

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

**Política Nacional de Saúde Bucal:**

metassíntese dos estudos sobre a Rede de Saúde Bucal

SYLVIO DA COSTA JÚNIOR

Porto Alegre

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA, ETIOPATOGENIA E REPERCUSSÃO  
DAS DOENÇAS DA CAVIDADE BUCAL E ESTRUTURAS ANEXAS

**Política Nacional de Saúde Bucal:**

metassíntese dos estudos sobre a Rede de Saúde Bucal

Tese apresentada como requisito para a obtenção do grau de doutor pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SYLVIO DA COSTA JÚNIOR

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Porto Alegre

2019

#### CIP - Catalogação na Publicação

da Costa Junior, Sylvio  
metassíntese dos estudos sobre a Rede de Saúde  
Bucal / Sylvio da Costa Junior. -- 2019.  
119 f.  
Orientador: Fernando Neves Hugo.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de  
Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS,  
2019.

1. Saúde Coletiva. 2. Sistema Único de Saúde. I.  
Neves Hugo, Fernando, orient. II. Título.

Gostaria de fazer referência a tantas pessoas, conhecidas e anônimas, que construíram e ainda constroem o Sistema Único de Saúde, expressão de solidariedade nacional, onde ricos e pobres, brancos e negros, brasileiros e estrangeiros, tem acesso e atendimento à saúde integral, sem preconceitos e distinções. Gostaria de fazer referência a tantas pessoas, mas farei a uma instituição em particular, a Universidade Pública Brasileira, formadora de mão de obra para o SUS, a Universidade Pública Brasileira, fábrica de sonhos que nunca envelhecem.

## Agradecimentos

À coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRGS.

Ao Centro de Pesquisa em Odontologia Social da UFRGS.

Aos professores e professoras da banca (Camila Mello, Mateus Neves e Carlos Pilz) por terem aceitado participar desse momento tão importante na minha formação profissional e acadêmica.

Ao orientador Fernando Neves Hugo, por enxergar em mim algo que eu mesmo tinha dificuldade de ver. Agradeço sua amizade, sua dedicação e pela troca de saberes que realizamos nessa jornada, longa e prazerosa. Sentirei falta da convivência!

Aos meus amigos(as) do Ministério da Saúde: Danillo, Dirceu, Eudes, Allan, Marcilio, Pauline, Aristides e toda equipe que trabalhei entre 2010 a 2015, no Conselho Nacional de Saúde, no DAB e na implantação do programa Mais Médicos. Vivi no Ministério da Saúde, com essas pessoas, o melhor e mais importante momento de minha vida profissional.

Aos amigos(as), trabalhadores(as) do SUS, como Lucas Pedebos, tão importantes na construção dessa tese.

Aos meus amigos de militância política, que carinhosamente os chamo de companheiros, mas que se fazem meus irmãos na luta por um mundo mais justo.

A todos meus familiares. Minha esposa Bianca, meus pais Denise e Sylvio (em memória), minhas irmãs Janaína e Ana Paula, tios Gilberto (em memória) e Maida, aos sobrinhos Gilberto, Mariana e Guilherme e meus avós maternos (em memória) Sebastião e Georgina, e paternos (em memória) Adhermar e Cecília, onde o avô materno, mecânico que era, e o avô paterno, padeiro que era, se orgulhariam ao ver seu neto doutor por uma das melhores universidades públicas do país.

Ao ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva, por ser inspiração de luta desde a minha infância até hoje e, nesse momento, em especial, por fazer o Brasil Sorridente uma realidade.

A Paloma, minha filhinha de 2 aninhos, para que quando ela crescer possa ter muito orgulho do seu pai que a ama mais que tudo!

Finalmente agradeço a Deus pelo dom da vida. Agradeço ao Deus de Jesus de Nazaré, ao Deus dos miseráveis, dos famélicos, dos despossuídos, que de tanto amor por seu povo se encarnou na humanidade de um filho de carpinteiro.

