



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**



**DIANA CAROLINA RUIZ MENDOZA**

**Saúde bucal e atenção primária no SUS: Uma  
análise da Política Nacional de Saúde Bucal**

Salvador  
2016

**DIANA CAROLINA RUIZ MENDOZA**

**Saúde bucal e atenção primária no SUS: Uma  
análise da Política Nacional de Saúde Bucal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária na área de concentração de Planificação e Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Guadalupe Medina

Salvador

2016

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

R934s Ruiz, Diana Carolina.

Saúde bucal e atenção primária no SUS: uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal / Diana Carolina Ruiz.-- Salvador: D.C.Ruiz, 2016.

112 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Guadalupe Medina.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva.  
Universidade Federal da Bahia.

1. Política Nacional de Saúde Bucal. 2. Atenção Básica. 3. Estratégia de Saúde da Família. 4. Modelo de Atenção. 4. Práticas. 5. Processo de Trabalho em Saúde. I. Título.

CDU 614

---

**DIANA CAROLINA RUIZ MENDOZA**

**Saúde bucal e atenção primária no SUS: Uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária na área de concentração de Planificação e Gestão em Serviços de Saúde.

Data da Defesa: 06/06/2016

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Carlos Botazzo \_\_\_\_\_  
Faculdade de Saúde Pública/USP

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Garrido de Barros \_\_\_\_\_  
Faculdade de Odontologia/UFBA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosana Aquino Guimarães Pereira \_\_\_\_\_  
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Guadalupe Medina – Orientadora \_\_\_\_\_  
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Ao Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, ao GRAB  
e aos meus amigos e colegas.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as famílias que têm me acolhido neste processo:

A minha família de sangue: meus pais, minha avó, meus irmãos, minha quase irmã e meu sobrinho por aguardar por mim e me acompanhar na distância.

A minha família bartolina: meus amigos-irmãos de infância e de toda a vida, por me dar suporte para começar este caminho e me encher de energia para continuá-lo.

A minha família da Universidade Nacional da Colômbia porque a minha formação ali me permitiu ser uma dentista diferente e porque ali nasceu meu interesse na pesquisa.

A minha família de amigos colombianos e estrangeiros no Brasil.

E muito especialmente a minha família do **GRAB** por ter me acolhido na pesquisa e no grupo e por ter me acompanhado na complexa caminhada da adaptação na vida baiana e neste árduo processo do mestrado: A minha orientadora, professora Maria Guadalupe Medina por compartilhar comigo seu conhecimento, sua experiência e seu tempo, por me acompanhar e se preocupar por mim. A Valeria por sempre escutar, aconselhar e ajudar. Ao Leo por ser a pessoa mais amável que já conheci, maravilhoso amigo e um excelente pesquisador sempre atento a me ajudar neste percurso. A todos os demais membros do grupo professores, alunos, colegas, especialmente a Nília e Elzo por seu companheirismo, por me brindar sua amizade, compartilhar comigo seus conhecimentos, experiências e me animar para continuar.

RUIZ, Diana Carolina. Saúde bucal e atenção primária no SUS: **Uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal**. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

## RESUMO

Desde o início dos anos 2000, a política de atenção à saúde bucal (PNSB) vem apresentando grandes mudanças no cenário brasileiro, especialmente após a inclusão das equipes de saúde bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF) e a implantação da PNSB de 2004. A partir desses processos houve importantes ganhos na oferta de serviços de saúde bucal, mas segundo o que indicam diferentes pesquisas, as práticas desenvolvidas pelas ESB na ESF parecem não ter mudado. De acordo com isso, este estudo teve por objetivos a) realizar uma análise estratégica da Política Nacional de Saúde Bucal em seu componente atenção básica, b) aprimorar a situação-objetivo da atenção à saúde bucal à luz do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), c) analisar a coerência interna entre objetivos e estratégias/atividades da PNSB no seu componente atenção básica, d) analisar a coerência entre os objetivos e atividades propostos pela política com a situação-objetivo da atenção à saúde bucal e com as práticas desenvolvidas pelos CD na ESF d) cotejar essas práticas com a situação-objetivo. Este estudo orientou-se pelo referencial teórico de processo de trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1988), de modelos de atenção em saúde (PAIM, 2012; TEIXEIRA E VILASBOAS, 2014) e as contribuições e considerações de Chaves e Botazzo (2014) para saúde bucal. Foi realizada uma análise estratégica da PNSB a partir da análise conjunta e cotejamento entre a situação-objetivo da atenção à saúde bucal, a análise lógica direta da política no seu componente de Atenção Básica e as práticas desenvolvidas pelas ESB e a organização da atenção à saúde bucal na ESF. Foram utilizadas estratégias complementares, quais sejam: aprimoramento da situação objetivo, análise lógica direta (BRUSELLE et al., 2011) e revisão sistemática. Encontrou-se que ainda que no discurso da PNSB os objetivos tenham girado em torno da melhoria dos índices epidemiológicos na área e na reorganização das práticas, as atividades propostas se orientaram principalmente para ampliação do acesso. De maneira contraditória com o ideário do MRSB e com o discurso da PNSB, as práticas que os estudos incluídos na revisão sistemática evidenciaram, indicaram que as necessidades reais da população eram negligenciadas. O objeto do processo de trabalho continuava limitado à doença e aos riscos. Desta maneira, conclui-se que a PNSB apresenta incoerências internas e externas de frente à situação-objetivo e parece mais focada na ampliação do acesso à atenção à saúde bucal do que à mudança do modelo de atenção, o qual é reproduzido nas práticas desenvolvidas pelas equipes ESB na Atenção Básica.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde bucal, saúde bucal, atenção básica, estratégia de saúde da família, modelo de atenção, práticas, processo de trabalho em saúde.

RUIZ, Diana Carolina. **Oral health and primary care in the “SUS”: na analysis of the National Oral Health Policy.** 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

## **ABSTRACT**

Since the early 2000s, the oral health care policy (OHCP) has shown great changes in Brazil, especially after the inclusion of oral health teams (OHT) in the Family Health Program and the implementation of OHCP of 2004. Because of this there have been significant gains in the provision of oral health services, but different surveys indicate that the practices developed by OHT in the Family Health Care Strategy (FHCS) have not changed. According this, this study aims: to make a strategic review about the primary care in the National Oral Health Policy; to improve the situation-goal of oral health care in light of the Movement of the Brazilian Health Reform (MBHR); and to analyze the internal coherence between OHCP's objectives and strategies/activities in its component primary care, analyzing the consistency between the objectives and activities proposed by the policy with the situation-goal of oral health care and the practices developed by dentist in the OHT and to collate these practices with the situational-goal. This study was guided by the theoretical framework of health work process (MENDES-GONÇALVES, 1988), in health care models (PAIM, 2012; TEIXEIRA and VILASBOAS, 2014) and contributions and considerations key in oral health (CHAVES and BOTAZZO, 2014). Through this theoretical framework, we developed a strategic review comparing the situational-goal of oral health care, the direct logical analysis of the policy in primary care and practices developed by OHT and the organization of health care oral in the FHCS. Methodological strategies were used to improvement of the situation-goal: direct logical analysis (BRÛSELLE et al., 2011) and the systematic review. It was found that the goals of the policy are the improvement of the epidemiological indicators in the area and the reorganization of the practices, but the proposed activities only increased access. It was found that contradictory to the way with which the ideas of MBHR and the discourse of OHCP, the practices that the study included in the systematic review indicated that the real needs of the population were neglected. The work process object still limited to disease and risks. The conclusion is that the OHCP has internal and external incoherencies with the situation-goal and is more focused on expanding access to oral health care than to change the care model, which is reproduced in the practices developed by OHT in primary care.

**Key Words:** National Oral Health Policy, oral health, primary care, care model.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Avaliação da qualidade dos artigos selecionados na revisão sistemática	27
Quadro 2	Artigos incluídos na revisão sistemática	73
Figura 1	Fluxograma síntese das etapas da revisão sistemática	26
Figura 2	Situação objetivo da atenção à saúde bucal no Brasil	32
Figura 3	Linha do tempo da Política Nacional de saúde bucal: processo de trabalho, organização e indicadores de monitoramento e avaliação	56
Figura 4	Objeto de trabalho, agentes, meios e práticas desenvolvidas pelas ESB na atenção básica observados nos estudos empíricos selecionados	76
Figura 5	Cotejamento entre a situação-objetivo, a PNSB e as práticas desenvolvidas pelas ESB	91
Gráfico 1	Financiamento dos serviços de saúde bucal na atenção básica de 2000 a 2015	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACD	Auxiliar de consultório dentário
ACS	Agente Comunitário de saúde
ASB	Auxiliar de saúde bucal
CD	Cirurgião dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CPO	Cariado Perdido Obturado
EACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
ECEO	Encontros Científicos de Estudantes de Odontologia
eCR	Equipe de consultório na rua
ESB	Equipe de saúde bucal
ESB MI	Equipe de saúde bucal modalidade I
ESB MII	Equipe de saúde bucal modalidade II
ESF	Estratégia de Saúde da família
ESFR	Equipes de saúde da família ribeirinhas
FIO	Federação Interestadual dos Odontologistas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MBRO	Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da família
SB	Saúde bucal
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de higiene dental
TSB	Técnico de saúde bucal
UBS	Unidade básica de saúde
UBSF	Unidade básica de saúde fluvial
UOM	Unidade odontológica móvel
USF	Unidade odontológica móvel

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	OBJETIVOS	17
3.	MÉTODO	18
3.1	Referencial teórico	18
3.2	Desenho do estudo	21
3.2.1	Aprimoramento da situação-objetivo da atenção à saúde bucal	22
3.2.2	Análise lógica direta da Política Nacional de Saúde Bucal no seu componente de Atenção Básica	23
3.2.3	Revisão sistemática sobre organização e práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal na Atenção Básica	25
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
4.1	Situação objetivo da atenção à saúde bucal	28
4.2	Incoerências e contradições internas na Política Nacional de Saúde Bucal no seu componente de Atenção Básica	33
4.3	Processo de trabalho das equipes de saúde bucal na Atenção Básica	58
4.4	Cotejamento da situação objetivo com a Política Nacional de Saúde Bucal e a organização e práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal na Atenção Básica	79
5.	Considerações finais	93
	Referencias	96
	Apêndice A - Sistematização de documentos jurídico-normativos sobre a Atenção Básica na Política Nacional de Saúde Bucal	106
	Apêndice B – Estratégias de busca usadas para a revisão sistemática	111
	Anexo A - Instrumento de Avaliação da Qualidade dos Artigos	112

## 1. INTRODUÇÃO

Desde o início dos anos 2000, a política de atenção à saúde bucal vem apresentando mudanças no cenário brasileiro, especialmente após a inclusão dos profissionais e serviços de saúde bucal como parte do Programa de Saúde da Família (PSF). Essas mudanças foram resultado de um longo processo de discussões e lutas de poder, gestadas a partir da década de 1970, na conjuntura da luta pela redemocratização do país e no movimento da Reforma Sanitária Brasileira (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

Nesse processo, identificamos o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO) iniciado em 1985 e os Encontros Científicos de Estudantes de Odontologia (ECEOS), os quais foram espaços de vínculo e inserção no movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Ademais, permitiram a politização das questões de saúde bucal, crítica aos programas focalizados verticais vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e ao processo de trabalho odontológico, propondo sua inovação, reorganização do espaço físico do consultório e a formação da equipe de saúde bucal (ZANETTI, 1993; SOARES, 2014).

Como o indica Paim (2008) no movimento de Reforma Sanitária Brasileira concentraram-se diferentes forças ideológicas, políticas, e sociais que permitiram que em 1986, fosse realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) onde se reafirmou a saúde como direito dos cidadãos e se delinearam as bases fundamentais do que seria o Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM et al. 2011; AQUINO et al, 2014). Deliberações que seriam defendidas em 1988 na Assembleia Nacional Constituinte (PALUDETTO JUNIOR, 2013) de modo que, na nova Constituição Federal, a saúde foi estabelecida como direito fundamental e dever do Estado, e foi proposta a criação do SUS (BRASIL, 1988).

No que concerne especificamente à saúde bucal, como parte integrante da 8ª CNS, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), que em seu Relatório Final reconheceu que o modelo de prática odontológica institucionalizado no Brasil se caracterizava “por sua ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador” (BRASIL, 1986, p. 4). Por isso, propôs mudanças no mesmo, com a inserção do Programa Nacional de Saúde Bucal ao interior do Sistema Único de Saúde, a estatização dos serviços odontológicos e a realização de uma “prática odontológica

integral, baseada na simplificação, desmonopolização e prevenção” (BRASIL, 1986, p. 7).

De maneira contraditória com as conclusões da 8ª CNS, da 1ª CNSB e da Constituição Federal, a atenção à saúde bucal, no âmbito dos serviços públicos de saúde, continuou-se desenvolvendo através de programas centralizados e verticais que priorizavam quase exclusivamente os grupos populacionais em idade escolar. Ademais, as ações estavam focadas no controle da cárie dental através do uso de selantes, dentífricos, bochechos e fluoretação da água (NARVAI e FRAZÃO, 2008; PALUDETO JUNIOR, 2013; NARVAI e FRAZÃO, 2009). Práticas que caracterizaram também a Política Nacional de Saúde Bucal que o Ministério da Saúde aprovou em 1989 (NARVAI e FRAZÃO, 2008; SOARES, 2014) e que foi duramente criticada pelo MBRO por não seguir as propostas da 1ª CNSB (PALUDETO JUNIOR, 2013).

Em 1993, realizou-se a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, também como parte constituinte da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Segundo seu relatório final:

O modelo de saúde bucal vigente no Brasil, caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira. É ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação (BRASIL, 1993, p. 6).

Também nesse Relatório, ressaltava-se a necessidade do reconhecimento da saúde bucal como direito de cidadania e dentro de um modelo de atenção sob as bases da Reforma Sanitária Brasileira. Assim, a atenção primária em saúde bucal deveria ser realizada pela rede básica de saúde de cada município, através de equipes multiprofissionais de saúde bucal que incluiriam cirurgiões dentistas, auxiliares, técnicos e o agente comunitário de saúde. Profissionais que, preferencialmente, deveriam ser oriundos da comunidade onde iriam trabalhar e com formação em saúde pública (BRASIL, 1993).

Durante o processo de conformação do SUS, em 1991, criou-se o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) nas regiões Nordeste e Norte (AQUINO et al., 2014). As propostas de mudança que priorizavam a atenção básica e o PACS deram a base para que em 1994 o Ministério de Saúde apresentasse o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para a consolidação do SUS, dentro dos princípios ideológicos fundamentais de universalidade e integralidade (BRASIL,

1997; AQUINO et al., 2014).

Desta maneira, a proposta do PSF que passaria ser chamada de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006, baseia-se na compreensão ampliada do processo saúde-doença, busca a reorganização da prática assistencial, do processo de trabalho em saúde, através do reconhecimento do novo objeto de atenção centrado na família e no território (BRASIL, 1997).

Novamente, de maneira contraditória às propostas da 2ª CNSB, quando se iniciou o Programa de Saúde da Família, em 1994, os profissionais de saúde bucal não foram incluídos como parte deste. Os serviços de saúde bucal continuaram sendo priorizados para a população em idade escolar e de atenção às urgências nos adultos.

Porém, vários municípios brasileiros já tinham implementado ou estavam implementando seus próprios modelos municipais ou locais de saúde bucal (ZANETTI, 1993; SERRA, 2001; PALUDETO JUNIOR, 2013; SILVESTRE, 2013). Experiências deste tipo foram desenvolvidas em cidades como Curitiba (PR), Sobral (CE), Belo Horizonte (MG), Campinas, Santos, São Paulo (SP), Camaragibe (PE), Porto Alegre (RS), Niterói (RJ) e no Distrito Federal. (ZANETTI, 1993; SERRA, 2001; SILVA, 2011; MARTELLI, 2011). Segundo Calado (2002), antes da inclusão oficial do cirurgião dentista (CD) no PSF, em todo Brasil se conheciam 76 experiências de participação deste profissional nas equipes de saúde da família.

Naquele momento, a discussão sobre a necessidade de participação dos CD nas equipes de saúde do PSF agregou entidades odontológicas como a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), os Conselhos de Saúde e os ativistas profissionais da odontologia em saúde pública (NARVAI e FRAZÃO, 2008; NARVAI, 2011).

Posteriormente, também se agregariam nessa discussão outras corporações odontológicas, como a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e o Conselho Federal de Odontologia (CFO) (NARVAI e FRAZÃO, 2008; NARVAI, 2011). Bleicher (2011) ressalta que grande parte do interesse destas organizações odontológicas de frente à possibilidade de inserção dos CD no PSF estava mediada pela crise da odontologia liberal de mercado devida ao incremento acelerado da quantidade de dentistas no país. De modo que a inserção do CD nessas equipes abriria um novo mercado de trabalho para estes profissionais.

Além disso, no ano 2000 a divulgação dos resultados da Pesquisa Nacional por

Amostra de Domicílios (PNAD) sobre acesso e utilização de serviços de saúde, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicou que, em 1998 cerca de 29,6 milhões de brasileiros, nunca haviam ido ao dentista (IBGE, 2000).

Esses fatos, favoreceram que o Ministério de Saúde estabelecesse um incentivo financeiro para reorganizar a atenção em saúde bucal e incluir Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família com a Portaria Ministerial N° 1444 de 28/12/2000, regulamentada pela portaria 267 GM/MS de março de 2001. (SOARES et al., 2011; RIANI, CHAGAS, e SILVESTRE, 2006; PALUDETO JUNIOR 2013).

Pretendia-se que a inserção da saúde bucal no PSF não somente favorecesse o acesso a este tipo de serviço, melhorando os indicadores epidemiológicos, bem como a reorientação das ações de saúde bucal em consonância com as diretrizes do PSF (BRASIL, 2001a). Mas o processo de implantação das equipes de saúde bucal teve formas diversas devido a diferenças nas realidades locais, recursos humanos, financiamento e ainda pela inserção tardia dos serviços e profissionais de saúde bucal no PSF (LOURENÇO, 2009).

Em 2004, com o impulso do presidente, eleito em 2002, Luiz Ignácio Lula da Silva, e o empenho de instituições acadêmicas focadas na saúde coletiva, Secretarias de Saúde e outros atores individuais e coletivos (NARVAI e FRAZÃO, 2008) foram criadas e apresentadas as “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” Brasil Sorridente orientadas para a reorganização da atenção da saúde bucal em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004).

A inclusão das equipes e profissionais de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal provocou um importante aumento da oferta de serviços, passando de 2.200 ESB implantadas em 2001, a 22.183 ESB modalidade I e 2.261 ESB modalidade II em 2015 (DAB, 2015). Com efeito, através de uma revisão exploratória sobre as práticas do CD na Estratégia de Saúde da Família, identificou-se que as atividades desenvolvidas parecem não apresentar mudanças reais.

Não existe uma integração verdadeira entre o CD ou a equipe de saúde bucal (ESB) e a equipe de saúde da família, os CDs não participam das reuniões de equipe, e estas não têm uma periodicidade adequada. Logo, não fazem parte ativa do planejamento das ações, não fazem visitas domiciliares regularmente e em companhia da equipe de saúde da família, sua formação está focada na clínica, as

atividades desenvolvidas em equipe se limitam a referência interna de usuários entre os diferentes profissionais e atividades educativas nas escolas (TAVARES et al, 2013; COSTA e ARAUJO, 2012; PADULA e AGUILAR-DA-SILVA, 2014; MORETTI-PIRES, 2009; FARIAS e SAMPAIO, 2011).

Levando-se em conta essas dificuldades já apontadas pelos estudos revisados, os investimentos feitos pelo governo federal, as necessidades em saúde bucal da população brasileira e o imperativo de mudança do modelo de atenção, a avaliação da PNSB torna-se uma questão muito relevante.

Numa revisão de literatura de caráter exploratório de documentos que regulamentam a Política Nacional de Saúde Bucal pôde-se observar falta de clareza nas estratégias ou procedimentos propostos para reorientar as práticas de atenção à saúde bucal.

Além disso, ainda que, as diretrizes da PNSB de 2004 indicam que o conceito de saúde ampliado, definido na Constituição da República, deve orientar a mudança progressiva do modelo de atenção centrado na doença, para um modelo de atenção integral à saúde (BRASIL, 2004), precisa-se aprimorar a situação-objetivo da atenção à saúde bucal.

Em síntese, reconhecendo que a PNSB obedece a um modelo de atenção socialmente construído, que os documentos que regulamentam a atenção à saúde bucal no SUS não apresentam clareza na formulação das estratégias e que as práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal na ESF parecem não ter mudado, este estudo propôs-se a responder às seguintes questões: existe coerência entre os problemas identificados, os objetivos e as estratégias da PNSB no seu componente de atenção básica? O modelo de atenção à saúde bucal do movimento da reforma sanitária, as propostas da PNSB, a organização da atenção e as práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal na ESF são coerentes?

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Realizar uma análise estratégica da Política Nacional de Saúde Bucal em seu componente Atenção Básica.

### **Objetivos específicos**

Aprimorar a situação-objetivo da atenção à saúde bucal à luz do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Analisar a coerência interna entre objetivos e estratégias/atividades da Política Nacional de Saúde Bucal no seu componente de Atenção Básica.

Analisar a coerência entre os objetivos e atividades propostos pela PNSB com a situação-objetivo da atenção à saúde bucal.

Cotejar os objetivos e atividades propostos pela PNSB com as práticas desenvolvidas pelos CD na ESF.

Cotejar as práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal com a situação-objetivo.

### **3. METODO**

#### **3.1 Referencial teórico**

Neste estudo adotamos o referencial teórico de processo de trabalho em saúde desenvolvido por Mendes-Gonçalves (1988), de modelos de atenção em saúde desde as perspectivas de Paim (2012) e Teixeira e Vilasboas (2014) e as contribuições e considerações de Chaves e Botazzo (2014) para saúde bucal.

#### **Processo de trabalho**

Mendes-Gonçalves aplica a teoria marxista para analisar o processo de trabalho em saúde (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008) definindo-o como o processo no qual um objeto de trabalho é transformado através de uma atividade (o trabalho propriamente dito), desenvolvida pelo ser humano (agente), mediante o uso de instrumentos de trabalho. Estes três componentes devem ser entendidos como momentos pela sua relação de dependência recíproca e, portanto, só podem ser analisados e compreendidos de maneira articulada (MENDES-GONÇALVES, 1988).

Desta maneira, o processo de trabalho caracteriza-se por ter uma finalidade, um projeto predefinido antes de iniciar a atividade; o qual corresponde a uma necessidade que orienta todo o processo; e responde a uma dada socialidade, uma determinada organização de relações sociais, construídas historicamente na relação com os objetos e instrumentos (MENDES-GONÇALVES, 1988).

Especificamente, o processo de trabalho em saúde refere-se à prática que desenvolvem os trabalhadores da saúde na produção e consumo dos serviços de saúde (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008). Assim, nesse processo, o objeto de trabalho são as necessidades de saúde, mas estas não são objetos naturais, estão determinadas socialmente pelo projeto que antecede a ação. Da mesma maneira, os instrumentos de trabalho também são produto de uma construção histórica e social determinada. Em saúde tem-se instrumentos de trabalho materiais (equipamentos, instrumentos, medicamentos, entre outros) e não materiais (saberes). O objeto e os instrumentos só podem se reconhecer como momentos do processo de trabalho pela ação do agente do trabalho que atua com uma finalidade (MENDES-GONÇALVES, 1988).

#### **Modelos de atenção**

A conceituação do que é um modelo de atenção pode-se basear no conteúdo do sistema de saúde, sendo a racionalidade que orienta uma organização tecnológica

das práticas, que respondem a necessidades em saúde socialmente determinadas (PAIM, 2012); ou no contingente, que articula três dimensões, a dimensão gerencial, de estruturação do sistema, a organizativa de articulação entre os diferentes estabelecimentos de saúde e a técnico assistencial das relações estabelecidas entre o sujeito e o objeto de trabalho e mediadas pelos arranjos tecnológicos (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Segundo Paim, as categorias centrais na concepção de modelo de atenção são as práticas e o processo de trabalho em saúde. Assim, um modelo de atenção não é um padrão a seguir, é uma lógica de organização tecnológica das práticas de saúde para atingir as necessidades ou problemas de saúde (PAIM, 2012).

Enquanto, na concepção de Teixeira e Vilasboas (2014), modelo de Atenção se pode definir de maneira sistêmica articulando três dimensões:

1. No nível macro, a dimensão Gerencial: Referente aos mecanismos de condução da reorganização das ações e serviços.
2. No nível meso, a dimensão Organizativa: Diz respeito ao estabelecimento de relações entre as diferentes unidades de prestação de serviços, numa articulação em rede, que leva em conta a hierarquização por níveis de complexidade tecnológica.
3. No nível micro, a dimensão Técnica assistencial operativa: Refere-se às práticas, ao processo de trabalho, às relações estabelecidas entre os sujeitos e seus objetos de trabalho, e mediadas pelas tecnologias.

Ressalta-se que estas duas perspectivas não se contrapõem. Na dimensão teórico-conceitual é preciso o foco no processo de trabalho e nas práticas de saúde, enquanto no plano estratégico, abordam-se mais questões de natureza gerencial, organizativa e política (PAIM, 2012).

No Brasil, tem se identificado dois modelos de atenção à saúde hegemônicos que não contemplam a integralidade. O modelo médico assistencial hospitalocêntrico baseado na demanda espontânea, cujo objeto é a doença e usa a tecnologia médica clínica individual; e o modelo sanitarista, cujo objeto são os fatores de risco, faz uso da tecnologia sanitária (educação, campanhas, imunização) e também, não responde às necessidades em saúde (PAIM, 2012; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014). Com a criação do SUS, a partir das lutas pela Reforma Sanitária Brasileira

nos anos 1980, com a integração de todos os serviços públicos das diversas instituições que passaram ao comando do Ministério da Saúde e das Secretarias Municipais, o SUS herdou o modelo de atenção hospitalocêntrico e privatista, tornando-se um espaço de conflito e negociação no processo de mudança ou conservação do modelo de atenção (PAIM, 2012).

Nesse contexto surgiram também modelos alternativos como os distritos sanitários, as ações programáticas de saúde e a vigilância da saúde. A vigilância da saúde baseia-se na integralidade da atenção à saúde, como princípio norteador das práticas. Ditas práticas se articulam tanto para controle dos determinantes dos modos de vida e saúde, quanto para a ação sobre os riscos, danos ou agravos. Desse modo, propõe associar os enfoques populacional (promoção), de risco (prevenção) e clínico (assistência), para orientar políticas e práticas de saúde, que poderiam assumir diferentes configurações segundo os diferentes locais onde forem implantadas (TEIXEIRA e VILASBOAS, 2014).

Algumas características desse modelo são: a delimitação de um território, onde os profissionais da saúde e representantes da população devem se reunir para planejar as ações desde o enfoque do planejamento estratégico; e realização de ações intersetoriais para afetar os determinantes, ações de prevenção e de cura e reabilitação (TEIXEIRA e VILASBOAS, 2014).

Por outro lado, na atenção à saúde bucal, também são reproduzidos os modelos hegemônicos de atenção à saúde. O modelo privatista ou de odontologia de mercado (NARVAI e FRAZÃO, 2008) encontra-se baseado na livre demanda, na produção de procedimentos clínicos individuais de extração, restauração ou próteses, a fragmentação do cuidado por especialidades e no consumo de tecnologias de alto custo, tendo como lugar de atuação o consultório. O objeto de trabalho é a doença cárie, os meios de trabalho são os conhecimentos clínicos, os materiais e insumos dentais e o agente é o cirurgião dentista que imprime no processo de trabalho a finalidade, que é o tratamento de dita doença (CHAVES e BOTAZZO, 2014).

Um segundo modelo hegemônico de atenção à saúde bucal é o modelo sanitário, baseado na lógica campanhista de programas verticais, temporários, focados em determinadas doenças e em desconexão com outras atividades de saúde. Neste modelo, o objeto são os riscos à saúde, numa visão restrita; os meios de trabalho

são os conhecimentos clínicos preventivos que afetam os fatores de risco e alguns materiais dentais - flúor, controle de placa, entre outros. As práticas da odontologia sanitária, preventiva e social comumente identificam-se com este modelo de atenção (CHAVES e BOTAZZO, 2014).

Observa-se que ditos modelos de atenção hegemônicos, poderiam estar representando os interesses dos estratos dominantes da sociedade e não as necessidades reais das populações (CHAVES E BOTAZZO, 2014). Além disso, as demandas das populações por serviços de saúde bucal, ao expressar necessidades socialmente produzidas, também levam impressa a percepção dos profissionais da saúde. Desta maneira, o cirurgião dentista como agente do processo de trabalho em saúde bucal, dependendo da sua formação, do tipo de organização onde esteja inserido e a sua remuneração, poderia induzir algumas necessidades, como extrações em vez de conservação dos dentes (CHAVES e BOTAZZO, 2014).

Chaves e Botazzo (2014) também resgatam os modelos alternativos que se encontram em construção, inserindo a saúde bucal dentro do modelo de atenção da vigilância da saúde.

### **3.2 Desenho do estudo**

Foi realizada uma análise estratégica da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) a partir da análise conjunta e cotejo entre a situação-objetivo da atenção à saúde bucal, a análise lógica direta (CHAMPAGNE et al., 2011) da PNSB no seu componente de Atenção Básica e as práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal e a organização da atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.

