianças com e sem transtorno do espectro autista e/ou transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. <http://hdl.handle.net/1843/76980>. Acesso em: 08 de abril de 2025.
5. PESQUISA nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, [Ministério da Saúde]
6. MARQUES PLP, Cavalcante AUM, Saraiva e Silva MPS, Simplício IMP, Ramalho AMJN, Marques KBG, Cardoso MCLB, Veloso CS, Sousa ZS, Branco TC, Aguiar DML. Fatores associados à prevalência de cárie dentária entre crianças socialmente vulneráveis. *Brazilian Journal of Clinical Medicine and Review*. 2025;Jan-Dec;03(1):bjcmr21.<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcmr.2025.3.1.bjcmr21>
7. CAVALCANTE M.B., Franco R. S., Costa S. K., Meira G. F. A influência dos pais ou responsáveis na saúde bucal de crianças de 0 a 12 anos; *Research, Society and Development*, v. 11, n. 16, e161111638207, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38207>
8. MARTINS, C. L. C., et al. (2016). Conhecimento dos pais sobre saúde bucal na infância e a relação com o motivo da consulta odontológica. *J Oral Invest*, 5(1), 27-33, ISSN 2238-510X. < <https://core.ac.uk/> >.
9. CALIXTO, A. A. M. (2024). Serviços de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde: uma reflexão sobre o que é preciso mudar. Dissertação mestrado em saúde da família.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 14.572, de 26 de abril de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 79, p. 1, 2023. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2023-2026/2023/Lei/L14572.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14572.htm). Acesso em: 22 agosto 2025.

12. OLIVEIRA, M. T. P. et al. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 32, n.1, 2022.