Há quem diga que eu dormi de touca  
Que eu perdi a boca, que eu fugi da briga  
Que eu caí do galho e que não vi saída  
Que eu morri de medo quando o pau quebrou

Há quem diga que eu não sei de nada  
Que eu não sou de nada e não peço desculpas  
Que eu não tenho culpa, mas que eu dei bobeira  
E que Durango Kid quase me pegou

Eu quero é botar meu bloco na rua  
Brincar, botar pra gemer  
Eu quero é botar meu bloco na rua

Sergio Sampaio

## Resumo

Em 2003 é implantado pelo Governo Federal o programa Brasil Sorridente que expande em milhares de dezenas de equipes de saúde bucal na atenção básica, implanta atendimentos de média complexidade em saúde bucal no SUS, incentivo para políticas municipais de fluoretação da água de abastecimento, reabilitação protética, por meio dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, distribuição de kits de higiene bucal, entre outras ações. O estudo assim tem como objetivo analisar o desempenho da rede de cuidados em saúde bucal orientada a partir sua implantação, segundo publicações sobre o tema, entre os anos de 2004 e 2017. Trata-se de uma pesquisa com descrição metodológica de uma revisão sistemática, do tipo metassíntese, se colocando como um estudo multifocal de um fenômeno. As buscas resultaram em 477 publicações completas (463 na primeira busca e mais 14 na segunda busca), de acordo com os critérios estabelecidos. Foram excluídos 438 artigos: 130 artigos após análise de duplicidade, 156 artigos após a leitura do título, 45 pelo tipo de publicação e 107 artigos após leitura do resumo, por não se enquadrarem na temática da pesquisa. Desta forma, foram selecionadas e analisadas 39 publicações originais e posteriormente mais 29 artigos selecionados utilizando a metodologia bola de neve. A partir da seleção dos artigos optou-se por pelo uso do modelo de avaliação proposto pelo Projeto de Avaliações de Desempenho de Sistemas de Saúde – PROADESS. A Matriz Conceitual do PROADESS traz quatro grandes dimensões para a avaliação do Sistema de Saúde: determinantes da saúde, condições de saúde da população, sistema de saúde e desempenho dos serviços de saúde. O estudo se utilizará de seus princípios norteadores referentes à dimensão “Desempenho dos Serviços de Saúde”. Assim, cerca de quinze anos após a implementação da PNSB, podem ser observados importantes avanços na ampliação da assistência de cuidados em saúde bucal com um exponencial aumento de cobertura de equipes de saúde bucal na atenção básica, de oferta efetiva de serviços de média complexidade e de prótese dental, entre outros. Porém, a forma como o Estado brasileiro se organizou e se financia deformou o arranjo de redes integrais de cuidados em saúde, possibilitando a ampliação do acesso e do número de procedimentos realizados, mas não da criação de uma efetiva Rede de assistência.

Palavras-chave: Saúde Pública, Saúde Bucal e Sistema Único de Saúde

## **Abstract**

In 2003, the Brazilian Government implemented the "Smiling Brazil" program, which expands on thousands of dozens of oral health teams in primary care, implements low-complexity oral health care in the SUS, encourages municipal water fluoridation, prosthetic rehabilitation, through the Regional Laboratories of Dental Prostheses, distribution of kits of oral hygiene, among other actions. The purpose of this study is to analyze the performance of the oral health care network, based on its implementation, according to publications on the subject, between the years 2004 and 2017. It is a research with a methodological description of a systematic review, of the metaanalysis type, being placed as a multifocal study of a phenomenon. The searches resulted in 477 complete publications (463 in the first search and 14 in the second search), according to established criteria. A total of 438 articles were excluded: 130 articles after duplicity analysis, 156 articles after reading the title, 45 by type of publication and 107 articles after reading the abstract, as they did not fit the research theme. In this way, 39 original publications were selected and analyzed, and 29 other articles were selected using the snowball methodology. From the selection of the articles, we opted for the use of the evaluation model proposed by the Health Systems Performance Evaluation Project - PROADESS. The PROADESS Conceptual Matrix brings four major dimensions to the evaluation of the Health System: determinants of health, population health conditions, health system and health services performance. The study will use its guiding principles regarding the "Health Services Performance" dimension. Thus, some fifteen years after the implementation of the PNSB, important advances can be observed in the expansion of oral health care assistance with an exponential increase in the coverage of oral health teams in basic care, effective offer of medium complexity services and dental prosthesis, among others. However, the way in which the Brazilian State organized and financed itself deformed the arrangement of comprehensive health care networks, making it possible to increase the access and number of procedures performed, but not the creation of an effective Assistance Network

**Keywords:** Public Health, Oral Health and Single Health System

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AB – Atenção Básica

ABOPREV - Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde/ CarioBra —  
Sociedade Brasileira de Cariologia

CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EC - Emenda Constitucional

ECEO - Encontro Científico de Estudantes de Odontologia

ENATESPO - Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público  
Odontológico

eSB – Equipe de Saúde Bucal

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FIO – Federação Interestadual de Odontologistas

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GKV - Gesetzliche Krankenversicherung

GM – Gabinete Ministerial

IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Nacional

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

MS – Ministério da Saúde

NHS - National Health Service

NOB – Norma Operacional Básica

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde  
PAB – Piso da Atenção Básica  
PIB – Produto Interno Bruto  
PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio  
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal  
PROADESS - Projeto de Avaliações de Desempenho de Sistemas de Saúde  
PSF – Programa Saúde da Família  
PUBMED - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RASB – Rede de Atenção à Saúde Bucal  
RCB - Receita Corrente Bruta  
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde  
SCIELO - Scientific Electronic Library Online  
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais  
SISREG – Sistema de Centrais de Regulação  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UOM – Unidade Odontológica Móvel  
WHO - World Health Organization

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b>	Ilustração de mudanças de conformação de RAS	<b>40</b>
<b>Figura 2</b>	Atributos e funções da atenção básica, segundo Mendes (2011)	<b>41</b>
<b>Figura 3</b>	Distribuição das RAS e seus níveis de atenção	<b>43</b>
<b>Figura 4</b>	Modelo proposto pelo PRO-ADESS	<b>51</b>
<b>Figura 5</b>	Avaliação de desempenho dos serviços de saúde	<b>52</b>
<b>Figura 6</b>	Etapas para seleção de artigos	<b>53</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Evolução do gasto em saúde bucal pelo Governo Federal, de 2002 a 2014	<b>45</b>
<b>Gráfico 2</b>	Distribuição dos artigos incluídos, por base de dados	<b>57</b>
<b>Gráfico 3</b>	Distribuição dos artigos selecionados, por idioma	<b>59</b>
<b>Gráfico 4</b>	Distribuição dos artigos selecionados, por subdimensão de avaliação de desempenho dos serviços de saúde	<b>60</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Tipificação dos Modelos de <i>WelfareState</i>	<b>21</b>
<b>Quadro 2</b>	Quantitativo de eSF e eSB implantadas no Brasil	<b>29</b>
<b>Quadro 3</b>	Acompanhamento da implementação da PNSB	<b>32</b>
<b>Quadro 4</b>	Quantitativo de próteses necessária para fazer jus ao repasse de custeio dos LRPD, segundo portaria	<b>33</b>
<b>Quadro 5</b>	Quantitativo de próteses confeccionadas entre 2010 e 2015	<b>33</b>

## **LISTA DE FLUXOGRAMA**

<b>Fluxograma 1</b>	Etapas da seleção dos artigos	<b>55</b>
---------------------	-------------------------------	-----------

## **LISTA DE TABELA**

<b>Tabela 1</b>	Distribuição dos artigos selecionados por periódicos	<b>58</b>
<b>Tabela 2</b>	Distribuição dos artigos selecionados, por ano de publicação	<b>59</b>
<b>Tabela 3</b>	Distribuição dos artigos selecionados por delineamento	<b>61</b>
<b>Tabela 4</b>	Descrição dos estudos	<b>62</b>

## Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Construção dos direitos no mundo.....	18
1.2 Estados de Bem-Estar Social .....	19
1.3 A Construção De Direitos No Brasil .....	21
1.4 O SUS .....	25
1.5 O Modelo de Saúde Bucal Pública no Brasil.....	30
2. JUSTIFICATIVA .....	35
3. OBJETIVOS.....	36
3.1 Objetivo Geral.....	36
3.2 Objetivos Específicos .....	36
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	37
4.1 Teoria de Rede .....	38
4.2 Financiamento.....	44
4.3 Avaliação de Serviços em Saúde .....	47
5. MÉTODO .....	49
5.1 Método de Busca .....	49
5.2 Abordagem Metodológica .....	50
6. RESULTADOS .....	53
6.1 Resultados Agrupados .....	56
7. DISCUSSÃO .....	80
7.1 Acesso.....	80
7.2 Efetividade .....	84
7.3 Continuidade.....	87
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	92
9. REFERÊNCIAS .....	97
10. ANEXOS .....	107