Para a realização deste estudo, foram utilizadas estratégias complementares, quais sejam: aprimoramento da situação objetivo da atenção à saúde bucal, análise lógica direta (CHAMPAGNE et al., 2011) da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no seu componente de atenção Básica e revisão sistemática sobre práticas desenvolvidas pela equipe de saúde bucal e a organização da atenção à saúde bucal na ESF.

O aprimoramento da situação objetivo permitiu estabelecer o “deve ser” da atenção à saúde bucal a luz da Reforma Sanitária Brasileira. A análise lógica direta (CHAMPAGNE et al., 2011) da PNSB no seu componente de atenção Básica permitiu estabelecer a coerência interna entre objetivos e estratégias/atividades da

política. Enquanto a revisão sistemática permitiu identificar as práticas desenvolvidas pelo cirurgião dentista e a equipe de saúde bucal e a organização do serviço na ESF.

### **3.2.1 Aprimoramento da situação objetivo da atenção à saúde bucal**

Neste estudo, elaboramos a situação-objetivo da atenção à saúde bucal a partir da proposta por Chaves e Vieira-Da-Silva (2007) junto com as contribuições de Botazzo e Chaves (2014), baseando-nos no processo de trabalho, orientado pelo modelo de atenção da Vigilância da Saúde.

A imagem objetivo que Chaves e Vieira-Da-Silva (2007) elaboraram parte de um modelo teórico-lógico desenvolvido pelas autoras, que relacionava a reorganização da atenção à saúde bucal e as características, do governo local, da gestão e dos agentes das práticas. A partir desse modelo, as autoras elaboraram uma matriz com as dimensões e critérios que poderiam compor uma possível imagem-objetivo da atenção à saúde bucal. Esta matriz foi avaliada por um comitê de expertos especialistas em saúde bucal, para identificar o consenso ou dissenso no que concerne a cada dimensão. A imagem-objetivo ficou organizada em dois níveis de análise, gestão da atenção à saúde bucal (organização do serviço) e práticas desenvolvidas pelos profissionais.

Seis anos depois, Botazzo e Chaves (2014) realizaram uma análise da produção científica nas áreas de política, planejamento e gestão em saúde bucal, publicada de 2007 a 2012, na base de dados Scielo. A partir dessa revisão os autores acharam cinco estudos cujo foco era a formulação de uma imagem objetivo da atenção à saúde bucal (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; MARTELLI et al., 2008; LESSA e VETORE, 2010; ARANTES e PORTILLO, 2011; PIMENTEL et al., 2012). Ainda que com algumas divergências, Botazzo e Chaves (2014) apresentaram os aspectos nos quais houve consenso nesses estudos, organizados nos mesmos dois níveis propostos por Chaves e Vieira Da Silva (2007): gestão da atenção à saúde bucal (organização do serviço) e práticas desenvolvidas.

Desta maneira, neste estudo, orientados pelo modelo da vigilância da saúde retomamos os momentos do processo de trabalho em saúde bucal, explicitamos o objeto, os agentes, os meios de trabalho e o trabalho propriamente dito, para desenhar uma figura síntese da situação-objetivo da atenção à saúde bucal.

### **3.2.2 Análise lógica direta da Política Nacional de Saúde Bucal no seu componente de Atenção Básica**

A análise lógica é uma avaliação teórica de um programa que tenta determinar a adequação entre os objetivos e os meios mediante os quais se pretende alcançá-los. (BROUSELLE et al, 2011). Existem duas maneiras de desenvolver uma análise lógica: análise lógica direta, que tenta determinar se a intervenção está desenhada de modo que permita obter os resultados propostos; e a análise lógica reversa, que procura as melhores maneiras para atingir os objetivos (BROUSELLE e CHAMPAGNE, 2011).

Foi desenvolvida uma análise lógica direta da Política Nacional de Saúde bucal<sup>1</sup> no seu componente de atenção básica. Inicialmente foi realizado um levantamento dos documentos que definem e regulamentam a PNSB. Estes foram identificados, durante a fase de revisão de literatura preliminar, desenvolvida durante o processo de estruturação deste projeto; a partir da busca no site do Observatório de Análise Política em Saúde; e no site do Departamento de Atenção Básica, no referente à legislação do programa Brasil Sorridente, especificamente em atenção básica – equipe de saúde bucal e Unidades Odontológicas Móveis.

Foram encontrados em total 54 documentos sobre legislação em saúde bucal na Atenção Primária. Estes documentos foram lidos na íntegra e organizados numa planilha de Excel 2007 com as categorias: data, documento, Disposição/Ementa e importância/relevância para o objeto de estudo (APÊNDICE A, pag. 106).

Foram excluídos da análise 13 destes documentos por não apresentarem informações relevantes, ou não gerar nenhum impacto em saúde bucal. As temáticas abordadas por alguns dos documentos excluídos foram: instituição de mudanças nas fichas de cadastro no SCNES, atualização dos valores do PAB fixo a partir de estimativas de população e disposições sobre carga horária de outros profissionais da equipe de saúde da família.

Posteriormente, foram extraídos e sistematizados, os trechos dos documentos referentes a objetivos gerais e específicos da política, resultados esperados, financiamento, atividades e estratégias propostas (trabalho propriamente dito),

---

<sup>1</sup>Quando em este texto se faz referência à Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) não estamos falando do documento assim titulado e publicado em 2004, se não à resposta social (ação ou omissão) do estado frente à situação de saúde bucal da população, segundo a conceptualização de “política de saúde” definida por Paim (2002).

objeto de trabalho, agentes, meios de trabalho. Uma vez extraídos os excertos de todos os documentos relacionados, foi realizada a sistematização com o auxílio de uma matriz de processamento e análise em Excel.

A partir da sistematização identificou-se a cadeia causal sobre a qual pretende atuar a Política Nacional de Saúde Bucal, os objetivos, as estratégias e atividades que a política propõe. A análise conjunta desses componentes conformou a análise lógica da PNSB. Para apresentar didaticamente os resultados foi realizada uma linha do tempo da política (FIGURA 3, pag. 56) e um gráfico sobre o financiamento da atenção à saúde bucal na atenção básica de 2000 a 2015 (GRÁFICO 1, pag. 57).

### **3.2.3 Revisão sistemática sobre organização e práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal na Atenção Básica**

Foi realizada uma revisão sistemática que pretendeu identificar e descrever as práticas desenvolvidas pelas ESB e a organização da atenção à saúde bucal na atenção básica.

As bases de dados nas quais foi realizada a revisão foram Biblioteca Virtual de Saúde e Pubmed. Os descritores e palavras chaves utilizadas foram: "Atenção básica a saúde"; "atenção primaria a saúde"; "estratégia saúde da família"; "Programa de saúde da família"; "saúde bucal"; "serviços de saúde bucal"; Brasil; "processo de trabalho"; "equipe de saúde" em português, espanhol e inglês. No Apêndice B (pag. 111) observam-se, as estratégias de busca utilizadas e o número de documentos encontrados com cada uma.

As referências dos documentos encontrados foram organizadas no programa EndNote, o qual foi utilizado também para remover os registros duplicados.

Foram utilizados como critérios de inclusão, ser documento do tipo artigo, tratar a temática pesquisada, ser produto de estudo empírico desenvolvido na ESF no Brasil, estar escrito em português, espanhol, ou inglês, disponível em texto completo. Adotou-se como critério de exclusão a qualidade insatisfatória determinada através do uso do Instrumento de Avaliação da Qualidade dos Artigos usado por Cincurá (2014) disponível no Anexo A (pag. 112).

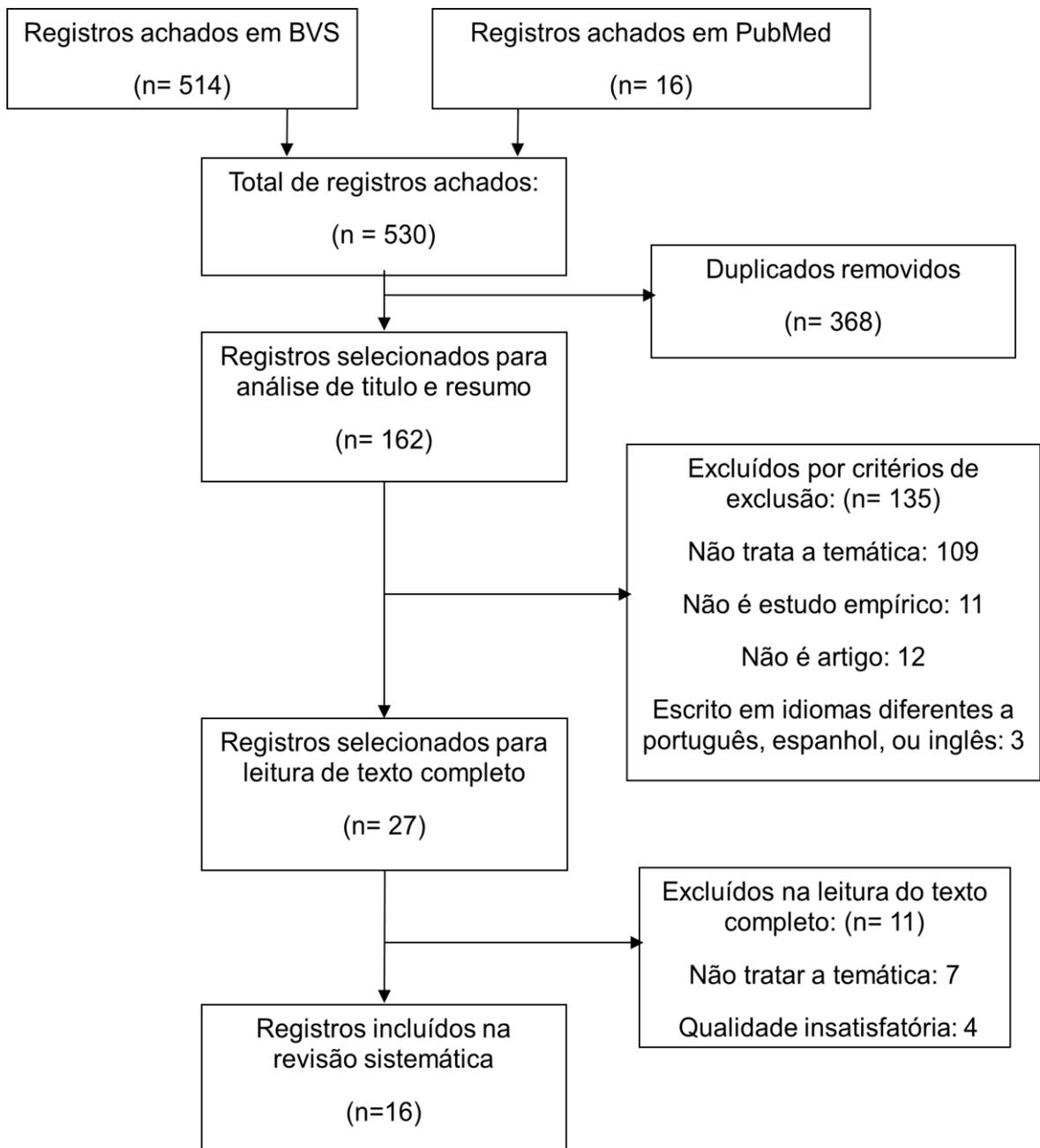
Nesse instrumento, o escore máximo é 10, pelo que se considerou que artigos com escore abaixo de sete eram de qualidade insatisfatória. Os resultados da avaliação de qualidade dos artigos selecionados podem ser observados no Quadro 1 (pag. 27).

Foi realizada a leitura e análise do título e do resumo e aplicaram-se os critérios de inclusão/exclusão para definir os registros que foram objeto da análise de texto completo, como observa-se na Figura 1 (pag. 26).

Para a análise e sistematização dos achados desenhou-se uma matriz em Excel, com as categorias, título, ano de publicação, autores, região, estado e município onde foi desenvolvida a pesquisa, ano em que foi desenvolvida, tipo de estudo, metodologia, características da população de estudo, objetivo, principais resultados, e conclusões.

Os resultados foram sistematizados na Figura 4 (pag. 76) onde se destacam as categorias de análise.

**Figura 1** – Fluxograma síntese das etapas da revisão sistemática



Fonte: Elaborado pela autora

**Quadro 1** -Avaliação da qualidade dos artigos selecionados na revisão sistemática

Artigos	Critério de avaliação						
	Introdução	Pergunta/Objetivo	Metodologia	Resultado	Discussão	Conclusão	Escore total
	PM=1,5	PM=1,0	PM=3,0	PM=1,5	PM=1,5	PM=1,5	PM=10
AQUILANTE e ACIOLE, 2015	1,5	0,5	2,5	1,5	1	1,5	8,5
BALDANI MH et al., 2005	1,5	1	2,5	1,5	1	1,5	9
CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007	1,5	1	3	1,5	1	1,5	9,5
CHAVES e SILVA, 2007	1,5	1	3	1,5	1	1,5	9,5
FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010	1,5	1	2,5	1,5	1	1,5	9
LENZI et al., 2010	1	1	0	0,5	1	0	3,5
MATTOS et al., 2014	1,5	1	3	1,5	1	1	9
MORETTI et al., 2010	1,5	1	3	1,5	1	1,5	9,5
MOURA et al., 2013	1,5	1	2	1,5	1	1,5	8,5
NASCIMENTO et al., 2009	1,5	1	3	1,5	1	1,5	9,5
OLIVEIRA e SALIBA, 2005	1,5	0	1	0,5	1	1,5	5,5
PIMENTEL et al., 2010	1,5	1	2,5	1,5	1	1,5	9
REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015	1,5	0	3	1,5	1	1,5	8,5
RODRIGUES et al., 2009	1,5	1	2,5	0,5	1,5	1,5	8,5
RODRIGUES et al., 2011	1,5	0	1	1	1	1,5	6
RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2005	0,5	0	1,5	1	1	1,5	5,5
RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010	1,5	1	3	1,5	1	1,5	9,5
SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013	1,5	1	2,5	1,5	1	1,5	9
SANTOS, et al., 2007	1,5	1	3	1,5	1	1,5	9,5
SOUZA e RONCALLI, 2007	1,5	1	2,5	1,5	1,5	1,5	9,5

Fonte: Elaborado pela autora

**PM=pontuação máxima**

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O modelo hegemônico de atenção à saúde bucal tem sido objeto de múltiplas críticas desde os anos 70 por não responder as necessidades reais das populações, ser mutilador, iatrogênico e individualista, dentre outras características. A partir de 2000 abriu-se uma janela de oportunidade para sua mudança por meio da inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família e a implementação de uma nova Política de Atenção à Saúde Bucal. Porém, tem-se observado incipientes mudanças nas práticas desenvolvidas pelas ESB (TAVARES et al, 2013; COSTA e ARAUJO, 2012; PADULA e AGUILAR-DA-SILVA, 2014; MORETTI-PIRES, 2009; FARIAS e SAMPAIO, 2011).

Aprofundando nessas questões, neste capítulo são apresentados os resultados da análise estratégica da Política Nacional de Saúde Bucal a luz do referencial teórico do processo de trabalho. Inicialmente é explicitada a situação objetivo da atenção à saúde bucal orientada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Logo depois são expostas as incoerências e contradições internas na PNSB. Posteriormente são descritas as práticas e a organização da atenção à saúde bucal evidenciadas nos estudos inseridos na revisão sistemática. Finalmente, são apresentados os resultados do cotejamento do ideário do movimento, com a PNSB e as práticas desenvolvidas pelas ESB, constituindo assim a análise estratégica da política.

### **4.1 Situação-objetivo atenção à saúde bucal**

A situação-objetivo da atenção à saúde bucal aprimorada neste estudo pode ser observada na Figura 2 (p. 32). Ali observa-se que, a existência de um modelo de atenção que supere os entraves dos modelos hegemônicos, assistencial privatista e sanitário, como poderia ser o modelo da Vigilância da Saúde (PAIM, 2012), orientaria o funcionamento articulado dos diferentes momentos do processo de trabalho, permitindo prover atenção à saúde bucal integral para todos.

De acordo com isto, o processo de trabalho em saúde bucal deve partir do reconhecimento da articulação entre os determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho), as necessidades de saúde, os riscos e os danos ou agravos, entendidos com o objeto sobre o qual deve-se atuar (CHAVES e BOTAZZO, 2014)

Levando em conta a complexidade desse objeto de trabalho, os agentes que devem atuar sobre este devem ser tanto os profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal), quanto outros profissionais da saúde como, agentes comunitários, médicos, enfermeiros, entre outros e também os cidadãos, os professores e outros setores implicados (CHAVES e BOTAZZO, 2014). Para que os agentes descritos consigam atuar adequadamente sobre o objeto indicado, é preciso contar com meios de trabalho compostos tanto por um sistema de gestão que garanta uma organização adequada do serviço, quanto por uma série de conhecimentos e tecnologias que permitam desenvolver as práticas.

Dentro do sistema de gestão é importante que exista um financiamento suficiente para a implantação, manutenção e desenvolvimento das ações de atenção à saúde bucal (KORNIS, MAIA e FORTUNA, 2011).

Ademais, a gestão deve estabelecer normas e rotinas, como a definição da carga laboral de 40h/semana para todos os profissionais da equipe de saúde, porque isso favoreceria a criação de vínculo com a comunidade onde atuam (SILVA et al., 2010). Também, a determinação de uma quantidade de cirurgiões dentistas adequada e suficiente para a atenção à saúde bucal. Existem parâmetros comumente usados para avaliar a proporção entre os CD e a população, como a relação de um CD por cada 3 mil habitantes com renda insuficiente (renda percapita inferior a 50% do salário mínimo) (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007), ou a relação de uma ESB para cada 6.900 pessoas em 2000 (BRASIL, 2000) ou 3.450 indivíduos proposta em 2003, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a).

Porém, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) esclareceram que não existe uma proporção ideal de médicos, dentistas ou enfermeiros por quantidade de habitantes, devido a que isto depende das condições locais, regionais, socioeconômicas, epidemiológicos e culturais de cada território (OPAS/OMS, 2003). Assim, deve-se prover uma quantidade de CDs compatível com a realidade local, que parta de uma análise do perfil epidemiológico, social, econômico e cultural de cada local.

Além disso, a gestão deve implementar um sistema de referência e contrarreferência com as unidades básicas e os serviços de média complexidade e complementação diagnóstica (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; GODOI, MELLO e CAETANO, 2014).

O sistema de gestão também deve garantir que a coordenação de saúde dê suporte

técnico e material às atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde bucal, estabelecendo processos de capacitação (CARDOSO, et al., 2002; LEVY, MATTOS e TOMITA, 2004) e supervisão das atividades por eles desenvolvidas (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; BOTAZZO e CHAVES, 2014).

Além do mais, deve-se garantir a manutenção da fluoretação das águas de abastecimento público, junto com os controles do nível de fluoretos. Isto devido a que estas ações são comprovadamente efetivas na prevenção da carie e favorecem a toda a população com acesso a água potável (BOTAZZO e CHAVES, 2014; ANTUNES e NARVAI, 2010).

No que diz respeito aos conhecimentos e tecnologias, os profissionais devem se apropriar de uma série de saberes compatíveis com os objetos sobre os quais devem atuar e as práticas que devem desenvolver (PADULA e AGUILAR-DA-SILVA, 2014; MATTOS e TOMITA, 2004). Ademais, devem fazer uso de tecnologias de planejamento e programação, de informação, tecnologias relacionais, instrumentos, equipamentos e insumos clínico-sanitários (SANTOS, 2006; OLIVEIRA, 2010)

Os objetos, meios e agentes do processo de trabalho determinam as práticas a ser desenvolvidas, o trabalho propriamente dito. Assim, para conseguir uma atenção à saúde bucal integral para toda a população os profissionais de saúde devem desenvolver ações de gestão, ações assistências e ações que podem ser tanto de gestão quanto de assistência.

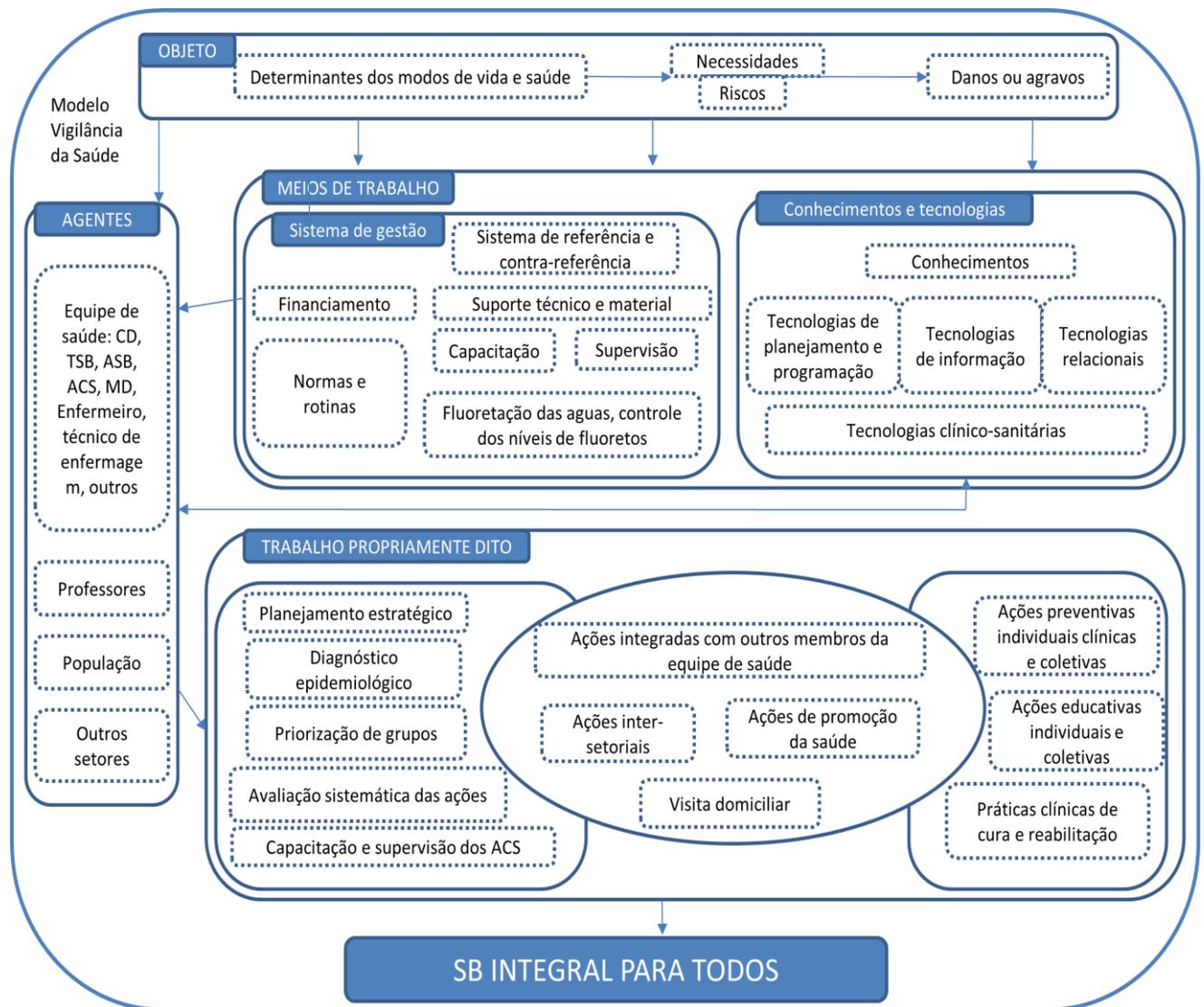
Dentro das atividades de gestão os profissionais devem realizar diagnóstico epidemiológico periódico (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; BOTAZZO E CHAVES, 2014) e identificar os riscos, para a partir deles estabelecer estratégias de priorização de grupos (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007). A análise desses dados junto com a participação de diversos atores favorecerá a realização do planejamento estratégico e programação das ações (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; BOTAZZO E CHAVES, 2014). Também deve ser realizada a avaliação sistemática das ações e do próprio planejamento (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; BOTAZZO E CHAVES, 2014).

Além disso, levando em conta a importância que os ACS têm para a identificação de casos e o desenvolvimento do vínculo com as comunidades, os profissionais de saúde bucal devem capacitar ditos agentes e realizar avaliação periódica das ações que eles desenvolvem (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; VASCONCELOS, CARDOSO e ABREU, 2010).

As atividades de assistência que devem ser desenvolvidas pelos profissionais incluem práticas educativas e preventivas, nos âmbitos individual e coletivo, junto aos escolares regularmente e junto a indivíduos e grupos esporadicamente. Podem ser incorporadas diferentes estratégias como inserção da temática da saúde nos diferentes grupos educativos, participação da ESB em ditos espaços e/ou atividades nas salas de espera (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; BOTAZZO e CHAVES, 2014). Também devem ser realizadas práticas clínicas de cura e reabilitação, orientadas ao fortalecimento da autonomia dos usuários na manutenção da sua saúde bucal (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007).

No que concerne às atividades que podem ser tanto de gestão como de assistência, os agentes devem desenvolver ações integradas junto com outros membros da equipe (BOTAZZO e CHAVES, 2014; CHAVES e BOTAZZO, 2014) e junto com instituições e outras organizações além do setor saúde (BOTAZZO e CHAVES, 2014). Devem realizar também atividades de promoção da saúde e visitas domiciliares, para famílias definidas segundo os riscos comuns com toda a equipe de saúde, ou específicos para saúde bucal (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007). As atividades a ser realizadas no âmbito familiar fazem parte das ações que deveriam ser desenvolvidas para a consecução da atenção à saúde bucal integral (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; BOTAZZO e CHAVES, 2014). Ainda que, nestas atividades não tiveram consenso os estudos analisados por Botazzo e Chaves (2014).

**Figura 2 - Situação objetivo da atenção à saúde bucal no Brasil**



## **4.2 Incoerências e contradições internas na Política Nacional de Saúde Bucal no seu componente de Atenção Básica**

Antes do ano 2000 as ações de saúde bucal que eram realizadas no setor público estavam restritas quase exclusivamente às crianças em idade escolar. As ações que poderiam ser realizadas para toda a população limitavam-se a educação em saúde bucal e atendimento de urgências (BRASIL, 1998).

A partir do ano 2000 essa área parece começar a ter maior importância para o SUS. Em dezembro desse ano foi estabelecido um incentivo financeiro, através do PAB variável, para inserir as ações de saúde bucal e a ESB no Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2000). Os objetivos desta mudança eram ampliar o acesso da população brasileira às ações de atenção à saúde bucal (promoção, prevenção e/ou recuperação), melhorar os índices epidemiológicos na área e incentivar a reorganização do modelo de atenção à saúde bucal (BRASIL, 2000). Foi definido que deveriam existir duas equipes de saúde da família para cada equipe de saúde bucal a ser implantada e esta ficaria responsável, em média, por 6.900 pessoas (BRASIL, 2000).

Desse modo, as ESB poderiam funcionar em duas modalidades: Modalidade I (ESB MI) composta por um CD e um ACD (Auxiliar de consultório dental), com um repasse financeiro de R\$ 13.000 equipe/ano; e Modalidade II (ESB MII) composta por um CD, um ACD, e um THD (Técnico de higiene dental), com R\$ 16.000 equipe/ano. Além disso, por cada equipe de implantada seriam repassados R\$ 5.000 para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos (BRASIL, 2000).

Em 2001, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01, na qual se estipulou que deveria ser elaborado o Plano Diretor de Regionalização. Este plano deveria ter como objetivo garantir o acesso, o mais perto possível do local de moradia, a ações e serviços para o controle das doenças bucais mais comuns, assistência pré-natal, acompanhamento infantil, entre outros (BRASIL, 2001). A NOAS-SUS 01 de 2001 objetivava ampliar as responsabilidades dos municípios para o acesso aos serviços de Atenção Básica<sup>2</sup>. Para o caso da saúde bucal, propôs prevenção e tratamento dos problemas odontológicos mais comuns,

---

<sup>2</sup>A NOAS-SUS 01 de 2001 definiu a SB como uma das áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (BRASIL, 2001).

prioritariamente na população de 0-14 anos e gestantes, cadastramento dos usuários e atendimento às urgências (BRASIL, 2001).

Observa-se que, apesar de ser um dos objetivos da NOAS-SUS 2001 ampliar o acesso no caso específico da saúde bucal, a atenção continuou a priorizar e focar os grupos de crianças e gestantes (BRASIL, 2001).

Em janeiro de 2001, foram aprovadas as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal no PSF, constantes no Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. Os objetivos explicitados no plano eram: melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira, orientar as práticas de atenção à saúde bucal seguindo as orientações do PSF, assegurar o acesso progressivo a ações tanto de promoção, como de prevenção, curativas e restauradoras para todas as famílias cobertas pelo PSF, capacitar os profissionais de saúde bucal e avaliar as ações de saúde bucal desenvolvidas (BRASIL, 2001a).

Aspectos importantes também definidos ali foram, por exemplo, a carga horária de 40 horas por semana, que deveriam cumprir todos os profissionais da equipe de saúde bucal, as responsabilidades institucionais (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde)<sup>3</sup> e as atribuições comuns a toda a ESB e particulares a cada profissional CD, THD e ACD<sup>4</sup> (BRASIL, 2001a).

Embora o ACS não fosse reconhecido como parte integrante da equipe de saúde bucal, também tinha atribuições neste âmbito<sup>5</sup>. Porém, ressalta-se que não foi definido como este agente se articularia ou integraria ao trabalho da ESB, portanto,

---

<sup>3</sup>Eram responsabilidades do Ministério da Saúde regulamentar e repassar os incentivos financeiros, assessorar os municípios na implantação da SB no PSF, dentre outras. Às Secretarias Estaduais de Saúde correspondia estabelecer parcerias com o Ministério da saúde para o processo de formação permanente dos profissionais e formação do pessoal auxiliar, alimentar os sistemas de informação, dentre outras. As Secretarias Municipais de Saúde deveriam garantir infraestrutura e equipamentos para o funcionamento das ESB, assegurar a carga horária de 40h, definir os fluxos de referência e contrarreferência, dentre outras. (BRASIL, 2001a)

<sup>4</sup>Eram atribuições de toda a ESB participar das atividades de planejamento, acompanhamento e avaliação, estimular e executar ações de promoção da saúde, ações intersetoriais para promoção da saúde bucal, ações preventivas e educativas, visitas domiciliares, e organizar o processo de trabalho segundo as diretrizes do PSF e os planos municipais. Cabia ao CD realizar procedimentos clínicos-assistenciais encaminhar usuários a outros níveis de complexidade e acompanhar seu retorno, coordenar ações coletivas de promoção e prevenção em saúde bucal, e capacitar as equipes de saúde da família nas ações preventivas e educativas em saúde bucal. Ao THD eram atribuídas ações clínicas, preventivas e curativas reversíveis sob supervisão do CD. Enquanto ao ACD estavam delegadas as funções de dar orientações para escovação e uso de fio dental, auxiliar ao THD em seu trabalho, preparar e esterilizar materiais e instrumentos, agendar e orientar o paciente para retorno e manutenção do tratamento. Ademais, era função tanto do THD quanto do ACD auxiliar o CD, realizar procedimentos coletivos e acompanhar e apoiar atividades da equipe de saúde da família referentes à saúde bucal (BRASIL, 2001a).

<sup>5</sup>O ACS deveria desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde bucal, identificar grupos sociais e espaços coletivos para desenvolver ações educativas (BRASIL, 2001a).

poderia desenvolver ações de saúde bucal, mas é possível que as realizasse de maneira independente da ESB.

Vale ressaltar que as atribuições dos profissionais, que fazem referência a promoção da saúde foram apresentadas em dito plano, de uma forma muito genérica, enunciadas como objetivos “desenvolver ações de promoção” e sem identificar ou exemplificar, quais poderiam ser estas atividades.

No Plano, também foi apontado o elenco de procedimentos de saúde bucal a serem realizados na Atenção básica, considerando a NOB/SUS 96 e a NOAS. Ditas ações estavam compostas por procedimentos coletivos, primeira consulta odontológica, atividades clínicas individuais de prevenção, como aplicação de flúor, cariostático, selantes e atividades clínicas de tratamento e reabilitação, como pulpotomia, restauração com diferentes materiais, exodontia, outros (BRASIL, 2001a).

Chama a atenção que no documento, o elenco de procedimentos clínicos de atenção à saúde bucal no PSF foi explicitado e especificado, enquanto os procedimentos coletivos que deveriam ser realizados não foram identificados, ainda que esses procedimentos coletivos tenham sido especificados na tabela SIA/SUS).

Por outro lado, foram propostas ações para capacitação dos profissionais, através de parcerias entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais. Também propunha avaliação das ações desenvolvidas mediante o preenchimento e análise dos dados no SIAB (BRASIL, 2001a).

Outra das questões esclarecidas no Plano foram as tecnologias duras básicas necessárias para as ações clínicas: equipamentos odontológicos e instrumentais específicos (BRASIL, 2001a). Outros tipos de meios de trabalho (tecnologias leves e leve-duras) não foram considerados, apesar de que a humanização do atendimento foi considerada uma das bases para reorientação das ações de saúde bucal (BRASIL, 2001a).

Em 2002 foi publicada a NOAS-SUS 01/2002, a qual em saúde bucal reitera os mesmos procedimentos já indicados na NOAS-SUS 01/2001, mantendo a priorização para crianças de 0-14 anos e gestantes (BRASIL, 2002).

Mudanças importantes para a organização da atenção à saúde bucal no PSF ocorreram em 2003. Foi permitido que fossem implantadas quantas equipes de saúde bucal fossem necessárias, segundo critérios do gestor municipal, desde que não superassem o número de equipes de saúde da família e respeitassem a lógica de organização da atenção básica (BRASIL, 2003a).

Além disso, os valores do incentivo financeiro para o custeio das ações nessa área no PSF foram incrementados em 20%: R\$ 15.600 equipe/ano para a Modalidade I, e R\$ 19.200 equipe/ano para a Modalidade II (BRASIL, 2003; 2003a)

Em 2004, foram criadas as “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” Brasil Sorridente (PNSB), as quais foram apresentadas como “*o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da SB, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado*” (BRASIL, 2004).

Um capítulo desse documento definiu como “pressupostos” da reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, garantir uma rede de atenção, garantir integralidade nas ações de atenção à saúde bucal (ações individuais, coletivas, de promoção, prevenção, tratamento e recuperação), realizar planejamento utilizando diagnóstico epidemiológico, acompanhar o impacto das ações de saúde bucal mediante o uso de indicadores confiáveis e contínuos, centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporar a saúde da família como estratégia para a reorganização da atenção básica, estabelecer políticas de financiamento, definir uma política de educação permanente dos trabalhadores da área, uma agenda de pesquisa sobre os principais problemas de saúde bucal e o desenvolvimento de novas tecnologias para expansão das ações de saúde bucal em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004). Chama a atenção que o que a PNSB de 2004 denomina como “pressupostos”, realmente são os objetivos gerais e específicos da Política, o que mostra uma falta de precisão na definição dos termos e clarificação dos propósitos.

A PNSB de 2004 salientou a necessidade de conhecer as características do perfil epidemiológico da população para definir as atividades a serem desenvolvidas, as quais deveriam se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva, propôs atividades de promoção e proteção da saúde que poderiam ser desenvolvidas pelo sistema de saúde em articulação com outras instituições, podendo incidir de maneira conjunta sobre fatores de risco de outras doenças (BRASIL, 2004).

Dentro das atividades de promoção da saúde bucal sinalizou a construção de políticas públicas saudáveis, políticas de acesso a água tratada, uso de dentífricos fluoretados, disponibilidade de cuidados odontológicos básicos, abordagem

comunitária para fortalecer o autocuidado, a higiene e a autonomia, políticas de alimentação saudável, políticas de eliminação do tabagismo e redução de acidentes. Também deveriam ser desenvolvidas ações como fluoretação das águas, educação em SB, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor quando for necessário (BRASIL, 2004).

Os responsáveis pela execução dessas atividades coletivas poderiam ser o CD, THD, ACD e ACS, porém, preferencialmente, deveriam ser desenvolvidas pelo pessoal auxiliar, recomendando-se cautela no deslocamento do CD para a execução destas, ficando na sua responsabilidade o planejamento, supervisão e avaliação das mesmas (BRASIL, 2004).

Na PNSB também foi indicada a realização de ações de recuperação e reabilitação, associadas ao diagnóstico precoce de carie dentária, tratamento imediato e prioritariamente conservador (manutenção dos dentes) e ações voltadas para a recuperação das capacidades perdidas pela doença (BRASIL, 2004).

Para a ampliação e qualificação da Atenção Básica, foram especificadas as seguintes ações: prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos na AB, ampliação do acesso mediante inserção transversal da SB nos programas integrais de saúde, por linhas de cuidado e por condição de vida (BRASIL, 2004). É importante ressaltar que antes da PNSB a inserção da saúde bucal nos programas transversais não tinha sido explicitada, nem tinham sido sugeridas as ações a desenvolver com cada grupo. Assim, em certa medida, pode-se considerar que houve uma iniciativa para superar o distanciamento dos profissionais e serviços de saúde bucal do restante da equipe de saúde multiprofissional.

Por outro lado, para garantir uma rede de atenção, na PNSB de 2004 destacou-se a importância do Ministério da Saúde para a implantação e melhoria dos Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CREO), como unidades de referência para as equipes de SB da AB (BRASIL, 2004).

No que diz respeito a centrar a atuação na Vigilância à Saúde, no discurso da PNSB de 2004 pode-se reconhecer que o objeto de trabalho sobre o qual se pretende atuar parte de uma concepção de saúde não centrada exclusivamente na doença e doentes, mas, também na promoção de boa qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco (BRASIL, 2004).

Foi explicitado que a atuação da equipe de saúde bucal não deveria se limitar ao

campo biológico ou técnico odontológico. A ESB deveria fazer parte das equipes multiprofissionais e interagir com profissionais de outras áreas. Porém, com o objetivo de garantir procedimentos mais complexos, conclusivos e resolutivos sugeriu-se que era necessário otimizar a assistência, maximizando a hora clínica do CD: 75-85% das horas contratadas deveriam ser dedicadas à assistência e 15-25% a outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). Além disso, as atividades coletivas, educativas e preventivas deveriam ser desenvolvidas preferencialmente pelo pessoal auxiliar, enquanto o CD deveria se responsabilizar pelo planejamento, organização, supervisão, e avaliação das mesmas (BRASIL, 2004).

No que diz respeito aos meios de trabalho, a PNSB considerou tanto a importância dos insumos odontológicos<sup>6</sup> quanto o receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar os usuários, favorecendo o acolhimento (BRASIL, 2004).

Os agentes do processo de trabalho em saúde bucal reconhecidos pela PNSB foram CD, THD, ACD e também o ACS ainda que sem pertencer diretamente à equipe de saúde bucal (BRASIL, 2004). Porém as atribuições de cada agente não foram especificadas nesse documento.

Observou-se que na PNSB foram definidas de maneira muito mais clara do que em legislações anteriores as atividades de promoção da saúde a serem realizadas.

Porém, ainda que o CD poderia desenvolver atividades coletivas, sua responsabilidade nessas práticas era principalmente de organização e supervisão. Levando em conta que o CD só poderia dedicar 15-25% das horas contratadas a atividades diferentes à assistência (planejamento, capacitação, atividades coletivas) (BRASIL, 2004), esse profissional não estaria obrigado a realizar ações coletivas porque dita percentagem de horas poderia ser dedicada a outras ações extraclínicas. O que poderia implicar o afastamento do CD do trabalho integrado com a equipe de saúde da família se ditas atividades não fossem desenvolvidas de maneira conjunta com os outros profissionais da Estratégia. O que terminaria por afetar o objetivo da mudança do modelo de atenção à saúde bucal.

Vale a pena destacar, também, que na PNSB de 2004 não foram propostas ações que correspondessem aos “pressupostos” de: acompanhar o impacto das ações de

---

<sup>6</sup>Foram inseridos na lista da farmácia da Saúde da Família, insumos odontológicos estratégicos com mercúrio e limalha de prata, resina, ionômero, escovas e pastas, e outros itens segundo a realidade local, como estratégia para superar as dificuldades em sua aquisição (BRASIL, 2004).

saúde bucal mediante o uso de indicadores, estabelecer políticas de financiamento, definir uma política de educação permanente dos trabalhadores e uma agenda de pesquisa.

Por outra parte, no mesmo ano de 2004, incrementou-se o incentivo financeiro para as ações de saúde bucal no PSF. Para a Modalidade I R\$ 20.400 equipe/ano e para a Modalidade II R\$ 26.400 equipe/ano. O incentivo adicional para a compra de equipamentos e materiais permanentes clínicos passou a ser de R\$ 6.000 e foi determinado um pagamento a mais de R\$ 1.000, em parcela única, para cada equipe já implantada, para a compra de materiais necessários para as fases clínicas de confecção de próteses (BRASIL, 2004a).

Além disso, foi determinado que as equipes de saúde bucal habilitadas na Modalidade II estariam obrigadas a possuir dois equipos odontológicos completos<sup>7</sup>, um dos quais seria fornecido pelo Ministério da Saúde e seria para uso do THD (BRASIL, 2004a).

Dois anos depois, em 2006, foi aprovada a Relação de Indicadores da Atenção Básica<sup>8</sup>. Para a saúde bucal, foram definidos como indicadores principais a cobertura de primeira consulta odontológica programática e a cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada; e como Indicadores complementares, a média de procedimentos odontológicos básicos individuais (clínicos e/ou cirúrgicos) e a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais (BRASIL, 2006a).

Também no mesmo ano, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esta política apesar de não aprofundar muito em saúde bucal contribuiu na explicitação das responsabilidades da gestão (municipal, estadual e federal) especificamente frente à saúde bucal na ESF<sup>9</sup>. Além de indicar as atribuições

---

<sup>7</sup>Cadeira, equipo de três pontas, unidade auxiliar, mocho e refletor (BRASIL, 2004a).

<sup>8</sup>Os Indicadores da Atenção Básica estavam diferenciados em: Indicadores Principais, de pactuação obrigatória entre municípios, estados e Ministério da Saúde; e Indicadores Complementares, que apesar de não ser de pactuação obrigatória, deveriam ser monitorados pelos gestores (BRASIL, 2006).

<sup>9</sup>Compete ao Ministério da Saúde a articulação com o Ministério de educação para gerar mudanças curriculares na formação nas áreas da saúde; às Secretarias Estaduais compete analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios sobre implantação e funcionamento das equipes; e as Secretarias Municipais compete garantir infraestrutura, materiais, equipamentos e insumos suficientes, garantir o cumprimento da jornada laboral, e manter atualizado o cadastro dos profissionais da equipe, e das populações de cada área de abrangência nos sistemas de informação (BRASIL, 2006a).

comuns<sup>10</sup> e específicas dos profissionais da equipe de saúde da família, de saúde bucal e de ACS (BRASIL, 2006a).

Dentre as atribuições específicas do ACS, do enfermeiro, do enfermeiro do PACS, do auxiliar e do técnico de enfermagem não se encontrou nenhuma referente à saúde bucal. Ainda que deveriam desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, de maneira geral, o que incluiria a saúde bucal. No caso do médico, só se indicou que deveria “contribuir e participar do processo de educação permanente dos auxiliares de enfermagem, ACD e THD” (BRASIL, 2006a).

No caso do CD, ACD e THD, além de realizar atenção integral em saúde bucal segundo as competências de cada um e outras atividades específicas<sup>11</sup>, também estava indicado o acompanhamento e realização de ações de saúde bucal junto com os demais membros da equipe de saúde da família, para integrar as ações de forma multidisciplinar (BRASIL, 2006a).

Especificamente ao THD correspondia apoiar as ações de saúde bucal desenvolvidas pelo ACS (BRASIL, 2006a). O qual implicaria que as práticas do ACS nessa área não seriam desenvolvidas de maneira Independente da ESB.

Vale a pena destacar que a integração das atividades com a equipe de saúde da família não foi mencionada no Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica de 2001 (BRASIL, 2001a), portanto, seria uma contribuição da PNAB (BRASIL, 2006a). Porém, nem nas atribuições comuns a todos os profissionais, nem nas específicas dos profissionais que não pertenciam à saúde bucal estavam indicadas ações deste tipo. Dessa forma, parece que a

---

<sup>10</sup>As atribuições comuns a todos os profissionais na ESF eram: participar do processo de territorialização, mapeamento da área e sua atualização, planejamento e avaliação, realizar cuidado e atenção integral em saúde (promoção da saúde, prevenção de agravos, curativas, de demanda espontânea, programáticas e de vigilância da saúde) da população adstrita, promover a mobilização e a participação da comunidade e identificar parceiros e recursos para as ações intersetoriais, atendimento humanizado e estabelecimento de vínculo, coordenação do cuidado, participar das atividades de educação permanente, dentre outras (BRASIL, 2006a).

<sup>11</sup>Ao CD correspondia realizar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, coordenar, acompanhar e participar das ações coletivas desenvolvendo estas e outras atividades de saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, realizar diagnóstico epidemiológico, planejamento, encaminhar, acompanhar e orientar usuários em outros níveis de assistência, participar das atividades de educação permanente supervisionar o THD, ACD e participar do gerenciamento dos insumos. Ao THD correspondia realizar atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) e apoiar as ações de prevenção e promoção da saúde bucal desenvolvidas pelos ACD e ACS. O ACD deveria executar ações de promoção e prevenção em saúde bucal, organizar a agenda clínica, auxiliar o CD e o THD nas atividades clínicas, esterilizar e organizar materiais e instrumentos. Além disso, eram funções do ACD e do THD acompanhar, apoiar e desenvolver atividades de saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, participar do gerenciamento dos insumos e manutenção dos equipamentos odontológicos (BRASIL, 2006a).

responsabilidade de desenvolver ações multiprofissionais, interagindo com profissionais de outras áreas era só dever da equipe de saúde bucal.

Além disso, ao caracterizar o processo de trabalho das equipes de atenção básica, especificamente para saúde bucal, só foi mencionada a realização do primeiro atendimento às urgências odontológicas (BRASIL, 2006a).

Chama a atenção também que, na PNAB, não achamos nenhuma informação sobre o trabalho por linhas de cuidado e por ciclo de vida, questão que foi destacada na PNSB de 2004, porque permitiria a inclusão das atividades de saúde bucal transversalmente nos programas (BRASIL, 2004) e poderia ser uma das estratégias para desenvolver as ações integradas.

Por outro lado, uma das questões importantes que a PNAB (2006a) apontou foi que uma das atribuições de todos os profissionais na atenção básica seria “participar dos processos de educação permanente”. Para isto, dever-se-ia realizar um processo de capacitação, concomitante ao início do trabalho das equipes de saúde da família, por meio do curso introdutório para toda a equipe, o qual deveria ser realizado em até três meses depois da implantação da ESF (BRASIL, 2006a). Essa questão, entretanto, não foi abordada na PNSB de 2004 para os profissionais da equipe de saúde bucal.

Com relação ao financiamento, em 2006 o incentivo para saúde bucal proveniente do PAB variável não sofreu alterações, tendo o mesmo valor desde 2004 (ESB MI: R\$ 1.700 equipe/mês; ESB MII: R\$ 2.200 equipe/mês). Porém, definiu-se que por cada equipe de saúde bucal implantada seriam transferidos R\$ 7.000 para investimento nas UBS e realização do curso introdutório (BRASIL, 2006b).

Chama a atenção que não foi criado um novo incentivo específico para a realização do curso introdutório. Foi definido que o recurso que era destinado para compra de equipamentos e materiais permanentes clínicos, que em 2004 era de R\$ 6.000 (BRASIL, 2004a), mudaria de nome para “investimentos na UBS”, seriam lhe acrescentados R\$ 1.000 e deveria ser utilizado também, para a realização do curso introdutório. Também vale a pena salientar que, para as equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, foram definidos incentivos financeiros diferentes, para investimento na UBS e realização do curso introdutório (BRASIL, 2006b). Isto pode ter implicado na realização de cursos de maneira diferenciada para a ESB e a equipe de saúde da família.

No mesmo ano de 2006, o Ministério da Saúde considerando que era responsável

por “estabelecer diretrizes nacionais e pedagógicas que facilitem o processo de capacitação dos profissionais da saúde da família e considerando que esse processo deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das equipes” publicou a Portaria 2.527, que detalha aspectos a serem observados na oferta do curso introdutório para profissionais de saúde da família. A carga horária mínima deveria ser de 40 horas e os conteúdos mínimos a abordar seriam: atenção básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação, organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial, processo de trabalho das equipes, atuação interdisciplinar e participação popular (BRASIL, 2006c).

Também em 2006, foi publicado o Caderno de Atenção Básica N° 17 - Saúde Bucal, referente técnico e científico para a reorganização das ações de atenção à saúde bucal no âmbito da atenção básica. Os objetivos da política de atenção à saúde bucal, expressos nesse documento, estavam mais orientados para a mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal e reorganização das práticas em todos os níveis de assistência, assim como para desenvolver ações intersetoriais e incorporar as atividades de saúde bucal nas equipes de saúde da família, integrando a prática dos diferentes profissionais (BRASIL, 2006d).

O documento resgata a ideia de que a incorporação das ações de saúde bucal na saúde da família objetivava transpor o modelo tradicional de prática nesta área, restrito ao consultório, ao CD e aos equipamentos, destacando a importância do trabalho em equipe e a responsabilização compartilhada pelo cuidado (BRASIL, 2006d). Também propunha o uso da epidemiologia e dos sistemas de informação para a realização do planejamento, o qual deveria contar com a participação de profissionais, lideranças e/ou representantes da comunidade (BRASIL, 2006d). Desta maneira, parece que a definição de planejamento proposta ia um pouco além das práticas tradicionais de planejamento normativo, ao inserir a participação das comunidades.

Foi definido o campo de atenção na saúde bucal e foram esclarecidas as práticas das ESB na atenção básica. As atividades propostas eram: ações intersetoriais, as quais foram definidas e exemplificadas<sup>12</sup>; ações de promoção da saúde definidas a

---

<sup>12</sup> As ações intersetoriais foram definidas como atividades para mudar circunstâncias sociais e ambientais, realizadas em parceria com setores fora da área específica da saúde, visando obter ambientes saudáveis. Como exemplo de ações deste tipo foi apontado o apoio a ações e políticas

partir da Carta de Otawa, conferências internacionais e considerando o Pacto em Defesa da Vida e as diretrizes da Política de Promoção da saúde do mesmo ano 2006<sup>13</sup>, mas que não foram exemplificadas logo ficaram confusas; ações educativas<sup>14</sup>; e ações de assistência<sup>15</sup>. Ademais, era atribuição de toda a ESB o apoiar as ações de saúde bucal desenvolvidas pelo ACS (BRASIL, 2006d).

Também foi definido que as atividades coletivas deveriam ser desenvolvidas pelos auxiliares, ainda que sendo parte das atribuições comuns de todos os profissionais da equipe de saúde bucal. Assim, a participação do CD estaria focada no planejamento e outros momentos pontuais não definidos (BRASIL, 2006d). Observou-se que, de maneira geral, as atividades propostas para o alcance dos objetivos foram definidas e esclarecidas. Porém, as práticas do CD poderiam continuar sendo principalmente restritas às atividades clínicas.

Também foram apontadas estratégias para a organização da atenção em saúde bucal como unificar a porta de entrada para saúde bucal com a de medicina e enfermagem, planejamento contínuo e organização das atividades em equipe e por ciclo de vida do indivíduo, garantir acesso à demanda espontânea, mudando a porta de entrada à unidade e implementando o acolhimento<sup>16</sup>, organização da atenção domiciliar; reordenamento da atenção de média complexidade através do encaminhamento aos CEO e estabelecimentos hospitalares. Também foi

---

que: promovam o desenvolvimento social, favoreçam o acesso a saneamento básico, incentivem à fluoretação das águas, combatam fumo e álcool, promovam dietas saudáveis, fomentem a proteção no trabalho, contribuam na construção de escolas saudáveis, onde a saúde bucal seja discutida em diferentes momentos durante as aulas e segundo a realidade das escolas (BRASIL, 2006d).

<sup>13</sup>Na descrição das ações de promoção da saúde, foram retomadas as definições de promoção da saúde da Carta de Otawa de 1986 (que visava a criação de ambientes saudáveis, políticas públicas saudáveis, fortalecimento às ações comunitárias, desenvolvimento de habilidades pessoais que permitissem aos indivíduos promover saúde, reorientação dos serviços de saúde do trabalho clínico ao foco na saúde), conferências internacionais posteriores e de diferentes pesquisadores. A partir disso, foi definida a promoção da saúde como o resultado positivo da implementação de políticas públicas saudáveis, desenvolvidas a partir de ações intersetoriais com participação do estado, do sistema de saúde e outros parceiros, com foco na população, com a finalidade de reduzir as desigualdades sociais, atuando sobre fatores de risco comuns de várias doenças (BRASIL, 2006d).

<sup>14</sup> As ações educativas foram descritas como atividades focadas no fortalecimento da autonomia e empoderamento dos usuários, frente a seu processo saúde-doença. O planejamento destas deveria ser feito respeitando as características culturais das comunidades, e de maneira conjunta com a equipe de saúde, principalmente no concernente às ações por ciclo de vida, condição de vida e fatores de risco comuns. O ACS, ao ser um importante multiplicador das informações sobre saúde bucal, deveria participar de todo esse processo, sob a orientação da ESB (BRASIL, 2006d).

<sup>15</sup>Atividades clínicas curativas, individuais ou coletivas para responder aos principais problemas de saúde da população (BRASIL, 2006d).

<sup>16</sup>Foi resgatada a relevância da escuta, atenção, e compreensão no processo de acolhimento à demanda espontânea e em todos os momentos do serviço (BRASIL, 2006d).

reconhecida a importância da utilização dos sistemas de informação (SIA/SUS, SIAB, SCNES), os quais gerariam insumos para a tomada de decisão e a avaliação dos serviços (BRASIL, 2006d).

Além disso, em dito Caderno, foram abordados os principais agravos em saúde bucal (cárie dentária, doença periodontal - gengivite e periodontite, câncer de boca, traumatismos dentários, fluoroses dentária, edentulismo e má oclusão), para os quais foi estabelecido um protocolo de atenção para atividades individuais e coletivas, clínicas e extra clínicas (BRASIL, 2006d). Isto representou uma mudança importante, porque tradicionalmente as ações estavam restritas no máximo a duas doenças, cárie dental e doença periodontal e só eram elaborados protocolos clínicos.

Observa-se que o Caderno de Atenção Básica N° 17 é um documento marco, de grande importância na definição da política de atenção à saúde bucal, no qual foram expostas atividades para cada um dos objetivos que eram propostos. Ademais, foram reconhecidos como meios de trabalho necessários tanto as tecnologias duras de informática e comunicação, quanto as tecnologias relacionais. Ainda que não fosse explicitado de quem era a responsabilidade do acolhimento dos usuários.

Além disso, observou-se algum grau de confusão na definição das atividades consideradas de promoção da saúde, porque as continuam associando a ações para atuação sobre os riscos.

Por outro lado, em 2007, foram unificados, num só processo de pactuação, os indicadores do Pacto da Atenção Básica, da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde PPIVS e do Pacto pela Saúde, considerando-se que a pactuação é a base para estabelecer as metas com o intuito de melhorar o desempenho dos serviços e a situação de saúde da população (BRASIL, 2007).

Dessa maneira, para saúde bucal, no Pacto Pela Saúde, ficou como indicador principal unicamente a “cobertura de primeira consulta odontológica programática” com uma meta nacional de 30%, enquanto ficaram como indicadores complementares "a cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada" com uma meta de 5% da população nacional e a “média de procedimentos odontológicos básicos individuais” com uma meta de 2,5 (BRASIL, 2007). Observa-se que o indicador "Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais", que era reconhecido como indicador complementar na Relação de Indicadores da Atenção Básica (BRASIL, 2006), foi

desconsiderado no Pacto pela Saúde.

No que se refere ao financiamento, em 2008, o incentivo para as equipes de saúde bucal foi incrementado duas vezes, em outubro (ESB MI: R\$ 1.900 eq/mês; ESB MII: R\$ 2.450 eq/mês) (BRASIL, 2008) e dezembro (ESB MI: R\$ 2.000 eq/mês; ESB MII: R\$ 2.600 eq/mês) (BRASIL, 2008a). Porém, esta foi uma percentagem de incremento menor do que em anos anteriores.

Neste ano também, foi regulamentado o exercício das profissões de nível médio em odontologia e foi mudada a sua nomenclatura. O Técnico em Higiene Dental (THD) passou a ser denominado Técnico em Saúde Bucal (TSB) enquanto o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) passou a ser chamado de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) (BRASIL, 2008b). Essa alteração não significou mudanças nas suas atribuições na ESB<sup>17</sup>, mas, foi definido que todas as atividades clínicas desenvolvidas pelo ASB e TSB deveriam ser acompanhadas de supervisão direta por parte do CD, enquanto as ações extraclínicas poderiam ter supervisão indireta (BRASIL, 2008b).

Em 2009, ocorreram mudanças importantes na organização do processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica. Por meio da Portaria 302 de fevereiro desse ano, foi permitida a incorporação dos profissionais de saúde bucal das equipes de saúde da família nas equipes de agentes comunitários, numa proporção de uma ESB por uma equipe de agentes comunitários. Dessa maneira, as equipes de saúde da família com saúde bucal onde o profissional médico não era substituído num prazo de 90 dias poderiam ser alteradas no SCNES a equipes de agentes comunitários. É necessário esclarecer que não foi permitida a criação de novas equipes de saúde bucal sem antes ter sido vinculadas a uma equipe de saúde da família (BRASIL, 2009; 2009a). Pode-se supor que essa foi uma estratégia para ajudar a manter a oferta de serviços de saúde bucal quando a equipe de saúde da família fosse desativada.