ANEXO I ..... 107

Segundo a Portaria nº 600, de 23 de março de 2006, o monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEO, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS, conforme segue:..... 107

ANEXO II..... 116

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Construção dos direitos no mundo

As políticas sociais de cada país refletem o modo como determinada sociedade entende conceitos como: cidadania, direitos e deveres inerentes a cada pessoa. Na organização social, os direitos e os deveres são reflexos desse modelo. T.H. Marshall, sociólogo inglês, em sua obra intitulada “Cidadania, Classe Social e Status” (1967) conceitua cidadania como um status a qualquer membro pertencente a uma comunidade e pressupõe os direitos em três esferas:

- Civil (século XVIII): abrange as liberdades individuais de ir e vir, liberdade religiosa, direito à propriedade, direito de assinar contratos, entre outros. Segundo Noberto Bobbio (1992), é a dimensão limitante do poder do Estado sobre as pessoas. Na vertente econômica, o direito civil garante o direito de trabalhar ao cidadão, desde que preenchidos critérios de ocupação do cargo e o direito de liberdade econômica individual.

-Política (século XIX): engloba as formas de organização na vida pública, de associar-se a sindicatos, grupo diversos, parlamento, etc. O direito a voto era garantido a determinados grupos ou segmentos sociais. O direito político foi consequência do direito civil, pois a concepção capitalista da Inglaterra do fim do século XIX permitia a liberdade econômica, porém as decisões políticas ainda pertenciam a determinados segmentos com direito a voto e representação legislativa. O cenário passa a se modificar na chamada Lei de 1918, com a adoção do sufrágio universal, onde cada homem tem direito a um voto.

-Social (século XX): diz respeito ao acesso às políticas públicas do campo da seguridade e assistência social, estruturadas com objetivo de garantir condições mínimas para existência. Os direitos de origem social são os últimos a serem incorporados na sociedade moderna, uma vez que são consequências diretas dos direitos anteriores. A origem desse direito advém da Inglaterra no século XVI, na chamada Lei dos Pobres (*Poor Law*), que era um sistema de regulação de salários normatizado nacionalmente, mas decidido localmente. Esse sistema tinha como objetivo garantir remuneração mínima para existência de uma determinada família, compatível com os custos de determinada região. Com a revolução industrial e a necessidade econômica de produção e competição, a *Poor Law* entra em conflito com a Inglaterra industrial que emerge no século XX. A *Poor Law* é a face mais crua dos

direitos sociais de cidadania. Políticas de universalização do acesso à educação, à previdência e à saúde gratuita substituíram a *Poor Law*. O direito social consiste em agir sobre os pilares da desigualdade social. Os direitos sociais têm como premissa a interferência do Estado para dirimir desigualdades socioeconômicas e assegurar um colchão para as necessidades primárias dos cidadãos. Fazem parte deste rol de direitos sociais as áreas de educação, saúde, assistência e previdência social (RODRIGUES, 2014).

## 1.2 Estados de Bem-Estar Social

Os Estados Nacionais têm entre suas funções garantir um conjunto de políticas públicas aos seus cidadãos. Há diversos modelos em todo mundo de políticas de inclusão, participação e envolvimento social. Atualmente, esse conjunto de políticas tem se definido como Políticas de Bem-Estar Social, ou *Welfare*, fenômeno típico de sociedades capitalistas modernas (DRAIBE, 2011). Não há uma definição conceitual sobre o que exatamente seria um *Welfare State* (ESPING-ANDERSEN, 1990), uma vez que as características da rede de seguridade social nos Estados Nacionais obedecem a uma lógica baseada em processos históricos locais, sob a perspectiva de fatores políticos, econômicos e sociais (SOARES, 2009). No entanto, torna-se necessário entender que o conjunto de políticas públicas ofertadas pelos Estados Nacionais modernos é visto não somente como emancipador, uma vez que asseguraria o mínimo para participação dos cidadãos no mercado privado, mas também como precondição para sua existência. Esping-Andersen (2003) tipificou os *Welfare States* em três padrões, existindo em cada país suas mais variadas nuances, adaptados à realidade local.