---

<sup>17</sup> Às atividades atribuídas ao ASB continuaram sendo ações de promoção, e prevenção de riscos sanitários e ambientais, organizar e executar ações higiene bucal, realizar junto com a equipe o levantamento das necessidades em saúde bucal, realizar acolhimento ao paciente, limpeza e esterilização de instrumental, equipamentos e ambiente de trabalho, e atividades clínicas como preparar o paciente, fazer modelos, processar filme radiográfico, auxiliar e instrumentar os profissionais nas ações clínicas, entre outras. As responsabilidades do TSB continuaram sendo, além das especificadas para o ASB: participar das capacitações e treinamentos para ASB e agentes multiplicadores das ações de promoção, supervisionar o trabalho do ASB e atividades clínicas como remoção do biofilme, aplicação de flúor, inserir e distribuir materiais odontológicos na restauração dentária direta (BRASIL, 2008b).

Também em 2009, considerando a necessidade de expansão da cobertura da atenção à saúde bucal a toda a população e as dificuldades de acesso aos serviços odontológicos nos municípios com menores condições socioeconômicas, foi instituído o componente móvel de atenção à saúde bucal, a Unidade Odontológica Móvel (UOM)<sup>18</sup> (BRASIL, 2009b).

As UOM eram definidas como consultórios odontológicos, estruturados dentro de um veículo, nos quais deveriam atuar as equipes de saúde bucal vinculadas às equipes de saúde da família. Os equipamentos para funcionamento das UOM seriam cedidos pelo Ministério de Saúde e os instrumentais e materiais clínicos permanentes deveriam ser adquiridos pelo gestor municipal. O incentivo financeiro definido para sua implantação foi de R\$ 3.500 e o custeio mensal de R\$ 4.680. O resultado esperado ou meta para 2009/2010 era a implantação de 160 UOM (BRASIL, 2009b). Dentro da portaria que definiu a implantação das UOM não foram especificadas as práticas que seriam desenvolvidas nesses consultórios, porém, segundo a descrição que foi feita das tecnologias, pode-se supor que estas ampliariam o acesso só a procedimentos clínicos odontológicos.

No mesmo ano de 2009, foi criado o Plano de Fornecimento de Equipamentos Odontológicos, para as equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família implantadas a partir de outubro do mesmo ano. Nesse plano ficou definido que o Ministério da Saúde poderia ceder um equipo odontológico completo e um kit de peças de mão, ou repassar os recursos para o próprio município realizar a aquisição desses equipamentos. Além disso, recomendou que os recursos para investimento das ESB, nas UBS, definidos nas portarias N° 648 e 650 de 2006, fossem destinados à aquisição de outros instrumentais e materiais permanentes odontológicos, destinados tanto a procedimentos cirúrgicos, de operatória, e diagnóstico, quanto alguns para atividades preventivas, como macro modelo e macro escova (BRASIL, 2009c)

Em 2010, considerando a necessidade de ampliação da atenção primária à saúde através da Estratégia de Saúde da Família na região da Amazônia legal e Mato Grosso do Sul e as necessidades diferenciadas das populações ribeirinhas,

---

<sup>18</sup> Os municípios que poderiam ser elegíveis para implantação de UOM (no biênio) eram aqueles que pertenciam ao Programa Territórios de Cidadania e não tinham equipes de saúde da família com saúde bucal (BRASIL, 2009b).

abriu-se a possibilidade de implantação de Unidades de Saúde Fluviais<sup>19</sup> e Equipes de saúde ribeirinhas<sup>20</sup>, opcionalmente com serviços de saúde bucal (BRASIL, 2010). O repasse mensal para o funcionamento das Unidades de Saúde Fluviais seria de R\$ 30.000 e R\$ 10.000 a mais para as equipes que continham serviços de saúde bucal. Para as Equipes de saúde ribeirinhas com saúde bucal, o repasse mensal seria o mesmo que para uma equipe de saúde bucal com um acréscimo de 50% (BRASIL, 2010).

Também em 2010, foram revisados e atualizados os objetivos, indicadores e metas do Pacto pela Saúde para 2011 em saúde bucal. Como parte da prioridade de fortalecimento da atenção básica foram considerados dois objetivos em saúde bucal: ampliar o quantitativo de ESB da Estratégia Saúde da Família, com o indicador de cobertura populacional estimada de ditas equipes, e tendo como meta mínima a cobertura de 40% da população; e aumentar a prevenção das principais doenças bucais (cárie dentária e doença periodontal), com o indicador de média da ação coletiva escovação dental supervisionada e com uma meta de 3% da população (BRASIL, 2010a).

Em 2011, foram publicadas as Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal, as quais segundo o discurso pretendiam orientar as atividades nesta área, conforme com os princípios do SUS, considerando a realidade epidemiológica, e as representações dos povos indígenas (BRASIL, 2011). Porém, a principal diferença com a PNSB de 2004 é que esta não incorporou a abordagem familiar e a Estratégia de Saúde da Família, para a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal indígena. Definiu que o modelo de organização devia-se basear nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei)<sup>21</sup>, destacando que deveria se garantir a qualidade e resolutividade de forma paralela às estratégias adotadas pelos Dsei (BRASIL, 2011).

Como parte das propostas para a ampliação e qualificação da atenção básica foi

---

<sup>19</sup> As Unidades de Saúde Fluviais são unidades de saúde que funcionam sobre embarcações que realizam deslocamentos fluviais, e nas quais as equipes pernoitam para desenvolver suas funções (BRASIL, 2010).

<sup>20</sup> As Equipes de saúde para populações ribeirinhas são equipes que estão assentadas em locais onde só se tem acesso por meios fluviais, pelo qual o deslocamento diário da equipe de saúde não seria viável (BRASIL, 2010).

<sup>21</sup> Os Dsei eram definidos no componente indígena da PNSB, como sistemas locais de saúde para populações e territórios específicos. Os quais tentavam promover uma rede de serviços de saúde, repensar as práticas sanitárias as especificidades culturais dos indígenas, e eram os responsáveis pela solução dos problemas de saúde no território de abrangência (BRASIL, 2011).

sugerida a ampliação do acesso, mediante duas formas de atenção à saúde bucal da população indígena: para as localidades com infraestrutura favorável, pouca dispersão geográfica e sem muitas dificuldades de acesso, foi prevista a realização de ações de promoção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação em consultórios fixos nos Polos-base de atendimento; em localidades onde a instalação de consultórios odontológicos fixos era inviável, as ações de saúde bucal (promoção e proteção, recuperação e reabilitação) seriam realizadas através de Unidades Odontológicas Moveis, consultórios odontológicos portáteis deslocados até aldeias para atendimento odontológico básico e aplicação do Protocolo de Intervenção Odontológica em áreas remotas e de difícil acesso<sup>22</sup> (BRASIL, 2011)

Diferentemente da PNSB, o componente de saúde indígena não propôs ações por linhas de cuidado ou condição de vida. A fluoretação das águas foi excluída das ações de promoção e proteção da saúde. A prevenção do câncer bucal ficou restrita à inspeção dos tecidos bucais durante o atendimento clínico (BRASIL, 2011), não sendo contempladas ações de busca ativa. O acesso à atenção especializada deveria se dar por meio da pactuação dos Dsei, com os municípios da área de abrangência que oferecessem esses serviços, sendo que os profissionais de saúde bucal deveriam garantir o encaminhamento (BRASIL, 2011).

No discurso da PNSB indígena também foi salientado o uso de tecnologias leves como receber, escutar, orientar, atender e acompanhar para desenvolver o vínculo e realizar acolhimento (BRASIL, 2011).

Cabe destacar que a PNSB indígena, apesar de se propor considerar as representações dos povos indígenas, reproduz quase os mesmos “pressupostos” da PNSB de 2004. Além do mais, não propõe atividades relativas ao acompanhamento e avaliação das ações realizadas, nem para a formação e educação permanente, não apresenta informações sobre financiamento e nenhuma proposta sobre a conformação de uma agenda de pesquisa para esta área e população.

Por outra parte, no mesmo ano 2011, “considerando as demandas do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, da instituição de equipes de atenção básica adaptadas a suas especificidades, a necessidade de integração intersetorial entre as políticas de saúde e as demais políticas públicas, visando melhorar a resposta às necessidades de saúde da população em situação de rua”, foram

---

<sup>22</sup>Contemplava o uso de tecnologias que não precisam de infraestrutura, remoção de focos infecciosos e tratamento restaurador atraumático (BRASIL, 2011).

definidas as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR) (BRASIL, 2011a).

Nessas diretrizes, ficou especificado que o TSB poderia opcionalmente participar das Equipes de Consultório na Rua sob supervisão de um CD. Esse CD supervisor não pertenceria à eCR, se não que deveria estar vinculado a uma equipe de saúde da família ou a outra equipe de atenção básica da área de atuação (BRASIL, 2011a).

Porém, as práticas que o TSB deveria desenvolver não foram esclarecidas. Poderia se suspeitar que as atividades a realizar limitariam se a atividades coletivas preventivas do tipo palestras, porque não foi definido incentivo financeiro específico, nem esclarecido que deveria existir consultório ou equipamentos, ou qual seria a articulação do TSB com a eCR.

Em setembro de 2011, definiu-se que os CD que desenvolviam suas funções em Unidades de Atenção Básica tradicionais poderiam ter uma carga horária mínima semanal de 20h, com a opção de poder trabalhar no máximo em duas unidades (BRASIL, 2011b). A carga horária dos profissionais de saúde bucal pertencentes à Estratégia de Saúde da Família continuava sendo de 40h por semana (BRASIL, 2011c).

Nesse mesmo ano, foi publicada uma nova PNAB (BRASIL, 2011c) com reflexos importantes para saúde bucal. Recomendou que os profissionais de saúde bucal estivessem vinculados a uma equipe de saúde da família, de modo que compartilhassem a gestão, o processo de trabalho da equipe e fossem responsáveis pela mesma população (BRASIL, 2011c).

Ademais, identificou as responsabilidades comuns a todos os profissionais na atenção básica<sup>23</sup>, e as particulares de cada um (BRASIL, 2011c). Destaca-se que a participação no acolhimento dos usuários foi indicada como uma atribuição comum a todos os profissionais das equipes de atenção básica, porém só foi explicitado nas responsabilidades específicas do TSB e ASB. Ademais, dentre as atribuições específicas dos ACS, não foi apresentada nenhuma referente à saúde bucal

---

<sup>23</sup>Participar do processo de mapeamento e territorialização, identificar parceiros e recursos na comunidade para potencializar ações intersetoriais, promover a mobilização e participação da comunidade para efetivar o controle social, participar das atividades de educação permanente, cuidar da saúde da população principalmente desde a unidade de saúde e no âmbito domiciliar quando for necessário, realizar cuidado familiar com o objetivo de propor intervenções que influenciem os processos saúde doença, participar do acolhimento dos usuários, realizar reuniões de equipe para discutir o planejamento e avaliar as ações, entre outras (BRASIL, 2011c).

(BRASIL, 2011c). Também, observou-se que as atribuições presentes na PNAB de 2011, correspondentes aos CD, ASB e TSB não apresentaram mudanças respeito às legislações anteriores.

Por outro lado, no mesmo ano de 2011, aumentaram os valores destinados para as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSFF), porém o incentivo destinado para estas equipes que contassem com saúde bucal, continuou sendo o mesmo desde 2010 (BRASIL, 2011e).

Observamos que nos anos de 2011 e 2012 houve um pequeno incremento do incentivo de financiamento para as ESB, passando para 2.100 mês/equipe (modalidade I) e R\$ 2.800 mês/equipe (modalidade II) em 2011 e R\$ 2.230 mês/equipe (modalidade I) e R\$ 2.980mês/equipe (modalidade II) em 2012 (BRASIL, 2011d, 2012a). Comparando-se como ano de 2008, quando os valores eram de R\$ 2.000 e R\$ 2.600, respectivamente para as modalidades I e II, esse aumento pode ser considerado pouco expressivo.

Além disso, em 2012 foi instituído o incentivo financeiro do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PMAQ-AB). Para as ESB contratualizadas, foi definido que dito incentivo seria de R\$ 2.500 por equipe. A partir da classificação alcançada no processo de certificação, seriam recebidos os acréscimos percentuais do valor do incentivo (BRASIL, 2012b).

Também em 2012 foram definidos os recursos financeiros do Plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família<sup>24</sup> instituído em 2009. Para as ESB implantadas de outubro de 2009 a setembro de 2011 foi definido o valor de R\$ 5.468,99 (BRASIL, 2012); para as implantadas de outubro de 2011 a junho de 2012, esse valor foi de R\$5.478 (BRASIL, 2012d); e para as que foram implantadas de julho a dezembro de 2012, foi de R\$ 6.194,34 (BRASIL, 2013b). Esclareceu-se que se os gestores já tinham adquirido esses equipamentos, poderiam usar o incentivo para outros equipamentos ou instrumentais (BRASIL, 2012; BRASIL, 2012d; BRASIL, 2013b).

Entre 2012 e 2013, a organização do trabalho da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família sofreu modificações. Foi estabelecido que a ESB modalidade I, poderia passar a estar composta por CD, ASB ou TSB; e a

---

<sup>24</sup>Ditos equipamentos odontológicos eram kit de peças de mão e cadeira odontológica, unidade auxiliar, refletor e mocho. Os valores para sua aquisição foram definidos tomando como referência o registro nacional de preços (BRASIL, 2012; BRASIL, 2012d; BRASIL, 2013b).

modalidade II, por CD, TSB, e ASB ou outro TSB (BRASIL, 2012e). Também, determinou-se que os profissionais de saúde bucal só poderiam atuar em uma única equipe de saúde da família (BRASIL, 2013) e que o gestor poderia compartilhar a carga horária dos profissionais das ESB da Estratégia Saúde da Família, na UOM totalizando 40 horas semanais (BRASIL, 2012c). Estas são as últimas mudanças observadas na política de saúde bucal no período de estudo (2000-2015). Em 2015, identificamos apenas duas Portarias que regulamentam a suspensão do incentivo por ausência de informação no sistema.

Em nossa análise, observamos que, de maneira geral, os documentos relacionados à política de saúde bucal abordam pouco os problemas a serem enfrentados. Estes aparecem vagamente definidos na seção preliminar das portarias, especificamente no preâmbulo, nos “considerandos”. De maneira similar, nos vários documentos revisados raramente se encontra um tópico específico e claramente explicitado referente aos objetivos da política. Em muitos desses documentos as intencionalidades da política se confundem com os problemas a resolver na seção dos “considerandos” das portarias. Em outros documentos, evita-se explicitar os objetivos usando outras palavras como “pressupostos” (BRASIL, 2004). Assim, os propósitos são escritos de maneira genérica ou vaga, por exemplo “melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira” (BRASIL 2001; 2007; 2009), parece que sem estabelecer um compromisso efetivo e mensurável.

Em todo caso, identificou-se que de maneira geral, antes do ano 2000 os objetivos das ações de saúde bucal limitavam-se à redução da incidência de cárie dental, e ampliação do acesso e cobertura a ações e serviços de saúde para as crianças até 14 anos (BRASIL, 1998). A partir de 2000, os objetivos finalísticos da política nacional de saúde bucal giram em torno da ampliação do acesso da população brasileira às ações de atenção à saúde bucal (promoção, prevenção e/ou recuperação) (BRASIL, 2000; 2001a; 2009; 2009b; 2009c; 2010; 2012; 2013b), melhoraria dos índices epidemiológicos na área (BRASIL, 2000; 2009c), incentivo à reorganização do modelo de atenção à saúde bucal (BRASIL, 2000; 2006d; 2011c; 2012; 2012d; 2012e; 2013b), orientação das práticas de atenção à saúde bucal seguindo as orientações do PSF e do SUS (BRASIL, 2001a; 2011), melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira (BRASIL 2001a; 2007; 2009), ampliação da resolutividade das ações básicas em odontologia (BRASIL, 2004a; 2009c; 2012; 2012d; 2013b), melhoria do desempenho dos serviços (BRASIL, 2007)

e expansão da cobertura (BRASIL, 2009b; 2010a).

Chama a atenção que poucos documentos apresentam objetivos intermediários para o alcance de ditos objetivos finalísticos. Porém, alguns que puderam ser identificados foram: garantir uma rede de atenção, garantir integralidade nas ações de atenção à saúde bucal, realizar planejamento, centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporar a saúde da família como estratégia para a reorganização da atenção básica, estabelecer políticas de financiamento, definir uma agenda de pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias para expansão das ações de saúde bucal em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004), acompanhar e avaliar as ações de saúde bucal desenvolvidas, capacitar os profissionais (BRASIL, 2001a; 2004), desenvolver ações intersetoriais e integrar a prática dos profissionais da equipe de saúde da família e a ESB (BRASIL, 2006d).

As estratégias e atividades estavam inicialmente focadas na ampliação do acesso a procedimentos clínicos para os grupos tradicionalmente priorizados (crianças e gestantes) (BRASIL, 2001; 2002). Ou percebia-se que a legislação dava maior importância às ações clínicas descrevendo-as e especificando-as (BRASIL, 2001a) com maior clareza do que às ações coletivas. O CD foi relegado principalmente às ações clínicas (BRASIL, 2004; 2006d), o que favoreceria o alcance da melhoria no acesso, mas não o da mudança do modelo de atenção.

A realização de atividades integradas com os outros profissionais da equipe de saúde da família foi atribuição exclusiva da ESB (BRASIL, 2006a). Dessa maneira, pareciam existir duas equipes que funcionavam de maneira independente, ainda que, no Caderno de Atenção básica, fossem definidas estratégias para a organização conjunta da atenção (BRASIL, 2006d).

As atividades e estratégias para as ações coletivas intersetoriais e de promoção da saúde começaram a ter maior importância, ao ser um pouco melhor descritas e exemplificadas a partir de 2004 (BRASIL, 2004; 2006d).

A partir de 2009, observou-se uma flexibilização na legislação, no referente a que as ESB já não estariam obrigadas a estar adjuntas a uma equipe de saúde da família (BRASIL, 2009; 2009a; 2011c), podendo funcionar também em equipes de agentes comunitários (BRASIL, 2009; 2009a).

Definiram-se outras estratégias para a ampliação da cobertura da atenção à saúde bucal: criaram-se as UOM (BRASIL, 2009b) e permitiu-se a incorporação do TSB na eCR (BRASIL, 2011a), mas em nenhum dos dois casos foi especificado quais eram

as práticas que deveriam ser desenvolvidas nessas novas configurações. No caso das UOM parece que o foco eram as ações clínicas e no caso das eCR não fica claro, ainda que tudo parece indicar que eram as palestras.

De maneira similar, em 2011 foram publicadas as diretrizes do componente indígena da PNSB, nas quais as atividades descritas parecem se afastar do objetivo proposto, que era orientar as atividades nesta área, em conformidade com os princípios do SUS, considerando a realidade epidemiológica e as representações dos povos indígenas (BRASIL, 2011) e se focam mais na ampliação do acesso às atividades clínicas.

Os recursos que a política de saúde bucal propunha inicialmente centravam-se nas ações clínicas, por exemplo estabelecia quais eram os equipamentos e instrumentais necessários (BRASIL, 2001a) e definia os incentivos financeiros para sua compra (BRASIL, 2000), mas não considerava as tecnologias relacionais, ainda que, também, considerasse a necessidade de uma capacitação adequada aos princípios da estratégia saúde da família para os profissionais (BRASIL, 2001a; 2006a; 2006c).

As tecnologias relacionais começaram a ter maior importância a partir da PNSB de 2004 (BRASIL, 2004, 2006d), quando o acolhimento começou a ser reconhecido como relevante para o cuidado.

A partir de 2012 os documentos achados tratam principalmente sobre mudanças nos incentivos financeiros (BRASIL, 2012; BRASIL, 2012d; BRASIL, 2013b), e suspensão dos mesmos por não alimentação dos sistemas de informação (BRASIL, 2015; BRASIL, 2015a).

Um resumo com os principais achados sobre a regulamentação da PNSB de 1998 a 2015 é apresentado na forma de uma linha do tempo (FIGURA 3, p. 56).

O gráfico 1 (p. 57) apresenta de maneira resumida os incentivos para o financiamento da atenção à saúde bucal na atenção básica de 2000 a 2015. Em 2000 foi estabelecido o primeiro incentivo para inclusão das ESB na atenção básica através do PAB variável (BRASIL, 2000). O valor desse incentivo se manteve igual até 2003 quando foi incrementado em 20% (BRASIL, 2003). Esta quantidade se manteve invariável até 2008, ano no qual foi incrementado duas vezes, mas o acréscimo foi só de 18%. Novamente esse valor se manteve sem mudanças até 2011, ano no qual a percentagem do incremento diminuiu, passando a ser de menos de 10%. A partir de 2012 esse incentivo não tem apresentado mudanças.

A diminuição na percentagem do acréscimo do incentivo para as ESB ocorrido a partir de 2008 corresponde também ao momento em que: começaram a ser implementadas e financiadas as UOM, cujo incentivo não tem mudado desde sua definição em 2009; e a definição do incentivo do PMAQ em 2012.

Vale ressaltar que os incentivos destinados às ESFR e UBSFF com saúde bucal definidos em 2010 não tem apresentado mudanças até este ano e que para as eCR nas quais poderiam opcionalmente se inserir TSB não foi definido nenhum incentivo financeiro.

No que concerne aos incentivos adicionais, em 2000 foi definido o valor de R\$ 5.000 para compra de equipamentos e materiais permanentes clínicos (BRASIL, 2000), valor que só aumentaria em 2004, passando a R\$ 6.000 (BRASIL, 2004a). Em 2006 esse incentivo mudou de nome passando a ser chamado de “incentivo para investimento na UBS” e foram lhe acrescentados R\$ 1.000, para a realização do curso introdutório. Também foi determinado que as ESB implantadas até esse ano receberiam R\$ 1.000 para a aquisição de materiais para a confecção de próteses (BRASIL, 2006b). Esse “incentivo para investimento na UBS” era concedido em parcela única e seu valor não foi mais incrementado até agora.

Em 2009 criou-se se o Plano de Fornecimento de Equipamentos Odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2009c). Porém, só em 2012, foram definidos os valores que seriam repassados para as ESB implantadas desde 2009. Este incentivo era definido a partir do registro nacional de preços (BRASIL, 2012; 2012d) e aumentou em 2013 (BRASIL, 2013b).

A partir dos achados anteriormente descritos observou-se que a análise lógica da PNSB no seu componente de atenção básica, permitiu esclarecer que os problemas a resolver e os objetivos dessa política nem sempre foram esclarecidos completamente o que dificulta o acompanhamento e avaliação da mesma.

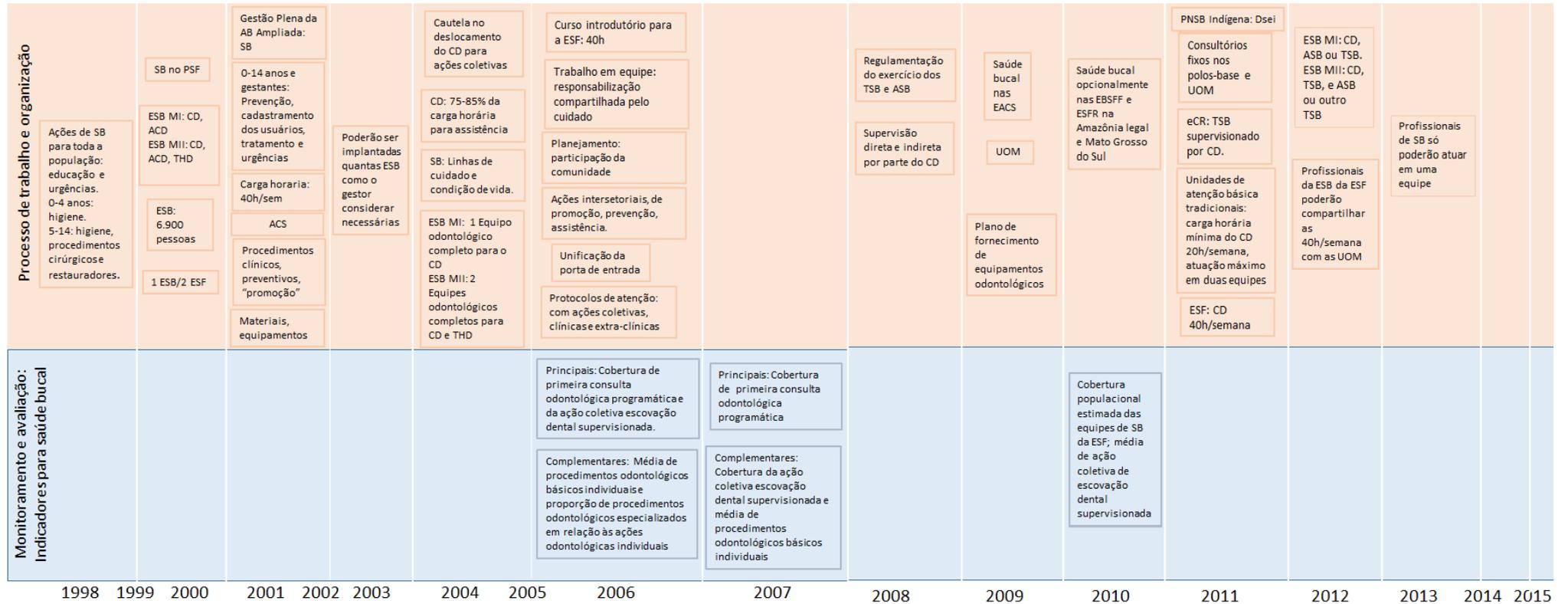
Porém, no ano 2000 identificamos uma possível ruptura com os problemas e objetivos hegemônicos. Foram propostos objetivos gerais inovadores como reorganizar o modelo de atenção à saúde bucal seguindo os princípios do SUS e ampliar a cobertura e acesso da população brasileira às ações de atenção à saúde bucal. Ainda que os objetivos intermediários fossem pouco explicitados.

De maneira geral, as estratégias eram mais coerentes com os objetivos de ampliação do acesso/cobertura e melhoria dos indicadores epidemiológicos do que para a reorganização das práticas. Ainda que, entre 2004 e 2006 observaram-se

proposição de estratégias que parecem um pouco mais coerentes com a reorientação das práticas de acordo aos princípios do SUS.

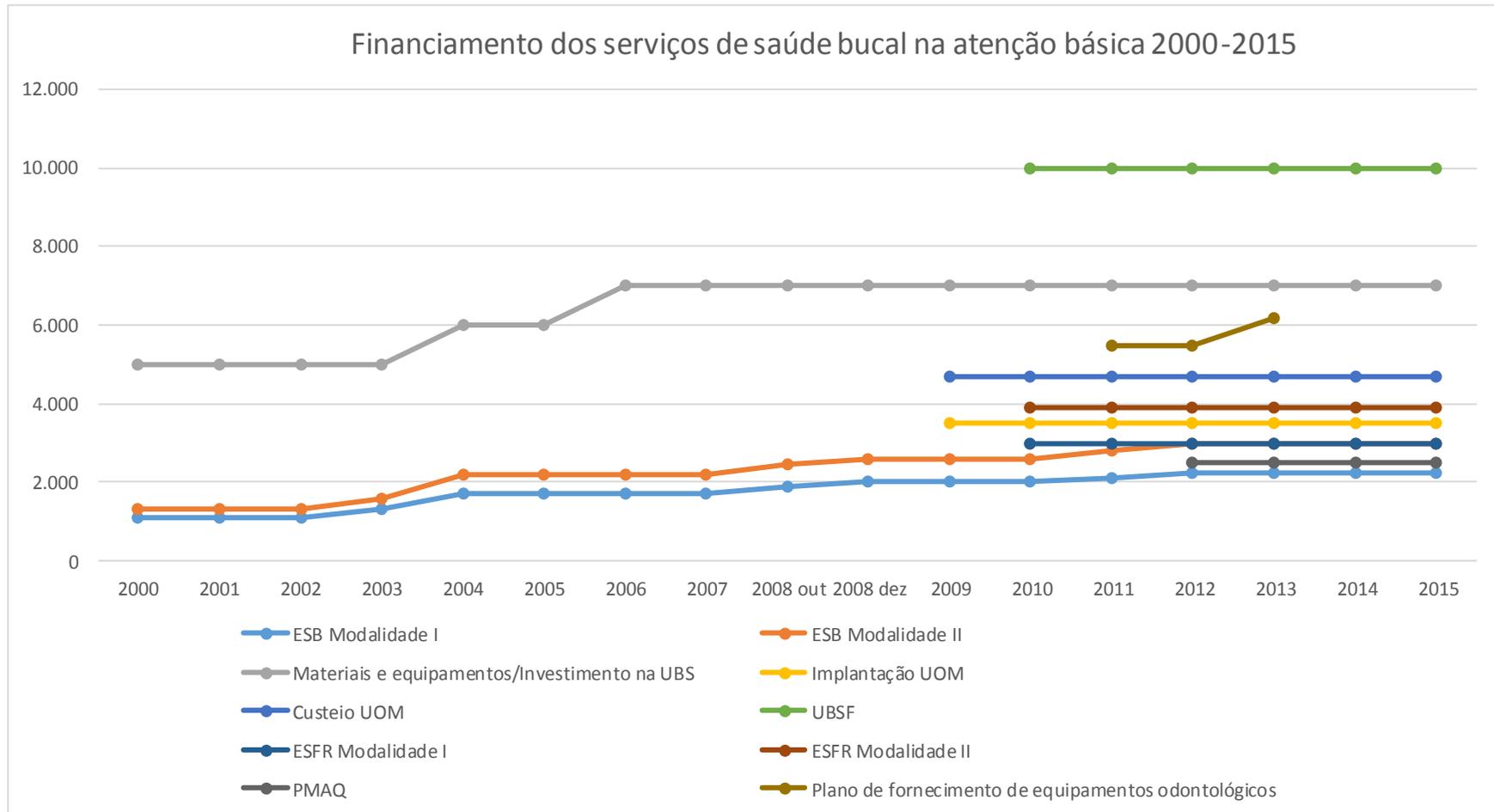
Assim, conclui-se que de maneira geral a PNSB apresenta características de coerência interna para os objetivos de ampliação de acesso/cobertura. Mas, incoerências internas para o alcance da reorganização das práticas, do modelo de atenção à saúde bucal.

Figura 3: Linha do tempo da Política Nacional de saúde bucal: processo de trabalho, organização e indicadores de monitoramento e avaliação



Fonte: Realizado pela autora

Gráfico 1: Financiamento dos serviços de saúde bucal na atenção básica de 2000 a 2015



Fonte: elaborado pela autora a partir das portarias que definem os incentivos financeiros para saúde bucal na Atenção Básica

### **4.3 Processo de trabalho das equipes de saúde bucal na Atenção Básica**

A organização da atenção à saúde bucal e as práticas desenvolvidas pelas ESB na atenção básica são descritas a partir dos achados dos 16 artigos que fazem parte desta revisão sistemática (QUADRO 2, pag. 73). Estes estudos foram publicados entre 2005 e 2015 e são produtos de estudos empíricos realizados em quatro das cinco regiões do Brasil: oito foram desenvolvidos na região Nordeste, três na Sul, três na Sudeste, um na Centro-oeste e um foi levado a cabo em duas cidades, uma da região sul e a outra da região sudeste.

Os objetivos das pesquisas incluídas nesta revisão sistemática eram: descrever e analisar as práticas, a organização e o processo de trabalho das ESB no PSF/ESF (CHAVES e SILVA, 2007; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010; PIMENTEL et al., 2010; AQUILANTE e ACIOLE, 2015); analisar as práticas desenvolvidas na ESF especificamente pelo TSB (SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013), ACS (RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010), CD (MOURA et al., 2013; REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015); analisar aspectos específicos de processo de trabalho da ESB como o acolhimento (SANTOS, et al., 2007) e as ações intersetoriais de promoção da saúde (MORETTI et al., 2010); discutir, avaliar e analisar a inclusão e implantação da atenção à saúde bucal no PSF/ESF (BALDANI et al., 2005; SOUZA e RONCALLI, 2007; CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; MATTOS et al., 2014); avaliar as mudanças nas práticas de atenção à saúde bucal depois da implantação de dois modelos de atenção básica familiar (NASCIMENTO et al., 2009); e conhecer o perfil dos profissionais da ESB inseridos na ESF (RODRIGUES e cols., 2009).

Destes artigos, 11 usaram uma metodologia qualitativa, três quantitativa e dois metodologia mista quali-quantitativa. Para a coleta dos dados as técnicas mais utilizadas foram questionários, entrevistas e grupos focais, em algumas pesquisas observação da prática e em poucos casos análise documental (relatórios e registros diários das práticas).

Os sujeitos que fizeram parte das pesquisas eram principalmente os CD, gestores ou coordenadores, os usuários e outros profissionais da equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família (ACS, médico, enfermeiro) e uma pesquisa esteve focada unicamente no TSB.

Para a apresentação dos resultados, estes foram organizados considerando-se os

conceitos do referencial teórico de processo de trabalho em saúde: objeto, agentes, meios e trabalho propriamente dito (práticas) e foram resumidos da maneira gráfica na Figura 4 (pag. 76).

Segundo as práticas que foram descritas nos artigos, conseguiu-se inferir que o objeto sobre o qual os profissionais atuavam, na maioria das experiências analisadas eram os danos e os riscos. Só em quatro estudos o processo de trabalho parecia estar orientado a dar resposta tanto aos riscos e/ou danos ou agravos, quanto aos determinantes do processo saúde doença (BALDANI MH et al, 2005; SANGLARD-OLIVEIRA, 2007; MORETTI et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2009).

Em todos os casos analisados, os profissionais da ESB foram reconhecidos como agentes do processo de trabalho em saúde bucal. Muitas experiências, também, consideraram a participação dos gestores (BALDANI et al., 2005; CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; SOUZA e RONCALLI, 2007; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010; PIMENTEL et al., 2010; MORETTI et al., 2010; MATTOS et al., 2014; AQUILANTE e ACIOLE, 2015) admitindo a importância da gestão no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde bucal.

Duas pesquisas consideraram também outros agentes profissionais de saúde não pertencentes à ESB, como o médico (FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010) e o ACS (RODRIGUES, SANTOS E ASSIS; 2010).

Identificamos, também, os professores, com quem tradicionalmente as equipes de saúde bucal desenvolvem atividades no território, como agentes do processo de trabalho em alguns estudos (CHAVES e SILVA, 2007; FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010; MATOS et al., 2014; MORETTI et al., 2010; SOUZA e RONCALLI, 2007; AQUILANTE e ACIOLE, 2015).

Na maioria das pesquisas a população não foi considerada como agente do processo de trabalho em saúde bucal. Dois estudos indagaram sobre a participação da comunidade, mas só num deles foi achado que eram realizadas reuniões junto com os usuários no processo de planejamento das ações da ESB (BALDANI MH et al., 2005).

Em nosso estudo, consideramos como meios de trabalho tanto as tecnologias, quanto o sistema de gestão, o qual abarca também as normas e rotinas do processo de trabalho, além do financiamento (FIGURA 2, p. 32).

No que diz respeito às normas e rotinas, em nossa revisão, três estudos analisaram a oferta dos serviços de saúde bucal, a partir do quantitativo de população coberta

pelas ESB, sendo que um desses estudos envolveu dois municípios (BALDANI et al., 2005; CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010). Em dois dos locais onde foram desenvolvidas as pesquisas, a média de população coberta pelas equipes de saúde bucal era menor que o estipulado pelo Ministério da Saúde<sup>25</sup> (BALDANI et al., 2005; CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007Município C<sup>26</sup>) e nos dois outro será superior (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007 Município E; FACCIN, SEBOLD E CARCERERI; 2010).

Ressalta-se que, ainda nas ESB responsáveis por uma população menor à indicada não eram realizadas todas as atividades previstas, sendo mencionado, pelos CD, que as condições socioeconômicas desfavoráveis exacerbavam as necessidades de tratamento, dificultando a realização de ações de promoção da saúde e prevenção da doença (BALDANI et al., 2005; CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007).

Os achados de Faccin, Sebold e Carcereri (2010) demonstram que as equipes onde a relação era de uma ESB para duas equipes de saúde da família, havia maiores dificuldades na organização do processo de trabalho e planejamento das ações em saúde bucal. Desse modo, é importante se questionar o uso de parâmetros de oferta generalizados, sem levar em conta a realidade epidemiológica e social de cada território.

Outra questão relacionada às normas e rotinas, destacada nos artigos que fizeram parte desta revisão, diz respeito à quantidade de horas semanais contratadas, dos profissionais da ESB.

Dos seis estudos que abordam esta questão, unicamente em dois deles os profissionais das equipes de saúde bucal trabalhavam 40 horas por semana (BALDANI MH et al., 2005; RODRIGUES et al., 2009). Nos outros estudos, os CD tinham contratos de 40 horas semanais, mas nem todos cumpriam essa carga horária (SOUZA e RONCALLI, 2007; MATTOS et al., 2014; MOURA et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2009).

Um desses estudos encontrou que uma parte dos CD cadastrados na ESF tinham contratos de carga horária menor que a estipulada (MATTOS et al., 2014). Este fato chama a atenção pois indica descumprimento da legislação.

---

<sup>25</sup> 6.900 pessoas/ESB, o qual correspondia à população de duas equipes de saúde da família (BRASIL, 2000).

<sup>26</sup>No estudo de Chaves e Vieira-da-Silva (2007) foram avaliados dois municípios da Bahia: um com grau avançado da gestão descentralizada do SUS (Município C) e outro com grau incipiente (Município E).

Os motivos apontados pelos CD para o descumprimento da carga horária eram: morar em outro município (MATTOS et al., 2014; SOUZA e RONCALLI, 2007) e salário (SOUZA e RONCALLI, 2007).

A ausência, funcionamento parcial ou não funcionamento do sistema de referência e contrarreferência foi mencionada em vários estudos, discutindo-se suas consequências em termos da resolutividade e integralidade da atenção em saúde bucal (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; SOUZA e RONCALLI, 2007; FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010; MATTOS et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2009; AQUILANTE e ACIOLE, 2015; MOURA et al., 2013; PIMENTEL et al., 2010).

Apenas um estudo (BALDANI et al., 2005) observou que mais de 70% dos CD entrevistados referiram realizar encaminhamentos a centros de referência no mesmo município ou em outro município próximo e maior.

Chama a atenção que no estudo de Souza e Roncalli (2007), a maioria dos gestores afirmaram que existia sistema de referência e contrarreferência no mesmo município ou em outro maior, enquanto de maneira contraditória a maior parte dos CD apontaram que não existia referenciamento. Somente em um município houve concordância entre a resposta do CD e a do gestor (SOUZA E RONCALLI, 2007). O qual poderia indicar que o sistema de referência poderia estar desenhado teoricamente, sem estar implementado ou funcionar realmente, o qual obstaculizaria a resolução das necessidades dos usuários.

Na experiência apresentada por Aquilante e Aciole (2015) também se identificou que o sistema de referência e contra referência funcionava somente como algo burocrático, onde se “empurra” o usuário para outro nível, mas o cuidado não era compartilhado. Além disso, os CD das unidades de pronto atendimento pareciam estar fora da rede de serviços de saúde bucal porque não contavam com a ficha de referência e contra referência e não conseguiam referenciar os pacientes.

Também, várias pesquisas apontaram os motivos pelos quais esse sistema não funcionava adequadamente: escassez de recursos humanos (SOUZA e RONCALLI, 2007; MATTOS et al., 2014), ausência de centros de referência pactuados para a realização das ações de saúde bucal de média complexidade (SOUZA e RONCALLI, 2007; NASCIMENTO et al., 2009; FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010; MATTOS et al., 2014; PIMENTEL et al., 2010), preenchimento incompleto das fichas de referência, demanda reprimida e poucas vagas especialmente para os serviços de prótese, periodontia e endodontia (MATTOS et al., 2014; AQUILANTE e ACIOLE,

2015; PIMENTEL et al., 2010).

No que concerne à capacitação que deveria ser dada aos profissionais para a incorporação na ESF, os estudos não são concordantes. Em alguns deles os profissionais indicaram que não receberam treinamento para iniciar o trabalho na Atenção Básica (CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007 Município E; FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010; REIS, SCHERER E CARCERERI; 2015); em outros estudos alguns dos profissionais referiram ter participado de oficinas de capacitação e outros não (RODRIGUES et al., 2009; MOURA et al., 2013; CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007 Município C; NASCIMENTO et al., 2009); e unicamente num estudo mais de 90% dos CD entrevistados indicaram ter participado de cursos de capacitação (BALDANI MH et al., 2005).

Cabe ressaltar que, Nascimento e cols. (2009) encontraram que em Campinas, nas unidades por eles avaliadas, inicialmente tinham sido desenvolvidas várias atividades de educação continua, com a participação de expertos em saúde pública, não entanto essas ações deixaram de ser realizadas (NASCIMENTO et al., 2009).

Esses resultados diferentes, mesmo ao interior de um mesmo município, mas em períodos diferentes no tempo, pode estar indicando que a capacitação dos profissionais não era algo institucionalizado, dependendo de decisões da gestão local.

Também chama a atenção que tanto na pesquisa desenvolvida por Faccin, Sebold e Carcereri (2010) quanto na de Nascimento e cols. (2009) achou-se, pelo menos, um relato que indicava que a capacitação oferecida para a inserção na ESF, ou as atividades de educação continuada, eram voltadas para a área clínica, ou eram mais técnicas.

No que diz respeito ao suporte que deveriam oferecer os gestores municipais ao desenvolvimento das ações em saúde bucal, Souza e Roncalli (2007) observaram que os programas eram desenhados e desenvolvidos somente pelos dentistas, sem nenhum suporte técnico ou financeiro por parte da coordenação. A única atividade reportada como sendo realizada em conjunto entre CD e coordenação de saúde bucal foi a realização de protocolos de atendimento.

Chaves e Vieira-da-Silva (2007) indicaram, também, que em um dos municípios investigados não eram realizadas reuniões periódicas entre coordenadores e profissionais.

Souza e Roncalli (2007) concluíram que a falta de suporte da gestão condiciona a

realização das ações, à permanência do CD e a sua disposição para realizá-las.

Não foi mencionada em nenhuma das pesquisas alguma prática relacionada à fluoretação das águas de abastecimento público e ao controle dos níveis de fluoretos nas águas. Este fato pode estar relacionado a um viés de seleção do nosso estudo que buscou artigos empíricos voltados para as práticas de saúde bucal, não realizando busca específica com relação às práticas de gestão.

Por outro lado, só num estudo os entrevistados fizeram referência ao financiamento. Baldani e cols. (2005) sinalizam que existia dificuldade para que os gestores municipais destinassem recursos adicionais, além do incentivo do Ministério da Saúde, para o PSF e a ESB, segundo depoimento de um dos CDs entrevistados por eles.

Porém, em várias das pesquisas encontradas, tanto gestores quanto CD referiram escassez de recursos estruturais físicos, como: Unidades de Saúde da Família com infraestrutura deficiente, falta de sala de espera ou sala de espera pequena e suja, e condições precárias nas salas de atendimento odontológico (SOUZA e RONCALLI, 2007; SANTOS, et al., 2007; REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015). Além de escassez de recursos humanos, especificamente ACD (FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010).

O processo de trabalho da ESB na Estratégia de Saúde da Família requer que os agentes façam uso de uma série de conhecimentos e tecnologias adequadas aos objetivos da estratégia. Porém, no que se refere aos conhecimentos, foi achado que, em seis dos nove estudos que abordam essa questão, a formação tanto de gestores quanto de CD era inadequada, voltada mais para a área clínica (MATTOS et al., 2014; CHAVES e SILVA, 2007; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010; NASCIMENTO et al., 2009; RODRIGUES et al., 2009). Unicamente em três estudos (BALDANI MH et al., 2005; MOURA et al., 2013; MORETTI et al., 2010) a formação dos CD parecia apresentar características mais coerentes com as práticas a ser desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, por exemplo CD com pós-graduação em saúde pública (MOURA et al., 2013).

De acordo com as práticas apresentadas nos estudos, as tecnologias de informação eram pouco utilizadas (CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007; MOURA et al., 2013; PIMENTEL et al., 2010). Enquanto observou-se uso de tecnologias de planejamento e programação por parte da maioria dos agentes em quatro pesquisas (BALDANI MH et al., 2005; CHAVES e SILVA, 2007 Município C; NASCIMENTO et al., 2009;

SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013); em seis estudos alguns dos profissionais usavam essas tecnologias enquanto outros não (CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007. Município C; MATTOS et al., 2014; MOURA et al., 2013; RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010; PIMENTEL et al., 2010; SOUZA e RONCALLI, 2007); e em três casos quase nenhum dos agentes as usava (CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007. Município E; CHAVES e SILVA, 2007 Município E; RODRIGUES et al., 2009). O uso de tecnologias relacionais no processo de acolhimento é um dos pontos críticos na mudança do modelo de atenção e reportado por várias pesquisas. A maioria dos agentes faziam uso desse tipo de tecnologias em três estudos (AQUILANTE e ACIOLE, 2015; NASCIMENTO et al., 2009; SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013); enquanto alguns as usavam e outros não em quatro pesquisas (SOUZA e RONCALLI, 2007; SANTOS, et al., 2007; CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007. Município C; BALDANI MH et al., 2005); e em dois quase nenhum dos participantes faziam uso delas (CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007. Município E; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010).

Só três dos estudos abordaram a questão das tecnologias duras clínico-sanitárias (SOUZA e RONCALLI, 2007; SANTOS, et al., 2007; REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015), apontando escassez de instrumentais e insumos. Porém supõe-se que todas as pesquisas onde foi indicado que eram desenvolvidas práticas clínicas os profissionais usavam tecnologias duras desse tipo.

As dificuldades na disponibilidade de tecnologias duras clínico-sanitárias são preocupantes dado que podem chegar a impedir o atendimento, como aconteceu em Rio Grande do Norte, onde só uma das 25 unidades visitadas pelos pesquisadores, estava realizando atendimento na ocasião do trabalho de campo do estudo, por dificuldades associadas à falta materiais de consumo (SOUZA e RONCALLI, 2007).

Por outro lado, no referente às práticas desenvolvidas pelas ESB encontrou-se que as equipes tinham área de atuação definida e estratégias de territorialização e adscrição de clientela, nos três estudos que abordaram esse tópico (PIMENTEL et al., 2010; MATTOS et al., 2014; SOUZA e RONCALLI, 2007).

No que se refere ao diagnóstico epidemiológico e mapeamento da área de atuação acharam-se duas pesquisas onde a maioria de equipes ou CD referiram realizar essa atividade (MATTOS et al., 2014; CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007. Município C). Outros estudos apontaram que algumas das equipes de saúde bucal (SOUZA e RONCALLI, 2007) e alguns ACS (RODRIGUES, SANTOS E ASSIS,

2010) realizavam essas práticas. Em outras experiências essa ação era pouco desenvolvida (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007 Município E; PIMENTEL et al., 2010; RODRIGUES e cols., 2009).

Pimentel e cols. (2010) indicaram que, as primeiras equipes realizaram o diagnóstico epidemiológico, mas as equipes que entraram posteriormente não. Ademais, Rodrigues e cols. (2009) apontaram que as condições de saúde bucal dos usuários eram usadas como referência das necessidades odontológicas da microárea.

No que diz respeito ao planejamento das ações, os estudos indicaram que esta atividade era desenvolvida (BALDANI MH et al., 2005; CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007. Município C; CHAVES e SILVA, 2007 Município C; MOURA et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2009; SOUZA e RONCALLI, 2007) de maneira conjunta com o TSB (SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013) e ACS (RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010). Unicamente no município E da pesquisa de CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA (2007) e CHAVES e SILVA (2007) achou-se não realização de planejamento. Porém, observou-se que no estudo de Mattos e cols. (2014) apesar de que foi indicado que a área de atuação era definida e mapeada não foi informado se o planejamento era realizado ou não. No estudo de Pimentel e cols. (2010) apesar de ter definida a área de atuação, não foi realizado diagnóstico epidemiológico e não foi indicada a realização de planejamento ou não. Na pesquisa de Souza e Roncalli (2007) dos 19 municípios avaliados, só em 7 deles foi identificada tanto a realização de diagnóstico epidemiológico quanto o uso dos resultados por parte dos profissionais para o planejamento das ações.

Baldani e cols. (2005) acharam que só 33,30% dos CDs participantes na pesquisa por eles desenvolvida, tinham referido utilizar os dados do SIAB para o processo de planejamento. Observa-se assim que em alguns casos era desenvolvido o diagnóstico epidemiológico, mas este não era usado no planejamento das ações.

Na pesquisa de Pimentel e cols. (2010), os dois CDs entrevistados indicaram como causa da não realização do levantamento epidemiológico, a falta de tempo e estrutura para realizar este tipo de atividades.

Os estudos que indagaram sobre a avaliação sistemática das ações implementadas, encontraram que essa atividade não era realizada (CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007; PIMENTEL et al., 2010).

Chamou a atenção que, no estudo de Souza e Roncalli (2007), dos 19 gestores entrevistados, 84,2% referiram realizar avaliação das ações em saúde bucal fazendo

uso do pacto da atenção básica. Não entanto, 72% dos 25 CD participantes, apontaram que nunca foi realizada avaliação. Isso poderia indicar que os gestores poderiam estar fazendo a avaliação, mas não de maneira compartilhada e conjunta com os profissionais da ESB.

A capacitação, treinamento e supervisão dos ACS por parte da ESB só foi analisada em três estudos (CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007; CHAVES e SILVA, 2007; RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010). Dos quais unicamente no município C da pesquisa de Chaves e Vieira-da-Silva (2007) e na experiência apresentada por Rodrigues, Santos e Assis, 2010 era realizada capacitação dos ACS. Esse treinamento estava focado em oferecer orientações sobre as atividades preventivas, palestras e detecção de doenças ou lesões, por exemplo, de câncer bucal, para realizar adequado encaminhamento (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007 Município C; RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010) e também para realizar atividades como escovação dental e aplicação de flúor (RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010).

Porém, a supervisão e monitoramento de ditas atividades desenvolvidas pelos ACS era pouco realizada (CHAVES e SILVA, 2007; RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010). Alguns ACS relataram que as palestras, escovação e aplicação de flúor eram realizadas com acompanhamento do CD, enquanto outros indicaram que realizavam estas atividades sozinhos porque tinham recebido capacitação certificada na USF (RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010). Isto chama a atenção dado que dentro das atribuições do CD e de toda a ESB está indicado monitorar e supervisionar as atividades do ACS.

No que diz respeito à realização e participação nas reuniões com toda a equipe de saúde da família encontrou-se periodicidade variada destas atividades: poderiam ser realizadas mensalmente, raramente, quinzenalmente, ou nunca eram desenvolvidas (BALDANI MH et al., 2005; MOURA et al., 2013). Além disso, observava-se pouca assistência dos CD e ACD (FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010; CHAVES e SILVA, 2007 Município E)

No estudo de Aquilante e Acirole (2015) os resultados foram contraditórios, alguns CD indicaram que participavam das reuniões de equipe e outros as vezes não. De maneira diferencial Souza e Roncalli (2007) acharam participação dos CD nas reuniões e Sanglard-Oliveira e cols. (2013) participação dos TSB.

Apesar de várias das pesquisas apontarem a realização de outras atividades de maneira conjunta com a equipe de saúde da família encontrou-se que as ações

descritas eram realmente encaminhamentos clínicos (FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010; RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010; NASCIMENTO et al., 2009 Campinas<sup>27</sup>). Observava-se pouco uso de prontuários únicos e a programação de atividades não era realizada de maneira conjunta com a equipe de saúde da família (BALDANI et al., 2005; PIMENTEL et al., 2010; REIS, SCHERER E CARCERERI; 2015).

Em outros estudos foram achadas práticas que poderiam estar integradas com a equipe de saúde da família como: intervenção sobre determinantes sociais e ambientais das doenças (MORETTI et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2009 Curitiba) e atividades de educação e prevenção em SB durante as campanhas de vacinação e mediante o atendimento a pacientes de grupos programáticos, por ciclo de vida e condição de vida (AQUILANTE e ACIOLE, 2015), ainda que nem todas as equipes as realizavam (MATTOS et al., 2014; PIMENTEL et al., 2010).

Em geral observou-se que os profissionais das equipes de saúde bucal e saúde da família não trabalhavam articulados para a construção coletiva de intervenções, compartilham espaços e realizam e recebem encaminhamentos.

Segundo alguns profissionais, a falta de tempo e espaços institucionalizados para essas atividades dificultava sua realização (FACCIN, SEBOLD E CARCERERI; 2010).

No que diz respeito à organização da oferta, em um estudo achou-se que a marcação de consultas continuava sendo por demanda espontânea (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007). Santos e cols. (2007) também identificaram principalmente essa estratégia, mas, encontraram outra modalidade de marcação de consultas, através da determinação de critérios de acesso definidos em reuniões com a comunidade, realização de exames coletivos, e organização do atendimento individual.

No estudo de Rodrigues e cols. (2009) acharam-se resultados contraditórios, ainda que a maioria dos CD entrevistados afirmava que a oferta era organizada, eles mesmos indicavam que não era realizado diagnóstico epidemiológico ou mapeamento da área.

Outros estudos destacavam a importância do ACS e o ASB na identificação e

---

<sup>27</sup>No estudo de Nascimento e cols. foram avaliadas as práticas de saúde bucal em duas cidades com modelos de Atenção Básica Familiar diferentes: Campinas (Método Paideia) e Curitiba (Estratégia Saúde da Família). Em linhas gerais as práticas são semelhantes, por isso neste estudo só identificamos a cidade quando as práticas eram diferentes.

agendamento ou encaminhamento dos indivíduos com maiores necessidades (BALDANI et al., 2005; MATTOS et al., 2014; RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010), como estratégias de organização da oferta.

Também foram achadas práticas de priorização de grupos (BALDANI MH et al., 2005; MOURA et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2009; RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010; CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007. Município C) com hipertensos, diabéticos, gestantes e bebês, ainda que o acesso de outras parcelas de população dificultava-se (FACCIN, SEBOLD E CARCERERI; 2010).

Em todos os estudos foi achado realização de práticas clínicas de cura e reabilitação por parte da ESB (AQUILANTE e ACIOLE, 2015; BALDANI MH et al., 2005; CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007; CHAVES e SILVA, 2007; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010; MATTOS et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2009; PIMENTEL et al., 2010; REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015; SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013; SANTOS, et al., 2007; SOUZA e RONCALLI, 2007).<sup>28</sup>

Chama a atenção que na pesquisa de Sanglard-Oliveira e cols. (2013) os TSB referiram realizar atividades clínicas como remover suturas, polimento coronário, processar radiografias, mas só 14,7% dos TSB referiram realizar inserção e condensação de substâncias restauradoras, o que pode indicar que este profissional estaria sendo subutilizado, o que poderia afetar a organização do cuidado em saúde bucal e a ampliação do acesso.

Em linhas gerais, os participantes dos estudos também concordaram na realização de atividades educativas, preventivas, individuais, clínicas e coletivas (AQUILANTE e ACIOLE, 2015; BALDANI MH et al., 2005; CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007; CHAVES e SILVA, 2007; Município C; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010; MATTOS et al., 2014; MOURA et al., 2013; PIMENTEL et al., 2010; REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015; RODRIGUES et al., 2009; RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010 ACS; SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013; SOUZA e RONCALLI, 2007).

Porém, no estudo de Chaves e Vieira-da-Silva (2007) as ações preventivas continuavam orientadas para crianças, escolares, e algumas vezes gestantes. Além disso, alguns dos CDs entrevistados referiram que as atividades

---

<sup>28</sup>No estudo de Rodrigues, Santos e Assis (2010) não foram observadas práticas clínicas porque os sujeitos da pesquisa eram os ACS. Assim como as pesquisas de Moretti e cols. (2010) e Rodrigues e cols. (2009) que focavam em ações intersetoriais e perfil dos CD respectivamente, não analisaram a realização de atividades clínicas.

coletivas/preventivas eram abandonadas devido à pressão das atividades clínicas individuais em consultório. Isto ocasionado pela demanda reprimida da população, dificuldades na organização do processo de trabalho e o habitus dos CD ligado ao subcampo privado (CHAVES e SILVA, 2007).

De maneira diferente nos estudos não foi encontrada realização de ações intersetoriais. Os gestores e CD referiam realizar ações intersetoriais, porém ao identificar essas práticas, eram referidas atividades de informação ou prevenção em saúde bucal desenvolvidas em outros locais diferentes da USF, como escolas ou comunidades (MATTOS et al., 2014; RONCALLI E SOUZA, 2007; MORETTI et al., 2010). Demonstrando assim, que realmente não eram realizadas ações intersetoriais.

Ainda na pesquisa de Moretti e cols. (2010) focada na identificação desse tipo de ações, achou-se que só em 23% das unidades pesquisadas eram desenvolvidas ações intersetoriais com vínculos de corresponsabilização entre os setores.

Algumas das razões associadas ao não desenvolvimento desse tipo de práticas eram: tempos institucionais diferentes entre os setores, inexistência de protocolos norteadores para as ações intersetoriais, comprometimento e envolvimento dos setores, sustentabilidade das ações, perfil profissional, e características da gestão local (MORETTI et al., 2010; AQUILANTE e ACIOLE, 2015).

De maneira similar, nas pesquisas contempladas nesta revisão e que pediam a seus entrevistados relatar uma semana de trabalho, ou indicar as atividades que eles desenvolviam (CHAVES e SILVA, 2007; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010), as ações de promoção da saúde foram pouco apontadas. Nas pesquisas onde era indagado diretamente se eram realizadas atividades de promoção da saúde, achou-se que os profissionais as confundem, com as ações de prevenção (NASCIMENTO et al., 2009; PIMENTEL et al., 2010; MORETTI et al., 2010). Por tanto, principalmente descreviam levar a cabo palestras, orientações sobre escovação, aplicação de flúor e bochechos fluoretados, em diferentes espaços como mercados públicos, igrejas, campanhas de vacinação e articuladas com o médico e o enfermeiro (PIMENTEL et al., 2010; MORETTI et al., 2010). Nascimento e cols. (2009) apontaram ainda que os profissionais não entendiam o conceito de promoção da saúde e sua importância para a mudança do modelo de atenção, tinham dificuldades para sua aplicação, associadas segundo eles à pouca articulação extra setorial ou à falta de pessoal.

Unicamente foi descrito desenvolvimento de práticas de promoção da saúde no estudo de Baldani e cols. (2005) e Moretti e cols. (2010). Na pesquisa de Sanglard-Oliveira e cols. (2013) todos os TSB indicaram realizar ações coletivas de promoção e prevenção, sem fazer diferenciação entre essas duas práticas, pelo que não foi possível identificar se realmente eram desenvolvidas ações de promoção da saúde.

Algumas pesquisas apontam que as equipes de saúde bucal também realizam visitas domiciliares (RODRIGUES et al., 2009; AQUILANTE e ACIOLE, 2015; REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015; FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010; SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013; MOURA et al., 2013) junto aos ACS (RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010).

Algumas ESB visitavam toda a população e não só os grupos priorizados (MOURA et al., 2013), enquanto outras realizavam as visitas domiciliares unicamente quando e nos locais indicados pelo ACS (RODRIGUES e cols., 2009; AQUILANTE e ACIOLE, 2015). Moura e cols. (2013) apontaram que as visitas domiciliares tinham periodicidade muito variada e não pareciam estar incorporadas na rotina de trabalho dos CD. As atividades mais realizadas nessas visitas eram ações educativas, como orientações sobre higiene bucal e escovação supervisionada, com distribuição de escovas de dentes e creme dental.

De maneira similar, os resultados apontados por Faccin, Sebold e Carcereri (2010) e Reis, Scherer e Carcereri (2015) convergiram ao indicar que, os profissionais entrevistados apresentavam dúvidas a respeito da sua função durante as visitas domiciliares e até se queixavam de ter que desenvolver estas atividades.

No que diz respeito às práticas de acolhimento só em dois estudos foi indicado que este tipo de ações não eram desenvolvidas (FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010; CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007 Município E). Os gestores participantes na pesquisa desenvolvida por Aquilante e Aciole (2015) indicavam que era realizado acolhimento na porta de entrada no serviço como uma estratégia de resposta ante a grande demanda. Na pesquisa de Santos e cols. (2007) que abordava especificamente a temática do acolhimento em saúde bucal no PSF foram encontrados resultados contraditórios: alguns dos usuários entrevistados referiram não acolhimento na porta de entrada nem por parte do CD durante o atendimento; enquanto, outros usuários apontaram posturas mais humanizadas e acolhedoras apresentadas pelo CD e ACD que ficavam na recepção e priorizavam algumas necessidades como urgências, idosos e gestantes, além de referir que durante a

consulta eram acolhidos e respeitados.

De maneira geral, o CD estava focado nas práticas clínicas enquanto ASB e TSB realizavam ações tradicionais como auxiliares de consultório e atividades de prevenção da doença, em poucos casos ações de promoção da saúde e atividades administrativas como marcação de consultas (BALDANI et al., 2005; SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013).

Algumas das atividades que os ACS indicaram que realizavam eram ações coletivas, lúdicas, visita domiciliar, identificação de famílias com vulnerabilidades, acompanhamento de crianças, gestantes e outros grupos (hipertensos, diabéticos, etc.) palestras, escovação, e aplicação de flúor, e em alguns casos marcação de consultas (RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010).

Estes resultados indicaram que são principalmente as práticas do CD as que continuam restritas ao consultório odontológico, enquanto de maneira diferencial o TSB poderia não estar exercendo todas as atividades clínicas para as quais está capacitado.

Este achado chama a atenção porque, se o TSB desenvolvesse mais suas práticas clínicas, potencialmente poderia se ampliar o acesso aos tratamentos, e possivelmente assim, tanto ele quanto o CD poderiam também desenvolver ações coletivas.

Os estudos de Faccin, Sebold e Carcereri (2010), Roncalli e Souza (2007) e Baldani e cols. (2005) concluíram que não houve uma mudança importante nas práticas desenvolvidas pelos profissionais da saúde bucal após sua inserção no PSF/ESF. Também indicaram que os problemas presentes na atenção à saúde bucal não eram exclusivos dessa área, se não os mesmos que apresentava todo o PSF. Alguns dos motivos para não mudança de práticas de saúde bucal, apontados por Faccin, Sebold e Carcereri (2010) foram dificuldades locais e implementação das diretrizes de atenção à saúde bucal na ESF, mas sem esclarecer suas implicações operacionais.

Por outro lado, outras pesquisas concluíram que houve uma importante mudança nas práticas de atenção à saúde bucal, a partir da incorporação da ESB na ESF, evidente na diminuição de procedimentos mutiladores, maior foco nas práticas preventivas (PIMENTEL et al., 2010) e nos aspectos relativos ao vínculo, acolhimento e acesso (NASCIMENTO et al., 2009).

Segundo os resultados desta revisão sistemática observou-se que em muitos dos

estudos não houve uma mudança real nas práticas desenvolvidas pelas ESB dentro da ESF. Parece persistir uma reprodução do modelo biomédico com foco nas práticas curativas e preventivas. Outros tipos de atividades (promoção da saúde, ações intersetoriais) são pouco executadas e apresentam muitas dificuldades para a sua concretização.

**Quadro 2** - Artigos incluídos na revisão sistemática

Referência	Ano de realização	Objetivo	Local	Metodologia
(BALDANI et al., 2005)	2002	Analisar o perfil de implantação da odontologia no PSF, um ano após a entrada em vigor da Portaria 1.444.	Paraná.	Aplicação de questionários a coordenadores de SB ou secretários municipais de saúde e CD em 56,6% dos municípios com ESB implantados.
(CHAVES e SILVA, 2007)	2003	Descrever as características da organização das práticas de SB em dois municípios na Bahia e analisar os meios e o processo de trabalho dos CD inseridos no PSF.	Bahia: Dois municípios com mais de 100 mil habitantes e em gestão plena do sistema: Município C com grau avançado de implantação da gestão descentralizada do SUS e Município E com grau incipiente.	Em cada município foram selecionadas Unidades de saúde com desempenho satisfatório e não satisfatório. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 9 CD e descrição de uma semana normal de trabalho.
(CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007)	Segundo semestre de 2001 e segundo semestre de 2003	Analisar em que medida a descentralização da gestão da atenção à saúde tem influenciado a (re) organização dos serviços odontológicos: estimar o grau de implantação dos componentes da organização da atenção à SB e compreender os fatores que contribuem e obstaculizam esse processo no setor público.	Bahia: Dois municípios com mais de 100 mil habitantes e em gestão plena do sistema: Município C com grau avançado de implantação da gestão descentralizada do SUS e Município E com grau incipiente.	Em cada município foram selecionadas Unidades de saúde com desempenho satisfatório e não satisfatório. Foi realizada observação e entrevistas semiestruturadas com coordenador de SB, CD, ACS e usuários.
(SANTOS, et al., 2007)	2004	Analisar as relações estabelecidas entre ESB e usuários do PSF no processo de acolhimento.	Alagoinhas, Bahia.	Observação sistemática da prática e entrevista semiestruturada com CD, ACD, enfermeiros, ACS, agente administrativo e usuários do sistema, realizadas em três USF com ESB

## Artigos incluídos na revisão sistemática

Referência	Ano de realização	Objetivo	Local	Metodologia
(SOUZA e RONCALLI, 2007)	2004	Avaliar a incorporação da saúde bucal no PSF.	Rio grande do Norte	Pesquisa documental, observação estruturada e entrevistas com coordenadores ou responsáveis pela SB e CD, realizadas em 20 municípios dos 38 sorteados para o Projeto SB Brasil-RN
(NASCIMENTO et al., 2009)	2006	Avaliar as mudanças nas práticas de SB depois da implementação de dois modelos de atenção básica familiar.	Campinas (Método Paideia) e Curitiba (Estratégia Saúde da Família)	Foram criados e empregados indicadores analíticos a partir dos quais identificou-se se modelo de atenção estava em grau de desenvolvimento básico, intermédio ou avançado, de acordo às práticas desenvolvidas pelas equipes. Foram realizados Grupos focais com CD nas duas cidades
(FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010)	2006	Analisar o processo de trabalho em SB na ESF em um município do Sul do Brasil	Município de grande porte da região sul do Brasil	Entrevistas semiestruturadas aplicadas a uma amostra de profissionais da saúde composta por CD, ACD, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, ACS atuantes nas USF com ESB
(PIMENTEL et al., 2010)	2006	Analisar o processo de trabalho desenvolvido pela equipe de saúde da família.	Distrito sanitário VI. Recife (PE)	Entrevistas com coordenador de saúde bucal, CD e enfermeira de uma Equipe de Saúde da Família considerada padrão-ouro pela direção distrital.
(MORETTI et al., 2010)	Não reportado, apresentado na revista em 2007	Identificar a intersectorialidade nas ações de promoção de saúde desenvolvidas pelas ESB na rede municipal de saúde.	Curitiba, Paraná	Aplicação de questionário a um membro da ESB e grupos focais com gestores locais de USF, em 71,27% das Unidades de saúde com ESB
(RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010)	Não reportado, apresentado na revista em 2007	Analisar o papel do ACS no cotidiano da ESB no PSF em Alagoinhas (BA).	Alagoinhas, Bahia	Observação da prática em quatro USF e entrevista semiestruturada com onze profissionais (CD, ACD, ACS)

## Artigos incluídos na revisão sistemática

Referência	Ano de realização	Objetivo	Local	Metodologia
(MOURA et al., 2013)	2008	Analisar o perfil de atuação dos CD que trabalham na ESF e refletir sobre o desenvolvimento das ações de SB.	Piauí.	Questionário semiestruturado aplicado a 111 CD atuantes na ESF em municípios de pequeno e médio porte de um colegiado gestor regional do Piauí.
(RODRIGUES e cols., 2009)	2008	Conhecer o perfil dos profissionais de odontologia inseridos na ESF, a fim de investigar se esse perfil é adequado às diretrizes e objetivos desse programa.	Feira de Santana (BA)	25 CD que trabalhavam nas ESB no PSF.
(MATTOS et al., 2014)	2009	Discutir a inclusão da SB na ESF.	Minas Gerais	Aplicação de questionário semiestruturado com CD, ASB e Coordenador de Saúde Bucal ou Secretário Municipal de Saúde, em cidades pertencentes a uma Microrregião de Saúde de MG
(SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013)	2010	Analisar o autorrelato de funções executadas pelos TSB na ESF.	Minas Gerais.	Entrevista estruturada através de um survey telefônico a uma mostra de 231 TSB.
(REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015)	2012-2013	Compreender o processo de trabalho do CD na ESF.	Distrito Federal	Análise documental, observação das situações de trabalho e entrevistas semiestruturadas aplicadas a seis CD vinculados a três UBS.
(AQUILANTE e ACIOLE, 2015)	Não reportado, apresentado na revista em 2013	Investigar as condições do cuidado em SB após o lançamento da PNSB	Departamento regional de saúde III de SP.	Observação participante, entrevista semiestruturada com gestores estaduais e municipais de SB, CD, ASB e TSB, e grupo focal com CD, TSB e ASB nos seis municípios com os melhores contextos de implementação da PNSB.

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 4 Objeto de trabalho, agentes, meios e práticas desenvolvidas pelas ESB na atenção básica observados em nos estudos empíricos selecionados

	BALDANI MH et al., 2005	CHAVES E VIEIRA-DA- SILVA, 2007. Município C*	CHAVES E VIEIRA-DA- SILVA, 2007. Município E*	CHAVES e SILVA, 2007 Município C*	CHAVES e SILVA, 2007 Município E*	SANTOS, et al., 2007	SOUZA e RONCALLI, 2007	NASCIMENTO et al., 2009	FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010	PIMENTEL et al., 2010	MORETTI et al., 2010	RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010 ACS	MOURA et al., 2013	RODRIGUES et al., 2009	MATTOS et al., 2014	SANGLARD- OLIVEIRA et al., 2013 TSB	REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015	AQUILANTE e ACIOLE, 2015
<b>OBJETO</b>																		
Determinantes	●	○	○	○	○	—	○	◐	○	○	●	—	○	—	○	◐	○	○
Riscos	●	◐	◐	●	○	—	●	—	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Danos ou agravos	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	—	●	●	—	●	●	●	●
<b>AGENTES</b>																		
ESB	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Outros profissionais da saúde	—	—	—	—	—	—	—	—	●	—	—	●	—	—	—	—	—	—
Outros setores: Professores, outros	—	—	—	●	●	—	●	—	●	—	●	—	—	—	●	—	—	●
População	●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—
Gestores	●	●	●	—	—	—	●	—	●	●	●	—	—	—	●	—	—	●
<b>MEIOS DE TRABALHO</b>																		
<b>Sistema de Gestão</b>																		
Financiamento adequado e suficiente	◐	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Quantidade de ESB segundo os parâmetros do Ministério de saúde	●	●	○	—	—	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Carga laboral 40/semana	G ●	—	—	—	—	—	◐	◐	—	—	—	—	○	●	◐	—	—	—
Sistema de referência e contra-referência (Implementação e funcionamento)	●	◐	○	—	—	—	○	○	○	◐	—	—	◐	—	○	—	—	◐

Objeto de trabalho, agentes, meios e práticas desenvolvidas pelas ESB na atenção básica observados em nos estudos empíricos selecionados

	BALDANI MH et al., 2005	CHAVES E VIEIRA-DA- SILVA, 2007. Município C*	CHAVES E VIEIRA-DA- SILVA, 2007. Município E*	CHAVES e SILVA, 2007 Município C*	CHAVES e SILVA, 2007 Município E*	SANTOS, et al., 2007	SOUZA e RONCALLI, 2007	NASCIMENTO et al., 2009	FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010	PIMENTEL et al., 2010	MORETTI et al., 2010	RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010 ACS	MOURA et al., 2013	RODRIGUES et al., 2009	MATTOS et al., 2014	SANGLARD- OLIVEIRA et al., 2013 TSB	REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015	AQUILANTE e ACIOLE, 2015
Suporte técnico e material	●	◐	○	—	—	—	○	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Capacitação	●	◐	○	—	—	—	—	◐	○	—	—	—	◐	◐	—	—	○	—
supervisão	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fluoretação das águas, controle dos níveis de fluoretos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>Conhecimentos e tecnologias</b>																		
Conhecimentos adequados ao PSF/ESF	◐	—	—	○	○	—	—	○	○	—	◐	—	◐	○	○	—	—	—
Tecnologias de planejamento e programação	●	◐	○	●	○	—	◐	●	—	◐	—	◐	◐	○	◐	●	—	—
Tecnologias relacionais	◐	◐	○	—	—	◐	◐	●	○	—	—	—	—	—	—	●	—	● <sup>G</sup>
Tecnologias de informação	—	○	○	—	—	—	◐	—	—	◐	—	—	◐	—	—	—	—	—
Tecnologias médico-sanitárias	—	—	—	—	—	◐	◐	—	—	—	—	—	—	—	—	—	◐	—
<b>TRABALHO PROPRIAMENTE DITO</b>																		
Planejamento	●	◐	○	●	○	—	◐	●	—	—	—	◐	◐	—	—	●	—	—
Territorialização, definição de área de atuação	—	—	—	—	—	—	●	—	—	●	—	—	—	—	●	—	—	—
Diagnostico epidemiológico, mapeamento da área	—	●	○	—	—	—	◐	—	—	○	—	◐	—	◐	●	—	—	—
Priorização de grupos	●	◐	○	—	—	—	—	●	●	—	—	●	●	—	—	—	—	—
Avaliação sistemática das ações	—	○	○	—	—	—	● <sup>G</sup> ○ <sup>CD</sup>	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—
Demanda organizada	●	○	○	—	—	◐	—	—	—	—	—	●	—	◐	●	●	—	—

Objeto de trabalho, agentes, meios e práticas desenvolvidas pelas ESB na atenção básica observados em nos estudos empíricos selecionados

	BALDANI MH et al., 2005	CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007. Município C*	CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007. Município E*	CHAVES e SILVA, 2007 Município C*	CHAVES e SILVA, 2007 Município E*	SANTOS, et al., 2007	SOUZA e RONCALLI, 2007	NASCIMENTO et al., 2009	FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010	PIMENTEL et al., 2010	MORETTI et al., 2010	RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010 ACS	MOURA et al., 2013	RODRIGUES et al., 2009	MATTOS et al., 2014	SANGLARD OLIVEIRA et al., 2013 TSB	REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015	AQUILANTE e ACIOLE, 2015
Capacitação, treinamento e supervisão dos ACS	—	●	○	○	○	—	—	—	—	—	—	●	—	—	—	—	—	—
Ações integradas com outros membros da equipe de saúde	○	—	—	—	—	—	○	Cu ● Ca ○ +	○	●	●	○	—	—	●	—	○	●
Participação em reuniões semanais com a equipe de saúde da família	—	—	—	●	—	—	●	—	○	—	—	●	○	—	—	●	—	●
Ações inter-setoriais	—	—	—	○	○	—	○	—	○	—	○	—	○	—	○	—	—	○
Ações de promoção da saúde	●	—	—	○	○	—	—	○	○	○	●	—	—	—	—	●	○	—
Visita domiciliar	●	○	○	○	○	—	—	—	●	●	—	●	●	●	●	●	●	●
Práticas de acolhimento	●	●	○	—	—	●	●	●	○	—	—	—	—	—	—	●	—	G ●
Ações educativas/preventivas individuais clínicas e coletivas para toda a população	●	●	●	●	○	—	●	—	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Práticas clínicas de cura e reabilitação	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	—	○	●	—	●	●	●	●

- Presença da característica referida por mais de 70%
- Presença da característica referida por 30%-70%
- Ausência da característica ou referida por menos de 30%
- Característica não contemplada no estudo

\* Os dois municípios apresentam características diferentes por isso são apresentados como casos separados

Fonte: Realizado pela autora

- CD Informação fornecida pelo CD
- G Informação fornecida pelo gestor
- Cu Curitiba
- Ca Campinas
- + Estudo compara dois municípios, mas só se observou diferença nesta característica

#### **4.4 Cotejamento da situação objetivo com a Política Nacional de Saúde Bucal e a organização e práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal na Atenção Básica**

O modelo de atenção à saúde bucal hegemônico, implementado no Brasil, apresenta importantes restrições que impedem o alcance da saúde bucal integral para toda a população.

Essas restrições foram plasmadas nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Bucal de 1986 e 1993, nos quais foi indicado que o modelo de atenção à saúde bucal era mutilador, não respondia às necessidades das populações e era dependente das tecnologias duras (BRASIL, 1986; BRASIL, 1993)

Essas características foram encontradas claramente na legislação que descreve a PNSB antes da implementação do SUS e ainda antes de 2000. O objeto do processo de trabalho era a doença, não existia um financiamento específico e adequado para esta área, não existia integralidade no tratamento (BRASIL, 1998). Portanto, o modelo de atenção estava afastado da situação-objetivo desenhada, orientada pela Reforma Sanitária Brasileira, para a atenção à saúde bucal.

Isso pode ser constatado também nos indicadores de saúde bucal. O índice CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados) aos doze anos era de 6,7 em 1986 (BRASIL, 1989) e 4,8 em 1993, o que indicava uma incidência alta de cárie dental segundo os parâmetros da OMS, a qual passaria a ser moderada em 1996 com um índice CPO-D de 3,1 (NARVAI et al., 2006).

Além disso, as estatísticas de acesso e utilização dos serviços de saúde bucal indicavam que em 1998, cerca de 29,6 milhões de brasileiros (19,5% da população,) nunca haviam ido ao dentista (IBGE, 2000).

Na conjuntura da luta pela redemocratização do país e no movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do qual fazia parte o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica e através de um longo processo de discussões e lutas de poder (NARVAI e FRAZÃO, 2008), as problemáticas da atenção à saúde bucal passaram a ter maior relevância. Abrindo espaço para a elaboração formal de uma nova PNSB.

Neste estudo identificou-se que os problemas da atenção à saúde bucal que originaram a política nesta área, só foram descritos e especificados claramente no documento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de 2004 e no Caderno de Atenção Básica 17 - Saúde Bucal. Esses problemas sobre os quais a PNSB

pretende atuar giram em torno do modelo de atenção hegemônico descrito nas CNSB e das dificuldades de acesso aos serviços. De modo que podemos considerá-los relevantes e viáveis.

Também encontramos que os objetivos finalísticos da PNSB que estão direcionados a melhorar os índices epidemiológicos na área, ampliar a cobertura e acesso e reorientar o modelo de atenção à saúde bucal parecem coerentes com os problemas escolhidos. Não entanto os objetivos intermediários são pouco explicitados.

Desta maneira, a partir de 2000 surgiu uma tentativa de reorganização da atenção à saúde bucal com proposição de atividades e processos as vezes um pouco mais coerentes com a situação-objetivo desenhada, orientada pela Reforma Sanitária Brasileira.

Narvai e Frazão (2008) concordam com que a Portaria 1.444 de 2000 abriu uma nova perspectiva à PNSB, com os objetivos de ampliar o acesso e mudar as práticas de atenção à saúde bucal, mas acrescentam que o PSF só contribuiria para essa reorganização do modelo de atenção se fosse acompanhado pela participação dos Conselhos de Saúde Locais e por uma gestão democrática.

No discurso da política, o objeto de trabalho foi se delineando com o tempo, alcançando, na PNSB de 2004, uma definição mais precisa e aproximada à situação objetivo: o objeto de trabalho não se limita à doença, senão que abrange também a atuação sobre os determinantes da qualidade de vida e controle de riscos, com foco no cuidado (BRASIL, 2004). Porém, nas experiências empíricas analisadas, o objeto de trabalho continuava sendo principalmente os riscos e os danos de acordo com a maioria dos estudos.

Além disso, observa-se que os índices epidemiológicos definidos para o acompanhamento e avaliação da atenção à saúde bucal correspondem mais com o objeto dos riscos e os danos do que com os determinantes dos modos de vida e saúde.

De frente a esse ponto Pires (2013) aponta que a definição desses índices epidemiológicos parece demonstrar uma visão limitada do cuidado em saúde focada nos problemas biológicos e que dá pouca importância à qualidade das práticas, em termos de dar resposta às necessidades e solucionar os problemas reais da população.

Evidentemente as necessidades reais da população não são consideradas nem na legislação da PNSB, nem nos estudos empíricos analisados.

No que concerne aos agentes do processo de trabalho em saúde bucal, antes de 2004 só eram reconhecidos como tais os próprios profissionais da ESB (CD, ACD, THD) e o ACS (BRASIL, 2001a), contrariando a situação-objetivo desenhada. Essa diferenciação entre a equipe de saúde bucal e a equipe de saúde da família tem sido apontada por vários estudos que indicam que o processo de trabalho e a organização da demanda, em saúde bucal ocorrem de forma independente, em desconexão com a saúde geral (FARIAS e SAMPAIO, 2011; PADULA e AGUILAR-DA-SILVA, 2014).

Já em 2004, na Política Nacional de Saúde Bucal, foram reconhecidos como agentes tanto os CD, THD, ACD, e ACS quanto outros setores (BRASIL, 2004). Nas experiências empíricas, observou-se que, em alguns casos, eram reconhecidos agentes do processo de trabalho fora da ESB, principalmente os professores (CHAVES e SILVA, 2007; MORETTI et al., 2010).

De maneira coerente com a situação-objetivo o marco normativo da PNSB (BRASIL, 2006d) considerou a participação da comunidade no processo de planejamento, porém nos estudos analisados a população foi um agente pouco mencionado. Isso demonstra que a participação comunitária apresenta problemas para sua operacionalização.

Crevelim e Peduzzi (2005) também analisaram esse assunto nas equipes de saúde da família num município do Leste de São Paulo e encontraram resultados muito similares a estes. Apesar de que nas diretrizes da Secretaria Municipal de São Paulo se considerasse a participação da comunidade na elaboração dos planos locais de saúde, os profissionais da equipe de saúde da família referiram que os usuários não eram incluídos no planejamento das ações.

No que diz respeito ao estabelecimento de parcerias para a implementação da PNSB, na política foram considerados como parceiros principalmente o Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O estabelecimento de parcerias com outros setores fora do que tradicionalmente se entende por setor saúde era pouco sinalizado, limitado à parceria com o Ministério de educação. O que indica pouca coerência com o objetivo da mudança do modelo de atenção e com o ideário do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

No que concerne, às normas e rotinas do processo de trabalho em saúde bucal, afastando-se da situação-objetivo, quando foi definido o incentivo financeiro para inserção das ESB no PSF, o parâmetro de cobertura que foi estabelecido, uma ESB para cada duas equipes de saúde da família (BRASIL, 2000), não considerou as

especificidades econômicas, sociais ou culturais, nem a demanda acumulada pela falta de acesso a estes serviços, em diferentes locais. O qual poderia ter favorecido os estados onde já eram desenvolvidas experiências de inserção da atenção à saúde bucal no SUS.

Isso também corresponde à distribuição desigual e injusta dos profissionais de saúde bucal no país. Para o período de 2008-2009 estavam registrados no Conselho Federal de Odontologia 220.000 CDs (20% dos CDs do mundo). Isto corresponderia a 838 habitantes por CD, mas a distribuição dentro do país era desigual, com maior valor no Piauí (3.634 hab./CD) e menor no Distrito Federal (467 hab./CD) (MORITA, HADDAD e ARAUJO, 2010).

Nas pesquisas empíricas analisadas evidenciou-se que ainda nos casos onde a população era menor à indicada, algumas ESB não realizavam todas as atividades que lhes eram atribuídas. Segundo os CDs, devido a condições socioeconômicas desfavoráveis das comunidades e necessidades de tratamento negligenciadas (BALDANI et al., 2005; CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007).

Chama a atenção também que só em 2013 foi mudado o teto máximo de equipes de saúde da família com ou sem saúde bucal por município, permitindo assim que as equipes pudessem se responsabilizar por uma população menor à recomendada: desde 2000 pessoas/equipe, de acordo à vulnerabilidade da população, características territoriais, ou demográficas (BRASIL, 2013c). Essa mudança permitiria que a PNSB se torna-se mais coerente com a situação-objetivo da atenção à saúde bucal, devido a que a quantidade de população pela qual cada ESB se responsabilizaria dependeria principalmente do planejamento local e não de padrões estabelecidos de maneira arbitrária.

No que diz respeito ao parâmetro de horas dedicadas a assistência (75-85%) do total de horas contratadas, Pires (2013) considera esta uma referência estancada, que por si só não garantiria mais procedimentos, nem muito menos melhor qualidade. Também indica que se o processo de trabalho em saúde bucal está atrelado a metas de produtividade, o alcance de outros objetivos como a autonomia e a responsabilização se veriam afetados.

Por outra parte, no que se refere à integralidade a política nacional de atenção à saúde bucal parece convergir com a situação-objetivo ao resgatar a importância da estruturação de uma rede de referência e contra referência com os CEO. (BRASIL, 2001a; 2004; 2006a; 2006d). No entanto, nos estudos empíricos, a ausência ou não

funcionamento desse sistema foi uma questão bastante apontada (SOUZA e RONCALLI, 2007; FACCIN, SEBOLD E CARCERERI; PIMENTEL et al., 2010; MATTOS et al., 2014; AQUILANTE e ACIOLE, 2015).

Paludeto Junior e cols. (2014) indicaram que a criação e financiamento dos CEO permitiram a organização de uma rede de atenção secundária em saúde bucal, porém de 2004 a 2011, período que os autores analisaram, o incentivo financeiro não foi incrementado. O qual pode explicar em parte o descompasso entre o ideário de PNSB frente às dificuldades das ESB para referenciar e acompanhar os usuários a outros níveis de complexidade

Além do mais, Pires (2013) chama a atenção sobre a concepção de integralidade que apresenta a PNSB, na qual esta fica reduzida à integração entre os diferentes níveis de atenção para responder a diferentes doenças, fazendo pouco ênfase na produção do cuidado.

No referente à capacitação dos agentes tanto na situação-objetivo quanto no discurso da PNSB foi definido que esta deveria ser adequada às atribuições de cada um e ao trabalho na Estratégia Saúde da Família.

De maneira diferencial e se afastando da situação objetivo, na PNSB indígena (BRASIL, 2011) não foram achadas atividades de formação e educação permanente. O qual demonstra que esse documento limita-se a reproduzir a PNSB de 2004 sem levar em conta aspectos chaves definidos na Política Nacional de Saúde da População Indígena, como a capacitação dos recursos humanos (FUNASA, 2000)

Nos artigos analisados, encontrou-se que as ações de capacitação não ocorriam em todas as ESB e em alguns casos, as temáticas abordadas não concordavam com as indicadas pelo Ministério da Saúde (FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010; NASCIMENTO et al., 2009). Achado preocupante porque na revisão também foi identificado que a formação dos CD e gestores estava mais voltada para a área clínica (MATTOS et al., 2014; CHAVES e SILVA, 2007; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010; NASCIMENTO et al., 2009; RODRIGUES et al., 2009). Este resultado é coerente com os achados de Pires (2013) quem indicou que continuamos contando com profissionais da odontologia e não com profissionais para a saúde bucal.

Por outro lado, na situação-objetivo considera-se necessário que a gestão supervisione e faça suporte técnico e material às ações desenvolvidas pela ESB. No entanto, a política de saúde bucal não contempla esses aspectos. Nos artigos

analisados achou-se que os CDs desenhavam e desenvolviam suas atividades sem suporte técnico ou financeiro por parte da coordenação (SOUZA E RONCALLI, 2007), e não eram realizadas reuniões periódicas com participação dos profissionais e coordenadores (CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007 Município E).

Esses resultados encontrados nos artigos são coerentes com os achados do estudo de Silva e Trad (2005) numa equipe de saúde da família num município baiano. Os autores encontraram que a coordenação da atenção básica inicialmente acompanhava e supervisava de perto o processo de trabalho das equipes, realizando reuniões mensais com as mesmas. Porém, com o incremento no número de equipes esse acompanhamento foi se limitando e já não eram realizadas as reuniões (SILVA e TRAD, 2005).

Sobre os incentivos financeiros, o custeio das ESB na Estratégia Saúde da Família tem aumentado desde 2000 (ano em que se instituiu), porém a percentagem de incremento não é anual e tem diminuído. Isso possivelmente pode ter implicado que os municípios devam fazer investimentos cada vez maiores para sua manutenção.

Maia (2008) indica que não se espera que os incentivos financeiros provenientes do PAB variável fossem suficientes para manter todos os custos das ESB, pelo que se supõe um investimento por parte da gestão local. O qual nem sempre ocorre, como o encontrou Baldani e cols. (2005) que indicaram escassez de recursos financeiros para a ESB provenientes do nível estatal e/ou municipal.

Esta escassez de investimentos também pode explicar a pouca implantação de ESB modalidade II, as quais requereriam maiores investimentos por parte dos municípios.

Apesar de que este tipo de equipes poderia contribuir de forma importante a resolver algumas demandas negligenciadas de tratamento.

Baldani e cols. (2005) destacaram também que no financiamento do PSF, o governo federal aumenta o valor do repasse anual ante maior cobertura populacional, o qual não acontece com a saúde bucal que tem valores definidos de financiamento. O qual segundo os autores é uma dificuldade para a manutenção dos serviços de saúde bucal.

Porém é necessário ressaltar que, a existência dos incentivos financeiros federais para as ESB foi em muitos casos o motivo principal para a ampliação do acesso e oferta dos serviços de saúde bucal e não o reconhecimento das necessidades da população, como o indica Maia (2008) para o estado de Rio de Janeiro.

No que concerne às tecnologias, o discurso da política de saúde bucal é mais próximo

à situação-objetivo elaborada, considerando necessárias as tecnologias clínico-sanitárias, de planejamento, de informação e relacionais (BRASIL, 2000; 2011; 2004; 2006d; 2011; 2009c; 2012; 2012d; 2013b). No entanto, em muitos dos estudos empíricos analisados, observou-se dificuldade na utilização de tecnologias relacionais (CHAVES e SILVA, 2007; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010; SOUZA e RONCALLI, 2007; SANTOS, et al., 2007; CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007; BALDANI MH et al., 2005).

As tecnologias de informação eram pouco utilizadas (CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007; MOURA et al., 2013; PIMENTEL et al., 2010), enquanto as tecnologias de planejamento eram mais utilizadas (BALDANI MH et al., 2005; CHAVES e SILVA, 2007 Município C; NASCIMENTO et al., 2009; SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013; CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007. Município C; MATTOS et al., 2014; MOURA et al., 2013; RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010; PIMENTEL et al., 2010; SOUZA e RONCALLI, 2007).

Observou-se que não muitos estudos se detiveram nas tecnologias duras clínico-sanitárias. Porém, os três estudos que abordaram esse assunto apontaram escassez de instrumentais e insumos (SOUZA e RONCALLI, 2007; SANTOS, et al., 2007; REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015). Na legislação, observou-se que o incentivo para compra de equipamentos e materiais permanentes clínicos que foi definido em 2000 (BRASIL, 2000), só foi incrementado em 2004 (BRASIL, 2004a). E em 2006, foi aumentado de novo, mas também para ser destinado à realização do curso introdutório para inserção na estratégia saúde da família (BRASIL, 2006b).

Esses achados sobre as tecnologias poderiam indicar que o acolhimento dos usuários não era realizado em todos os casos e os incentivos financeiros para a aquisição de equipamentos poderiam não estar sendo suficientes.

No que concerne às ações de gestão a política de saúde bucal parece, em parte, congruente com a situação-objetivo no que se refere à necessidade de realização de atividades de levantamento de necessidades ou diagnóstico epidemiológico (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2004; 2006a;2006d), mapeamento da área de abrangência (BRASIL, 2006d) e uso e análise dos dados dos sistemas de informação (BRASIL, 2001a; 2006d) para estabelecer grupos de risco e planejar as ações junto com a comunidade (BRASIL, 2001a; 2004; 2006d)

Porém, se afastam da situação-objetivo as disposições presentes nas NOAS-SUS 2001 e NOAS-SUS 01/2002 que apontam como grupos prioritários unicamente as

crianças e gestantes (BRASIL, 2001; 2002).

Na análise das experiências empíricas, achou-se que nem todas as equipes de saúde bucal realizavam levantamento epidemiológico (SOUZA e RONCALLI, 2007; CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; RODRIGUES e cols., 2009; PIMENTEL et al., 2010; MATTOS et al., 2014) ou este não era usado no planejamento das ações (SOUZA E RONCALLI, 2007) e a análise dos dados do SIAB também era pouco usada no planejamento (BALDANI et al., 2005).

Silva e Trad (2005) encontraram que num município baiano o planejamento e programação das ações era realizado de maneira independente por cada um dos profissionais de nível superior e logo era socializado com toda a equipe. Enquanto a análise dos dados do SIAB só era realizada pela enfermeira e de maneira esporádica. A PNSB se aproxima da situação-objetivo no que concerne à avaliação sistemática das ações realizadas e do planejamento (BRASIL, 2001a; 2001; 2006d;2011c). Mas, de maneira geral, na revisão sistemática os estudos demonstraram que não eram desenvolvidas tais atividades (CHAVES E VIEIRA-DA-SILVA, 2007; PIMENTEL et al., 2010), ou que a avaliação só era feita pelos gestores, sem participação da ESB (SOUZA e RONCALLI, 2007).

No que se refere aos indicadores de acompanhamento e avaliação das ações de saúde bucal: primeira consulta odontológica programática, cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada e média de procedimentos odontológicos básicos individuais (clínicos e/ou cirúrgicos) (BRASIL, 2006a) observa-se que estes não correspondem com o objetivo da reorientação das práticas, senão à manutenção do modelo baseado na doença, especificamente na cárie.

Pires (2013) chama a atenção também sobre o fato de que as metas propostas no Pacto da Atenção Básica de 2006 para saúde bucal, em 2010 não tinham sido alcançadas: a cobertura de primeira consulta odontológica programática era de 11,9% (sendo que a meta era de 30%), a cobertura de escovação dental supervisionada foi de 2,8% (a meta era de 5%), a média de procedimentos odontológicos básicos individuais era de 0,6% (meta de 2,5%).

No referente à capacitação, treinamento e supervisão dos ACS por parte da ESB, na PNSB isto é contemplado (BRASIL, 2006d). Porém, nos estudos analisados achou-se pouca supervisão e acompanhamento da ESB no desenvolvimento das práticas do ACS (CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010; RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010).

Outros estudos não contemplados na nossa revisão também acharam que os ACS referiram não ter recebido nenhuma capacitação introdutória para o trabalho na ESF nem capacitação específica sobre saúde bucal (SANTOS et al., 2011; LEVY et al., 2004; VASCONCELOS, CARDOSO e ABREU, 2010).

Esses resultados chamam a atenção porque contrariam a legislação da PNSB e a situação-objetivo, não só porque os ACS não estão recebendo capacitação, se não, e ainda mais grave, porque em alguns casos estão desenvolvendo atividades que não fazem parte da sua competência, como a aplicação de flúor sem nenhuma supervisão. O que pode afetar a qualidade dos procedimentos e também ser sintomático de que as atividades de prevenção podem estar sendo relegadas a este agente, enquanto as ESB continuam restritas principalmente às atividades clínicas.

No que diz respeito às atividades integradas junto com a equipe de saúde da família foi estabelecido que deveriam ser realizadas reuniões de equipe (BRASIL, 2011c), organização de atividades para apropriação do território e oferta de serviços clínico-assistenciais de maneira conjunta integrada com outros membros da equipe de saúde da família (BRASIL, 2006d).

Nos estudos contemplados na revisão sistemática alguns encontraram que os CD e TSB participavam das reuniões (SOUZA e RONCALLI, 2007; SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013) e outros acharam pouca participação (FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010; CHAVES e SILVA, 2007 Município E). Também encontrou-se que a articulação entre a equipe de saúde bucal e os outros profissionais da equipe de saúde da família acontecia principalmente nos encaminhamentos clínicos internos (FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010; RODRIGUES, SANTOS E ASSIS, 2010; NASCIMENTO et al., 2009 Campinas). Outros estudos não incluídos na revisão sistemática acharam que os motivos para a pouca participação do CD nas reuniões era o excesso de população pela qual era responsável, especialmente no caso onde funcionava uma ESB por duas equipes de saúde da família. Fator que também influía na pouca integração do processo de trabalho entre os diferentes profissionais, junto com outros aspectos como as várias mudanças dos integrantes da equipe e a falta de supervisão da coordenação municipal (SILVA e TRAD, 2005). Além disso, esses autores também encontraram que a interação entre os diferentes profissionais se limitava à troca de informações técnicas (SILVA e TRAD, 2005).

Em geral, o escopo de atividades de atenção à saúde bucal preconizadas na PNSB incluem tanto ações clínicas assistenciais, quanto preventivas, educativas, de

promoção da saúde (BRASIL, 2001a; 2001b; 2004; 2006d; 2006a; 2011; 2011c), intersetoriais (BRASIL, 2001a; 2004; 2006d) visitas domiciliares (BRASIL, 2001a; 2004; 2006d; 2011c), entre outras atividades de gestão já especificadas anteriormente.

Os responsáveis pelas atividades de promoção da saúde, prevenção da doença são todos os profissionais na atenção básica (BRASIL, 2001a; 2006a), porque essas atividades deveriam ser desenvolvidas de maneira interdisciplinar (BRASIL, 2001a), podendo ser realizadas pelo sistema de saúde em articulação com outras instituições ainda fora do setor saúde (BRASIL, 2004; 2006d). Disposições coerentes com a situação-objetivo.

Porém, recomendou-se que essas ações fossem desenvolvidas preferencialmente pelo pessoal auxiliar (BRASIL, 2001a; 2004; 2006d; 2011) e ACS sob a orientação da ESB (BRASIL, 2006d), cabendo ao CD principalmente a coordenação, acompanhamento supervisão e avaliação (BRASIL, 2001a; 2004; 2006a; 2006d; 2011) destas, levando em conta que 75-85% das horas contratadas deste profissional deveriam ser dedicadas a atendimento clínico (BRASIL, 2004).

De acordo com esses achados observou-se na revisão sistemática que as práticas que as ESB realizavam se acercavam mais às propostas na política de saúde bucal, do que às concebidas na situação-objetivo.

Várias pesquisas coincidiram em que, as práticas clínicas individuais curativas eram predominantes (BALDANI et al., 2005; CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007; CHAVES e SILVA, 2007; MOURA et al., 2013; REIS, SCHERER E CARCERERI, 2015; AQUILANTE e ACIOLE, 2015), mas também eram realizadas atividades preventivas (SOUZA e RONCALLI, 2007; AQUILANTE E ACIOLE; 2015; REIS, SCHERER E CARCERERI 2015; FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010; MOURA et al., 2013; RODRIGUES et al., 2009; SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013) e visitas domiciliares (RODRIGUES e cols., 2009; MOURA et al., 2013; AQUILANTE e ACIOLE, 2015; REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015; FACCIN, SEBOLD E CARCERERI, 2010). Enquanto as ações de promoção da saúde e intersetoriais eram pouco desenvolvidas (CHAVES e silva, 2007; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010), unicamente encontradas nos estudos de Baldani e cols. (2005) e Moretti e cols. (2010).

O CD parecia mais focado nas práticas clínicas (BALDANI et al., 2005), enquanto o TSB e ASB além de realizar as ações clínicas tradicionais como auxiliares, desenvolviam em poucos casos atividades de promoção da saúde e administrativas

(BALDANI et al., 2005; SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013). É necessário destacar também que na PNSB as ações de promoção da saúde não foram totalmente esclarecidas (BRASIL, 2001a; 2006d). Resultado que também foi identificado por Pires (2013), quem indicou que nos documentos da PNSB parecia existir uma confusão conceitual, entre as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças.

Desta maneira, observam-se como as práticas desenvolvidas pelas ESB relatadas nas pesquisas analisadas neste estudo não apresentam mudanças reais. De frente a este aspecto Pires (2013) encontrou uma incoerência entre o predomínio das tecnologias odontológicas técnicas duras e os objetivos da ESF centrada na família e no território, por isso conclui que o mesmo arranjo tecnológico tradicional da odontologia se reproduz dentro da “roupagem” da ESF.

Especificamente na PNSB indígena, o uso de Unidades Odontológicas Móveis para atendimento odontológico básico e a aplicação do Protocolo de Intervenção Odontológica em áreas remotas e de difícil acesso (uso de tecnologias que não precisam de infraestrutura, remoção de focos infecciosos e tratamento restaurador atraumático) (BRASIL, 2011) parece ser incoerente com a situação objetivo porque se limita às ações clínicas básicas do tipo mutirão, curativas e pontuais. As quais correspondem às práticas que têm caracterizado a atenção odontológica hegemônica para as comunidades indígenas (BERTANHA et al., 2012), as quais não são coerentes com o objetivo de mudança do modelo de atenção.

De maneira geral, a PNSB tem contribuído no incremento na cobertura populacional das equipes de saúde bucal através dos incentivos financeiros para esta área na atenção básica (Gráfico 1, p. 57). Em 2001 tinham-se 2.200 ESB implantadas em 1.288 municípios. Em 2005 já se contava com 12.603 equipes em 3.897 municípios (70% dos municípios brasileiros), o que significa que existia equipe de saúde bucal em 51,3% das equipes de saúde da família (AQUINO et al., 2014). E em 2015 já estavam implantadas 22.183 equipes de saúde bucal modalidade I e 2.261 modalidade II, em 5.014 dos municípios brasileiros. (BRASIL, 2016).

Porém, como o sugeria Pires (2013) e foi comprovado neste estudo as atividades e estratégias propostas na PNSB não correspondem ao objetivo da mudança do modelo de atenção à saúde bucal, portanto se afastam da situação-objetivo.

Como o indicaram Pereira e cols. (2012) e Pires (2013), a inclusão da ESB na Estratégia Saúde da Família não implica necessariamente mudanças no processo de

trabalho.

Bleicher (2011) também indicou que a inserção das ESB na Estratégia de Saúde da Família abriu um novo mercado de trabalho para o CD, mas sem que isso se tenha traduzido numa distribuição mais equitativa dos profissionais, nem em mudanças nas práticas. Por outro lado, como o indica Pires (2013) e foi achado neste estudo, as práticas das ESB continuam focadas na doença e no risco, privilegiando ações clínicas. Dessa maneira, demonstrou-se incoerência de frente à situação-objetivo. Isso era esperado dada a divergência entre os propósitos e os métodos ao interior da política que orienta a realização dessas práticas.

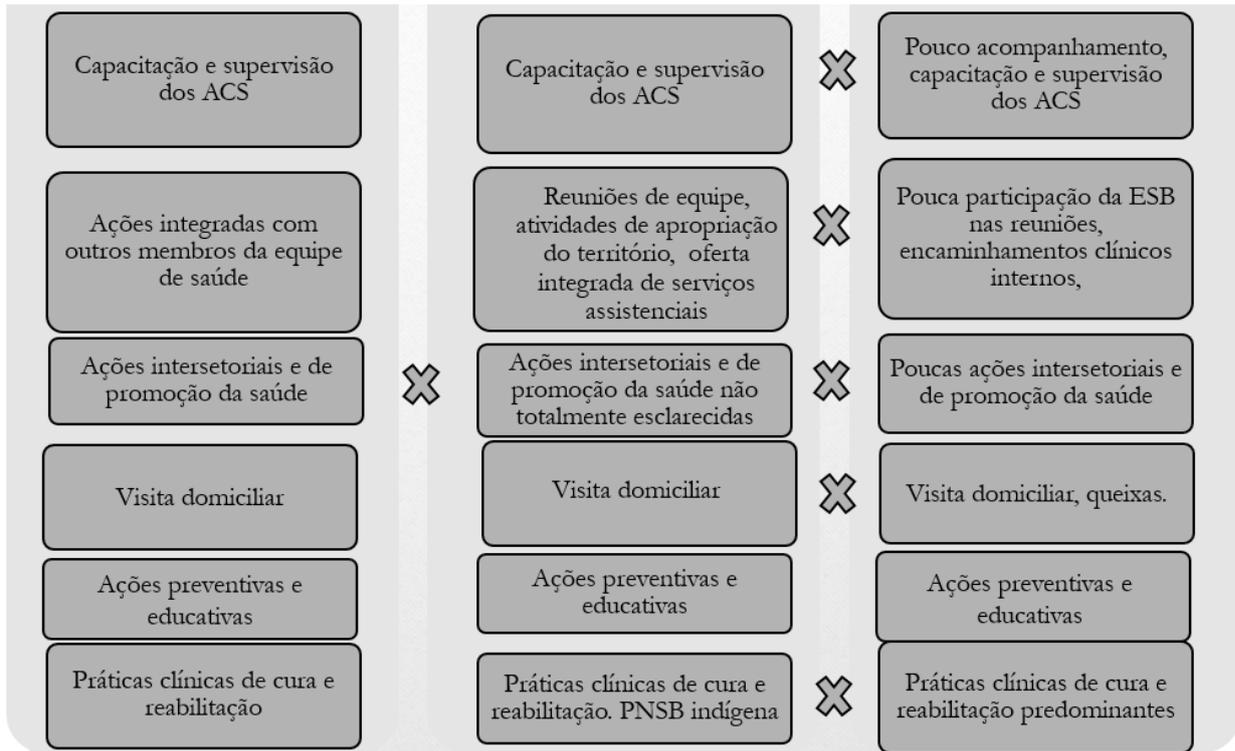
Pires (2013) também acrescentou que a mudança nas práticas que a PNSB propõe corresponde mais a uma melhor gestão e planejamento das ações assistenciais a partir do uso da análise epidemiológica e territorialização do que o reconhecimento do usuário como ser humano complexo. Não entanto, também apontou que um arranjo tecnológico mais coerente com os propósitos superaria o alcance de uma política de saúde.

De acordo com essa conclusão, Botazzo (2015) descreve as características tradicionais do processo de trabalho em saúde bucal e a organização da atenção, que não correspondem com os ideais de integralidade e universalidade, e que precisariam ser repensados e mudados se o objetivo real fosse a mudança do modelo de atenção. Alguns desses são as práticas, tecnologias e índices epidemiológicos focados na doença, no dente, na cárie, na mudança de hábitos e não no reconhecimento da complexidade do indivíduo.

A partir da análise estratégica realizada neste estudo através do cotejamento entre a situação-objetivo, a PNSB e a organização e práticas das ESB, cujos resultados foram sumarizados na figura 5 (pag. 91), foi constatado que a Política Nacional de Saúde bucal não é coerente com a situação objetivo desenhada e que as práticas desenvolvidas pelas ESB ainda nem correspondem completamente com o que a legislação indica, estando, portanto muito mais afastadas do ideário do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Figura 5 - Cotejamento entre a situação-objetivo, a PNSB e as práticas desenvolvidas pelas ESB

Situação-objetivo		PNSB		Práticas
Objeto: Determinantes, riscos, danos, agravos		“Determinantes, riscos, danos, agravos”	×	Riscos, danos, agravos
Agentes: equipe de saúde, professores, comunidade, outros setores*		Agentes: equipe de saúde, professores, comunidade, outros setores	×	ESB, alguns outros profissionais da saúde, professores
Parâmetro de cobertura baseado na realidade local	×	Uma ESB/duas equipes de saúde da família (6.900 pessoas); a partir de 2003 relação 1:1; 2013 desde 2.000 pessoas/ESB	×	Maior população, menor população
Financiamento adequado e suficiente	×	Percentagem de incremento tem ido diminuindo	×	Escassez de recursos financeiros (BALDANI, 2005)
Rede de referência e contrarreferência		Rede de referência e contrarreferência	×	Ausência ou não funcionamento
Capacitação adequada	×	Curso introdutório, não na PNSB indígena	×	Capacitação não generalizada, clínica
Supervisão e suporte técnico e material por parte da gestão		Secretarias municipais: suporte material	×	Sem suporte e supervisão
Diagnóstico epidemiológico, planejamento estratégico, priorização de grupos.	×	Priorização de crianças e gestantes (BRASIL, 2001, 2002). Diagnóstico epidemiológico, mapeamento da área, uso e análise dos dados dos sistemas de informação, planejamento junto com a comunidade.	×	Realização de ações de planejamento, nem sempre a partir de análise de dados dos sistemas de informação ou de levantamentos epidemiológicos, não participação da comunidade
Avaliação sistemática das ações	×	Avaliação sistemática das ações: Índices epidemiológicos associados a riscos e danos	×	Não avaliação das ações



Legenda: ✕ Incoerência

Fonte: Realizado pela autora.

## 5. Considerações finais

A politização das questões sobre saúde bucal e a mudança do modelo de atenção eram assuntos discutidos por cirurgiões dentistas ativistas e estudantes inseridos no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira desde os anos 80. Porém, só no ano 2000 condições favoráveis, como a necessidade de ampliação do mercado de trabalho para o CD e índices epidemiológicos e de acesso à atenção à saúde bucal críticos, abriram uma janela de oportunidade para que as propostas do movimento tivessem mais visibilidade.

Aconteceram mudanças na política de atenção à saúde bucal a partir da inserção da ESB no PSF, no entanto esse processo tem sido conflituoso. Este estudo aprofundou esse tópico permitindo assim o esclarecimento de algumas questões. Por um lado, contribuiu no aprimoramento da situação-objetivo da atenção à saúde bucal orientada pelo modelo da vigilância da saúde e à luz do marco teórico do processo de trabalho em saúde. Por outro lado, esclareceram-se os problemas, objetivos, atividades e estratégias propostas na PNSB no referente à atenção básica desde o ano 2000, o qual permitiu evidenciar incoerências e contradições dentro da política.

Apontou-se que, ainda que no discurso da PNSB os objetivos tenham girado em torno da melhoria dos índices epidemiológicos na área e na reorganização das práticas ou modelo de atenção, as atividades propostas se orientaram principalmente para ampliação do acesso.

Aliás, em alguns documentos, que definem e orientam a PNSB, foi explicitado que o objeto de trabalho abarcava tanto as doenças, os danos ou os agravos, os riscos e os determinantes. Porém, as atividades que a política propõe não convergem com esse objeto, porque em geral privilegiam as ações clínicas e não atuam sobre os determinantes sociais da saúde.

Por outra parte, o confronto do ideário do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na atenção à saúde bucal, com as propostas provindas da PNSB, as práticas desenvolvidas pelas ESB e a organização da atenção, no âmbito da atenção básica permitiu evidenciar também contradições externas.

As práticas que os estudos incluídos na revisão sistemática evidenciaram, indicaram que as necessidades reais da população eram negligenciadas. O objeto do processo de trabalho continuava limitado à doença e aos riscos. Características contrárias ao

ideário do movimento, porém, mais adaptada às práticas que a PNSB propõe.

No referente aos agentes, destacou-se que, a política em certa medida conflui como o ideário do movimento, ao propor a participação de outros profissionais da equipe de saúde, outros setores e também as comunidades.

Nos estudos empíricos, entretanto, observou-se que as ESB pouco se integravam com os outros profissionais, as atividades intersetoriais não ocorriam ou limitavam-se a parcerias com as escolas e a participação dos usuários não era priorizada e não acontecia.

No que concerne aos meios de trabalho, o discurso da PNSB apresenta coerências, mas também descompassos com a situação-objetivo. Por uma parte, a política destaca a importância do sistema de referência e contra referência, da capacitação dos profissionais, o uso de tecnologias clínico-sanitárias, de planejamento, de informação e relacionais. Mas, também, utiliza padrões arbitrários para definir a quantidade de usuários pela qual as ESB deveriam responsabilizar-se e a percentagem de horas que deveriam ser dedicadas a cada tipo de atividade, não prioriza o suporte da gestão aos profissionais e parece indicar que cada vez mais a gestão municipal deveria fazer investimentos financeiros maiores para a manutenção das ESB. Nesse tópico os estudos mostraram dificuldades na implantação do sistema de referência e contra referência, deficiência na capacitação dos profissionais, pouco suporte da gestão, entre outras questões.

No que diz respeito ao trabalho propriamente dito, as atividades de gestão consideradas na PNSB foram mais coerentes com a situação-objetivo. No entanto as práticas intersetoriais e de promoção da saúde eram pouco operacionalizadas e não eram considerados parceiros fora do que se conhece tradicionalmente como setor saúde. Nos estudos empíricos, na maioria dos casos existiram poucas mudanças nas práticas desenvolvidas pelas ESB.

Dessa maneira, este estudo clarificou que as incoerências existentes entre as práticas desenvolvidas nas ESB e o ideário do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira perpassam pelos descompassos na legislação da PNSB.

Por outra parte, é necessário também destacar as limitações deste estudo. Apesar de não ter havido uma conferência de consenso para validar a situação-objetivo foi possível aprimorá-la a partir do referencial teórico. As práticas que desenvolvem as ESB foram identificadas a partir da revisão sistemática. Portanto, as análises foram limitadas às informações e categorias que os estudos priorizaram. Além disso, os

achados nesse tópico só representam as populações onde foi desenvolvida cada pesquisa que não poderiam ser entendidas como representativas de todo o país. No entanto, conseguiu-se estabelecer um panorama das práticas desenvolvidas por algumas ESB na Atenção Básica em diferentes regiões do Brasil.

Adicionalmente, nosso foco foram as práticas e a organização da atenção à saúde bucal. Outras atividades mais associadas à gestão, ou de competência dos entes estaduais, como a fluoretação das águas, não foram consideradas. Seria necessário realizar outros estudos que abordem essas questões e que incluam trabalho de campo para evidenciar e sustentar algumas das conclusões aqui apresentadas.

Em linhas gerais, este estudo apontou pouca coerência tanto da PNSB quanto das práticas e organização da atenção evidenciadas nos estudos empíricos, de frente ao ideário do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. No entanto, vale a pena ressaltar que, existem experiências onde a tentativa de mudança de modelo de atenção parece ser mais palpável, experiências baseadas no “cuidado em saúde bucal como estratégia de qualificação da atenção básica” (BARROS e BOTAZZO, 2011) onde a organização, processos, protocolos, tecnologias e procedimentos adquirem novas dimensões e características.

## REFERENCIAS

- AQUILANTE, A.; ACIOLE, G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, jan. 2015 .
- AQUINO, R. et al. Estratégia saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. Cap. 25, p. 353-371.
- ANTUNES, J; NARVAI, P. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, Apr. 2010.
- ARANTES, L.; PORTILLO, J. Reorientação da Atenção Básica em saúde bucal em Unaí-MG. **Tempus – Atas de saúde coletiva**. 2011
- BALDANI, M. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.4, p.1026-1035. 2005.
- BARROS, R.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4337-4348, nov. 2011.
- Bertanha, et al. Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma Revisão de Literatura. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 11, p. 105-112, 2012.
- BLEICHER, L. **Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador**. 2011. 289 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- BOTAZZO, C.; CHAVES, S. C.L. Saúde Bucal Coletiva: Antecedentes e Estado da Arte. In: PAIM, J.S. e ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 2014. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. Cap. 43. p.639-647.
- BOTAZZO, C. (Coord). **Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, 2015. 143 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório **Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- . Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

-----. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana**, 1986. Brasília: CD-MS, 1989.

-----. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Ministério da Saúde; 1993.

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 19 dez 1998.

-----. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.925 de 13 de novembro de 1998. Aprova o manual para organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde, constante do anexo I desta portaria. **Diário Oficial da União** 17 nov. 1998; sec1, p. 8.

-----. Ministério da Saúde. Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 29 dez 2000; sec1, p.85.

-----. Ministério da Saúde. Portaria Nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a norma operacional da assistência à saúde - NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de reorganização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União** 29 jan. 2001; sec1, p.23.

-----. Ministério da Saúde. Portaria Nº 267 de 6 de março de 2001. Regulamenta a Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000 de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. **Diário Oficial da União** 07 mar 2001a; sec1, p.67.

-----. Ministério da Saúde. Portaria Nº 373 de 27 de fev. de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a norma operacional da assistência à saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União** 28 fev. 2002; sec1, p.52.

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 396 de 4 de abr. de 2003. Fixa em vinte por cento (20%) o reajuste nos atuais valores dos incentivos financeiros ao custeio dos programas de saúde da família de agentes comunitários de saúde e as ações de saúde bucal no âmbito do programa de saúde da família, com vigência a partir da competência maio de 2003. **Diário Oficial da União** 08 abr. 2003; sec1, p.94.

-----. Ministério da Saúde. Portaria Nº 673 de 3 de jun. de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica - PAB. **Diário Oficial da União** 04 jun. 2003a; sec1, p.44.

-----. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília (DF); 2004.

-----. Ministério da Saúde. Portaria Nº 74 de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do PSF, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providencias. **Diário Oficial da União** 22 jan. 2004a; sec1, p.55.

-----. Ministério da Saúde. Portaria Nº 493de 10 de março de 2006. Aprova a relação de indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**,13 mar. 2006; sec1, p.45.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 29 mar. 2006a. Seção 1, p. 61.

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 650 de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e para o programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 29 mar. 2006b; sec1, p.76.

-----. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.527 de 19 de out de 2006. Define os conteúdos mínimos do curso introdutório para profissionais da Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 20 out 2006c; sec1, p.142.

-----. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal Caderno de Atenção Básica, nº 17**. Brasília (DF); 2006d.

-----. Ministério da Saúde. Portaria Nº 91 de 10 de jan. de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto Pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e distrito federal. **Diário Oficial da União**, 16 jan. 2007; sec1, p.33.

-----. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.489de 21 de outubro de 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 22 out 2008; sec1, p.61.

-----. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.066de 23 de dezembro de 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 13 mar. 2008a; sec1, p.88.

-----.. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. **Diário Oficial da União**, 24 dez. 2008b.

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 302 de 17 de fev. de 2009. Estabelece que profissionais de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde EACS. **Diário Oficial da União**, 18 fev. 2009; sec1, p.37.

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 154 de 15 de may. de 2009. Inclui na tabela de Tipo de Equipes do SCNES, os tipos de equipes EACSSB\_M1 e EACSSB\_M2, atualizando-a conforme a tabela anexa. **Diário Oficial da União**, 18 may 2009a; sec1, p.87.

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.371 de 7 de out de 2009. Institui, no âmbito da PNAB o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. **Diário Oficial da União**, 9 out 2009b; sec1, p.111.

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.372 de 7 de out de 2009. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 9 out 2009c; sec1, p.112.

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.191 de 3 de ago. de 2010. Institui critérios diferenciados com vistas à implantação, financiamento e manutenção da Estratégia de Saúde da Família para as populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul. **Diário Oficial da União**, 4 ago. 2010; sec1, p.51.

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.840 de 7 de dez de 2010. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. **Diário Oficial da União**, 8 dez. 2010a; sec1, p.45.

-----.. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília (DF); 2011.

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 122 de 25 de jan. de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, 26 jan. 2011a; sec1, p.46.

-----.. Ministério da Saúde. Portaria Nº 576 de 19 de sep. de 2011. Estabelece novas regras para a carga horária semanal (chs) dos profissionais médicos, enfermeiros e CD, conforme descrito no anexo I. **Diário Oficial da União**, 20sep 2011b; sec1, p.79.

-----.. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 24 out. 2011c. Seção 1, p. 48.

-----.. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.599 de 9 de julho de 2011. Define valores de financiamento do PAB Variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 11 jul. 2011d. Seção 1, p. 50.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.490 de 21 de out de 2011. Define os valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 24 out. 2011e. Seção 1, p. 55.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n. 366 de 5 de mar de 2012. Define os recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos destinados aos Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 6 mar. 2012. Seção 1, p. 91.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n. 978 de 16 de may. de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 17 may. 2012a. Seção 1, p. 73.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.089 de 28 de may. de 2012. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro PMAQ-AB, denominado como Componente do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). **Diário Oficial da União**, 28 may. 2012b.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n. 500 de 29 de may de 2012. Estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, das UOM. **Diário Oficial da União**, 30 may. 2012c. Seção 1, p. 98.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.022 de 26 de dezembro de 2012. Define os recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 27 dez. 2012d. Seção 1, p. 208.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.012 de 26 de dez de 2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Diário Oficial da União**, 27 de dez. 2012e. Seção 1, p. 205.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n.17 de 15 de jan. de 2013. Inclui na Tabela de Tipo de Equipes do SCNES, Equipes de Saúde Bucal e fica redefinida a composição das equipes que agregam profissionais de SB e a composição mínima de profissionais para o serviço especializado na Estratégia de Saúde de Família. **Diário Oficial da União**, 17 de jan. de 2013. Seção 1, p. 37.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n.562 de 4 de abr. de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). **Diário Oficial da União**, 5 de abr. de 2013a. Seção 1, p. 62.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n.1.301 de 28 de jun. de 2013. Define os recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 1 de julho de 2013b. Seção 1, p. 44.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n.2.355 de 10 de out de 2013. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 11 de out de 2013c. Seção 1, p. 38.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n. 578 de 15 de may de 2015. Suspende a transferência do incentivo financeiro referente a UOM nos Municípios com ausência de alimentação do SIA/SUS. **Diário Oficial da União**, 18 de may. de 2015. Seção 1, p. 35.

-----. Ministério da Saúde. Portaria n.728 de 11 de jun. de 2015. Suspende a transferência do incentivo financeiro referente a UOM nos Municípios com ausência de alimentação do SIA/SUS. **Diário Oficial da União**, 12 de jan. de 2015a. Seção 1, p. 48.

-----. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Disponível em:** [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php). Acesso: abril de 2016.

BROUSSELLE, A. e CHAMPAGNE, F. Program theory evaluation: Logic analysis. **Evaluation and Program Planning**, v. 34, p. 69–78. 2011

BROUSELLE, A. et al. **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 291 p.

CALADO, G.S. **A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios**. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CARDOSO, A. et al. Inserção da equipe de saúde bucal no PSF: um desafio para melhoria da qualidade de atenção à saúde. **Rev. Baiana Saúde Pública**; v. 26(1/2): p. 94-98, 2002,

CHAVES, S. C.L. e BOTAZZO, C. Prevenção, atenção e vigilância da saúde bucal. In: PAIM, J.S. e ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 2014. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. Cap. 32. p. 465-477.

CHAVES, S. C.L. e SILVA, L. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciência e saúde coletiva**, vol.12, n.6, pp. 1697-1710, 2007.

CHAVES, S.C.L. e VIEIRA-DA-SILVA L.M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: Estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cadernos de saúde pública**, vol. 23, n.5, p.1119-1131, 2007.

CINCURÁ R. **Promoção da saúde na atenção primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2014.

COSTA, S.; ARAUJO, F. Dental auxiliaries versus community health workers: similarities and contrasts. **Rev. odontol. UNESP**, v.42, n.5, pp. 350-356. 2013.

CREVELIM, M.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, Apr. 2005

FACCIN, D.; SEBOLD, R. e CARCERERI, D. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência e saúde coletiva**, vol.15, suppl.1, pp. 1643-1652. 2010.

FARIAS M. e SAMPAIO J. Integração da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: A percepção dos profissionais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, vol. 34, n. 4. 2011.

Fundação Nacional de Saúde FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Departamento de Saúde Indígena, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.

GODOI, H.; MELLO, A.; CAETANO, J. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.30, n.2, pp. 318-332. 2014.

IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998: Acesso y utilização de serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 2000.

KORNIS, G.; MAIA, L.; FORTUNA, R. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis**, v.21, n.1, pp. 197-215. 2011.

LESSA, C.; VETORE, M. Gestão da Atenção Básica em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde Soc**. São Paulo. v. 19, n. 3, p. 547-556, 2010.

LEVY, F.; MATOS P.; TOMITA, N. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 197-203, 2004

LOURENÇO, E.C. et al. A inserção das equipes de saúde bucal no programa de saúde no estado de MG. **Ciência e saúde coletiva**. vol.14, suppl.1, pp. 1367-1377. 2009.

MAIA, L. **Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no Estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais**. 2008. 213 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MARTELLI, P. et al. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciência e saúde coletiva**, v.13, n.5, pp. 1669-1674. 2008.

MATOS, P.; TOMITA, N. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos polos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1538-1544, Dec. 2004

MATTOS, G. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência e saúde coletiva**, v.19, n.2, pp. 373-382. 2014.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde e tecnologia: Contribuição para a reflexão teórica**. Brasília: OPS, 1988. 68p. (Serie de Desenvolvimento de serviços de saúde, Nº 6)

MORETTI, A. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência e saúde coletiva**, v.15, suppl.1, pp. 1827-1834. 2010.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexity in Family Healthcare and the training of future Health care professionals. **Interface – Comunicação Saúde, Educ.**, v.13, n.30, p.153-66, 2009.

MORITA, M.; HADDAD A.; ARAÚJO, M. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press; 2010.

MOURA, M. et al. Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciência e saúde coletiva**, v.18, n.2, pp. 471-480. 2013.

NARVAI, P. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 19, n. 6, p. 385-393, June, 2006.

NARVAI, P.; FRAZAO P. **Saúde bucal no Brasil muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 148 p.

NARVAI, P. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. pg. 21-34, dez. 2011.

NASCIMENTO, A. et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.3, pp. 455-462. Mar 20, 2009.

OLIVEIRA, Q. Sistema de informação da atenção básica: Análise do processo de produção de dados e informações em equipes de saúde da família de Cuiabá/MT. 140f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem, 2010

OPAS/OMS. **Leitos por Habitantes e Médicos por Habitantes**. 2003 – Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/25988544/Leitos-por-Habitante-e-Medicos-por-Habitante>. Acesso em: fevereiro de 2016.

PADULA, M.; AGUILAR-DA-SILVA, R. Professional profile of dentists who are members of the Family Health Strategy city of Marília, São Paulo: the challenge of interprofessional work. **Rev. odontol. UNESP**, v.43, n.1, p. 52-60. 2014.

PAIM, J.S. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 446p.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet, Saúde no Brasil**, p.11-31. 2011.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella, L. et al (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

PALUDETTO JUNIOR, M. **Avaliação de desempenho da Política Nacional de Saúde Bucal no período de 2004-2010**. 2013. 104 f. Dissertação (Mestrado) — Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

PALUDETTO JUNIOR, M et al. Avaliação da estrutura normativa da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, no período de 2003 a 2011. **Saúde debate**, v. 51, p. 86-104, out. 2014.

PEDUZZI, M. e SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. (orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/> Acesso: fev. de 2015

PEREIRA C.R. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n.3, p. 449-62. 2012

PIMENTEL, F. et al. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciência e saúde coletiva**, v.15, n.4, p. 2189-2196. 2010.

PIRES, F. **Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal**. 179 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de odontologia da Universidade de São Paulo, 2013.

REIS, W.; SCHERER, M.; CARCERERI, D. O trabalho do cirurgião dentista na Atenção Primária à Saúde entre o prescrito e o real. **Saúde debate**, v. 39, n. 104, p. 56-64, jan.-mar. 2015.

RIANI, J.; CHAGAS, L. e SILVESTRE R. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. In: OPS, Ministério da Saúde do Brasil. **Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília: 2006.

RODRIGUES, A. et al. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família na cidade de Feira de Santana (BA): O perfil do cirurgião-dentista. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 582-594, out/dez, 2009.

RODRIGUES, A.; SANTOS, A.; ASSIS, M. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 907-915, may. 2010.

SANGLARD-OLIVEIRA, C. et al. Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v.18, n.8, pp. 2453-2460. 2013.

SANTOS, A. Organização das ações em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Revista APS**, v.9, n.2, p. 190-200, jul. /dez. 2006

-----, et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.23, n.1, p. 75-85, 2007.

Serra, C. A saúde bucal como política de saúde: a experiência de Niterói. **PHYSIS: Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.11, n.2: 95-122. 2001.

SILVA, A. et al. A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 159-169, mar. 2010

SILVA, J.; TRAD, L. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**, v.9, n16, p.25-38, Feb.2005.

SOARES, C.L.M. **A constituição da saúde bucal coletiva no Brasil**. 2014.179f. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. UFBA. Salvador. 2014

SOARES, F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciência e saúde coletiva**, v.16, n.7, p. 3169-3180. 2011.

SOUZA T.M.S;Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**,v.23, p.2727-39,2007.

TAVARES, R. et al. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. **Saúde em debate**, v.37, n.99, pp. 628-635. 2013.

TEIXEIRA, C.F. e VILASBÔAS, A.L.Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. In: Paim, J.S. e Almeida-Filho, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p.287-301.

VASCONCELOS, M.; CARDOSO, A., ABREU, M. Os desafios dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à saúde bucal em município de pequeno porte. **Arquivos em Odontologia**, v. 45, n. 02, Abril/Junho, 2010.

ZANETTI, C. **As marcas do Mal-estar Social no Sistema Nacional de Saúde Tardio: o caso das Políticas de Saúde Bucal, no Brasil dos anos 80**. 1993.133 f. Dissertação (mestrado)-Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

**APÊNDICE A - Sistematização de documentos jurídico-normativos sobre a Atenção Básica na Política Nacional de Saúde Bucal**

<b>Data</b>	<b>Documento</b>	<b>Disposição/Ementa</b>	<b>Importancia/ Relevância</b>	<b>I/E</b>
13/11/1998	Portaria nº 3.925.	Aprova o manual para Organização da AB no SUS e define os indicadores de acompanhamento da AB para 1999	Traz informação sobre as práticas de atenção à SB, contempladas dentro da AB antes da inclusão das ESB na ESF.	I
29/12/2000	Portaria nº 1.444	Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à SB prestada nos municípios por meio do PSF.	Inserção das ESB no PSF, reorganização do modelo de atenção e ampliação do acesso. PAB variável: Custeio da ESB MI (R\$ 13.000 equipe/ano) e ESB MII (16.000 R\$ equipe/ano). Incentivo para instrumental e equipamentos odontológicos (R\$ 5.000)	I
26/01/2001	Portaria nº 95	Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.	A SB passa a ser umas das áreas estratégicas mínimas para habilitação na condição de Gestão Plena da AB Ampliada.	I
06/03/2001	Portaria 267	Aprova as normas e diretrizes de inclusão da SB no PSF.	Define: objetivos do Plano de Reorganização das ações de SB na AB, estratégias, atribuições dos profissionais, responsabilidades institucionais, financiamento, relação mínima de equipamentos e instrumentais e elenco de procedimentos.	I
27/02/2002	Portaria nº 373	Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002	Reitera as responsabilidades dos municípios na área de atenção à saúde bucal.	I
04/04/2003	Portaria nº 396	Reajusta os valores dos incentivos financeiros ao PSF, PACS e às ações de SB.	Incremento de 20% nos incentivos financeiros para as ESB MI (R\$ 15.600 equipe/ano) ESB MII (R\$ 19.200 equipe/ano).	I
04/06/2003	Portaria 673	Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de SB.	Define que poderão ser implantadas nos municípios quantas ESB como o gestor municipal considerare, desde que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família.	I
20/01/2004	Portaria Nº 74	Reajusta os valores dos incentivos financeiros às ações de SB no âmbito do PSF, inclui procedimento de moldagem para prótese.	ESB MI: R\$ 1.700 equipe/mês; ESB MII R\$ 2.200 equipe/mês. Cria incentivo adicional (R\$ 1.000) para compra de materiais para confecção de próteses. ESB MII são obrigadas a possuir pelo menos dois equipos odontológicos completos.	I
2004	Diretrizes da Política Nacional de saúde bucal	Apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à SB no âmbito do SUS.	Apresenta os pressupostos, princípios norteadores, estratégias de adequação do processo de trabalho e ações previstas.	I
22/02/2006	Portaria nº 399	Divulga o Pacto pela Saúde 2006	Reitera que a SB é uma das estratégias financiadas pelo PAB variável.	E
10/03/2006	Portaria nº 493	Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006.	Apresenta e descreve os indicadores da atenção básica para SB	I

## Sistematização de documentos jurídico-normativos sobre a Política Nacional de Saúde Bucal no referente a Atenção Básica

Data	Documento	Disposição/Ementa	Importancia/ Relevância	I/E
28/03/2006	Portaria nº 648	Aprova a PNAB estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para o PSF e o PACS.	Apresenta as atribuições de cada profissional na AB. Indica a realização do curso introdutório para toda a equipe ao início do trabalho na ESF.	I
28/03/2006	Portaria nº 650	Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e para o PACS, instituídos pela PNAB.	Reitera o mesmo incentivo para as ESB MI (R\$ 1.700 equipe/mês) e ESB MII (R\$ 2.200 equipe/mês) e aumenta em R\$1.000 o incentivo para investimento nas UBS, para a realização do curso introdutório.	I
17/04/2006	Portaria nº 822	Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na PNAB	Não apresenta nenhuma informação específica sobre saúde bucal.	E
10/10/2006	Portaria nº 750	Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de saúde da família; saúde da família com saúde bucal e de ACS no SCNES.	Não apresenta nenhuma informação específica sobre saúde bucal.	E
19/10/2006	Portaria nº 2.527	Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família.	O Ministério de Saúde assume a responsabilidade em estabelecer diretrizes para os processos de capacitação dos profissionais da ESF.	I
2006	Caderno de Atenção Básica 17	Orienta a reorganização das ações e serviços de SB no âmbito da AB.	Apresenta os indicadores de SB no pacto da AB, características do processo de trabalho, competências dos profissionais, organização da atenção e da demanda, define o campo da prática das ESB, apresenta principais agravos e dá recomendações para referência e contrareferência aos CEO.	I
10/01/2007	Portaria nº 91	Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde.	Apresenta os indicadores da AB para SB.	I
17/07/2007	Portaria nº 1696	Atualiza os valores do PAB para municípios e distrito federal para 2006.	Não apresenta nenhuma informação específica sobre saúde bucal	E
17/01/2008	Portaria nº 90/GM	Atualiza quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e quilombos para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família modalidade I e de ESB da ESF	Não apresenta nenhuma informação específica sobre saúde bucal	E
21/10/2008	Portaria nº 2.489	Define valores de financiamento do PAB Variável para a ESF e SB.	Aumenta o incentivo do PAB variável para SB (ESB MI: R\$ 1.900 equipe/mês; ESB MII: R\$ 2.450 equipe/mês).	I

## Sistematização de documentos jurídico-normativos sobre a Política Nacional de Saúde Bucal no referente a Atenção Básica

Data	Documento	Disposição/Ementa	Importancia/ Relevância	I/E
23/12/2008	Portaria nº 3.066	Define valores de financiamento do PAB Variável para a ESF e SB	Aumenta o incentivo do PAB variável para ESB MI (R\$ 2.000 equipe/mês) e ESB MII (R\$ 2.600 equipe/mês).	I
2008	Lei 11.889	Regulamenta o exercício dos TSB e ASB	Define as responsabilidades do TSB e do ASB.	I
17/02/2009	Portaria nº 302	Estabelece que profissionais de SB da ESF poderão ser incorporados às EACS.	As equipes de saúde da família com SB nas quais o médico não é substituído em 90 dias, podem passar a ser EACS com SB.	I
15/05/2009	Portaria nº 154	Inclui na tabela de Tipo de Equipes do SCNES, os tipos de equipes EACSSBM1 e EACSSBM2.	Permite que equipes de saúde da família com SB, nas quais o médico não é substituído num prazo de 90 dias, possam ser cadastradas como EACS com SB.	I
07/10/2009	Portaria nº 2.371	Institui, no âmbito da PNAB o Componente Móvel da Atenção à SB - Unidade Odontológica Móvel - UOM.	Define que nas UOM seriam desenvolvidas ações de SB realizadas por ESB vinculadas a equipes da ESF. Determina incentivos para implantação (R\$ 3.500) e custeio mensal (R\$ 4.680) e apresenta os instrumentais e materiais necessários.	I
07/10/2009	Portaria nº 2.372	Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as ESB na ESF.	Descreve os equipamentos que seriam fornecidos por parte do Ministério de Saúde.	I
07/10/2009	Portaria nº 334	Altera o § 2º do art. da Portaria nº 750 de 10 de outubro de 2006	Não apresenta nenhuma informação específica sobre saúde bucal	E
03/08/2010	Portaria nº 2.191	Institui critérios para implantação, financiamento e manutenção da ESF para as populações ribeirinhas na Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul.	Opcionalmente poderão prestar serviços de SB as Unidades de Saúde da Família Fluviais (incentivo de R\$ 10.000 a mais) e equipes de saúde da família ribeirinhas (incentivo dado às ESB mais um acréscimo de 50%).	I
19/10/2010	Portaria nº 3.170	Atualiza base populacional para cálculo dos recursos do PAB fixo e divulga os valores	Não apresenta nenhuma informação específica sobre saúde bucal	E
19/10/2010	Portaria nº 3.170	Atualiza base populacional para cálculo dos recursos do PAB fixo e divulga os valores	Não apresenta nenhuma informação específica sobre saúde bucal	E
07/12/2010	Portaria nº 3.840	Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde	Os objetivos definidos foram ampliar a cobertura de ESB da ESF e aumentar a prevenção das principais doenças bucais (cárie dentária e doença periodontal)	I
07/12/2010	Portaria nº 3.840	Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde	Os objetivos definidos foram ampliar a cobertura de ESB da ESF e aumentar a prevenção das principais doenças bucais (cárie dentária e doença periodontal)	I

## Sistematização de documentos jurídico-normativos sobre a Política Nacional de Saúde Bucal no referente a Atenção Básica

<b>Data</b>	<b>Documento</b>	<b>Disposição/Ementa</b>	<b>Importancia/ Relevância</b>	<b>I/E</b>
19/04/2011	Diretrizes do componente indígena da PNSB	Apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à SB dos povos indígenas no âmbito do SUS	Apresenta as mesmas diretrizes da PNSB de 2004.	I
25/01/2011	Portaria nº 122	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR).	Define que o TSB pode participar na eCR supervisionado por um CD vinculado a uma equipe de saúde da família ou outra equipe de AB da área de atuação.	I
09/07/2011	Portaria nº 1.599	Define valores de financiamento do PAB Variável para as Equipes de Saúde da Família, ESB e aos ACS.	Define aumento no incentivo para as ESB MI (R\$ 2.100/mês/equipe) e ESB MII (R\$ 2.800/mês/equipe).	I
09/07/2011	Portaria nº 1.602	Define o valor mínimo e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB.	Não apresenta nenhuma informação específica sobre saúde bucal	E
25/08/2011	Portaria nº 2.027	Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006: Muda a carga horária dos médicos da ESF.	Não apresenta nenhuma informação específica sobre saúde bucal	E
19/09/2011	Portaria nº 576	Estabelece novas regras para a carga horária semanal dos médicos, enfermeiros e CD nas equipes de saúde da família	Define que nas equipes de atenção básica com SB, o CD deverá atuar com carga mínima de 20h/semana, podendo atuar no máximo em duas equipes.	I
21/10/2011	Portaria nº 2.488	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.	Apresenta as características do processo de trabalho na AB e as responsabilidades de cada profissional.	I
21/10/2011	Portaria nº 2.490	Define os valores de financiamento das equipes de saúde da família ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).	Reitera o incentivo financeiro definido desde 2010 que define R\$ 10.000 a mais para as UBSF com SB.	I
21/10/2011	Portaria nº 703	Estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, das novas equipes que farão parte da ESF.	Não apresenta nenhuma informação específica sobre saúde bucal	E
25/01/2012	Portaria nº 123	Define os critérios de cálculo do número máximo de eCR por Município.	Não apresenta nenhuma informação específica sobre saúde bucal	E

## Sistematização de documentos jurídico-normativos sobre a Política Nacional de Saúde Bucal no referente a Atenção Básica

<b>Data</b>	<b>Documento</b>	<b>Disposição/Ementa</b>	<b>Importancia/ Relevância</b>	<b>I/E</b>
05/03/2012	Portaria nº 366	Define os recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos para municípios que implantaram ESB na ESF.	Define recursos para aquisição de equipamento e instrumental odontológico (R\$ 5.468,99).	I
16/05/2012	Portaria nº. 978	Define valores do PAB variável para as Equipes de Saúde da Família, ESB e NASF.	Define incremento no incentivo financeiro para as ESBMI (R\$ 2.230/mês/equipe) e ESB MII (R\$ 2.980/mês/equipe).	I
28/05/2012	Portaria nº 1.089	Define o valor mensal integral do incentivo financeiro PMAQ-AB	A partir da classificação alcançada no processo de certificação as ESB receberiam os percentuais do valor integral do incentivo financeiro do Componente de Qualidade do PAB Variável.	I
29/05/2012	Portarianº 500	Estabelece normas para o cadastramento das UOM no SCNES.	Profissionais da ESB da ESF podem ser cadastrados na UOM. O gestor municipal pode compartilhar a carga horária deles entre a ESF e a UOM, totalizando 40h/semana.	I
26/12/2012	Portaria nº 3.022	Define os recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos para os municípios que implantaram ESB na ESF.	Recurso de R\$5.478.	I
26/12/2012	Portaria nº 3.012,	Redefine a composição das ESB da ESF.	ESB MI: CD, ASB ou TSB; ESB MII: CD, TSB e ASB ou outro TSB	I
15/01/2013	Portaria nº 17	Inclui na Tabela de Tipo de Equipes do SCNES as ESB com sua nova composição	Define que os profissionais de SB só poderiam atuar em uma equipe.	I
04/04/2013	Portaria nº 562	Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB,	Valor do Componente de Qualidade do PAB Variável (R\$ 2.500 por equipe de SB),	I
28/06/2013	Portaria nº 1.301,	Define os recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram ESB na ESF	Incentivo financeiro de R\$ 6.194,34/equipe para aquisição de equipamento e instrumental odontológico.	I
10/10/2013	Portaria nº 2.355,	Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família.	Não apresenta nenhuma informação específica sobre saúde bucal	E
15/05/2015	Portaria nº 578	Suspende a transferência do incentivo financeiro para as UOM por ausência de alimentação do SIA/SUS.	Suspende a transferência do incentivo financeiro referente às UOM nos Municípios com ausência de alimentação do SIA/SUS.	I
11/06/2015	Portaria nº 728	Suspende a transferência do incentivo financeiro para as UOM por ausência de alimentação do SIA/SUS.	Suspende a transferência do incentivo financeiro referente às UOM nos Municípios com ausência de alimentação do SIA/SUS.	I

**I= Documento incluído    E= Documento excluído**

Fonte: Elaborado pela autora

**APÊNDICE B - Estratégias de busca usadas para a revisão sistemática**

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA	RESULTADOS
	<b>PORTUGUES</b>	
BVS	("Atenção básica a saúde" OR "atenção primaria a saúde" OR "estratégia saúde da família" OR "Programa de saúde da família") AND ("saúde bucal" OR "serviços de saúde bucal") AND Brasil	189
	("Atenção básica a saúde" OR "atenção primaria a saúde" OR "estratégia saúde da família" OR "Programa de saúde da família") AND "saúde bucal" AND "processo de trabalho" AND Brasil	11
	("Atenção básica a saúde" OR "atenção primaria a saúde" OR "estratégia saúde da família" OR "Programa de saúde da família") AND ("saúde bucal" OR "serviços de saúde bucal") AND ("modelo de atenção") AND Brasil	11
	("Atenção básica a saúde" OR "atenção primaria a saúde" OR "estratégia saúde da família" OR "Programa de saúde da família") AND ("saúde bucal" OR "serviços de saúde bucal") AND "equipe de saúde" AND Brasil	27
	<b>ESPAÑHOL</b>	
	("atención Primaria de Salud" OR "estrategia de Salud Familiar") AND ("salud bucal" OR "Servicios de Salud Dental") AND Brasil	95
	("atención Primaria de Salud" OR "estrategia de Salud Familiar") AND ("salud bucal" OR "Servicios de Salud Dental") AND ("equipo de salud") Brasil	3
	<b>INGLES</b>	
	("Primary Health Care" OR "Family Health Strategy") AND ("oral health" OR "Dental Health Services") AND Brasil	178
TOTAL BVS		514
TOTAL PUBMED	("Primary Health Care" OR "Family Health Strategy") AND ("oral health" OR "Dental Health Services") AND Brasil	16
TOTAL		530

Fonte: Elaborado pela autora

**ANEXO A - Instrumento de Avaliação da Qualidade dos Artigos**

<b>Critério de avaliação</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Introdução</b>	<b>1,5</b>
1. Apresenta a problemática na qual se situa o problema que justifica o estudo?	0-Não 1-Sim
2. Apresenta uma revisão da literatura pertinente, suficiente e atual?	0-Não 0,5-Sim
<b>Pergunta/Objetivo</b>	<b>1</b>
3. O objetivo do estudo é claro?	0-Não 0,5-Sim
4. O objetivo do estudo verificável?	0-Não 0,5-Sim
<b>Metodologia</b>	<b>3</b>
5. O método utilizado é adequado ao objetivo/pergunta do estudo?	0-Não 1-Sim
6. O desenho/arquitetura do estudo é executado de forma adequada? (Estudos exploratórios- cenário e sujeitos de estudo descritos, procedimento de coleta bem detalhado; estudos de caso-justifica escolha do caso, realiza triangulação de dados; revisão sistemática-define base de dados e descritores, realiza dupla leitura; estudos avaliativos- define variáveis de exposição e de desfecho, cálculo amostral)	0-Não 1-Sim
7. O Processo de análise dos dados foi descrito adequadamente, deixando clara as categorias de análise?	0-Não 0,5-Sim
8. O estudo se ancora em um referencial teórico consistente?	0-Não 0,5-Sim
<b>Resultados</b>	<b>1,5</b>
8. Os resultados foram descritos de forma clara?	0-Não 0,5-Sim
9. Os resultados do estudo são coerentes com o objetivo?	0-Não 1-Sim
<b>Discussão</b>	<b>1,5</b>
10. A discussão traz um diálogo consistente entre os resultados e a teoria?	0-Não 1-Sim
11. Os limites do estudo foram identificados pelo autor?	0-Não 0,5-Sim
<b>Conclusões</b>	<b>1,5</b>
12. As conclusões emergem dos achados do estudo?	0-Não 1-Sim
13. Os achados contribuem para o desenvolvimento de uma teoria, para prática profissional ou para pesquisas futuras?	0-Não 0,5-Sim
<b>Escore Final</b>	<b>10</b>

Fonte: Cincurá (2014)