Um desses tipos é o chamado “Liberal”, em que as políticas entendidas como de bem-estar social são ofertadas de maneira residual aos mais pobres economicamente e a grupos estigmatizados socialmente. O Estado oferta garantias de saúde e de previdência de maneira modesta. Neste modelo, o Estado encoraja o setor privado passiva (através de sua participação mínima) e ativamente (através de isenções fiscais e subsídios para pessoas físicas e jurídicas participarem deste mercado) a participar das Políticas de Seguridade Social. Somente usufruem das Políticas Estatais de *Welfare State* os segmentos sociais que não se estabeleceram no setor privado. No modelo liberal, as Políticas de Seguridade Social são custeadas por cada cidadão, individualmente. O conceito por trás desse modelo orienta que os cidadãos devem se estabelecer no mercado privado de seguridade social, existindo políticas públicas apenas focalizadas para grupos específicos, que por fragilidade econômica não se

estabelecem no setor privado. O Estado, nesse modelo, interfere apenas com o papel de regulador do mercado privado.

Em outro modelo, intitulado “Conservador” ou “Corporativista”, os direitos estão ligados a questões relacionadas a status e a classe social, cuja oferta estatal de serviços foi ampliada. Como seu modelo foi fortemente influenciado pela participação da Igreja, há características marcantes voltadas para manutenção da família tradicional, como, por exemplo, a exclusão de donas de casa do regime previdenciário e o estímulo à maternidade. A participação do Estado acontece onde a capacidade da família de garantir bem estar fica exaurida. No modelo conservador, os trabalhadores se organizam em caixas de proteção social, que lhes proporcionarão acesso a serviços. Para ter acesso, é necessário estar no mercado formal de trabalho. Para esses cidadãos, é compulsoriamente debitado um percentual do seu salário para custear estas políticas de saúde e de previdência sobre a folha de pagamento das empresas ou categorias profissionais. O trabalhador pode incluir membros familiares em suas respectivas caixas. Como exemplo, a Alemanha se organiza neste modelo desde sua unificação com o Marechal Bismarck, no fim do século XIX. O Estado tem mais um papel de dirimir conflitos e organizar os serviços que qualquer outra função. Ligia Giovanella (2001) afirma que esse tipo de cidadania se conceitua como “cidadania regulada”, pois os direitos de usufruírem de políticas de bem-estar social estão atrelados à participação no mercado formal de trabalho, ou seja, o conceito mais amplo de cidadania pressupõe estar no mercado formal de trabalho. Assim, as caixas recebem o pagamento do chamado seguro social de doença (*Gesetzliche Krankenversicherung*, GKV) por parte dos segurados. No caso específico da Alemanha, também é possível o pagamento para as caixas de proteção social do seguro social de desemprego (*Arbeitslosenversicherung*), de velhice, de invalidez e de morte (*Rentenversicherung*), de acidente de trabalho (*Unfallversicherung*) e de cuidados de longa duração (*Pflegeversicherung*).

Outro grupo, intitulado “Social Democrata”, emergiu após uma profunda reforma social que levou à universalização de acesso às políticas do campo da seguridade social, em particular da saúde, tanto pela nova classe média quanto pela classe trabalhadora. Buscou-se aqui não uma igualdade das condições mínimas, mas a igualdade das melhores condições possíveis no campo da seguridade social. Todas as camadas são incorporadas ao sistema universal de acesso. O Estado não age com Políticas focalizadas de seguridade social, mas com Políticas em que todos têm igual acesso e tratamento no rol da seguridade social. No regime social democrata ou universal, todos os cidadãos têm acesso aos serviços de proteção social, custeados via imposto.

A compreensão conceitual é que por todos serem cidadãos, contribuintes ou não, empregados formais ou não, todos têm direito a acesso e a serviços de proteção social, incluída neste rol a saúde.

Ao estudar as políticas de *Welfare State*, Esping-Andersen (1990; 2000) construiu um modelo de classificação das Políticas de proteção social tabulado no quadro abaixo:

Quadro 1 – Tipificação dos Modelos de *WelfareState*

<b>Tipo de regime</b>	<b>Características</b>	<b>Exemplos de países</b>
Liberal	Os serviços do campo da seguridade social são voltados a grupos específicos que não se estabeleceram no mercado privado de proteção social	Austrália, Estados Unidos e Nova Zelândia
Conservador	Políticas de seguridade social são voltadas a categorias profissionais organizadas e cada categoria tem um modo próprio de acesso e de contribuição	Alemanha, Argentina, França, Bélgica e Holanda
Social democrata	Todas as políticas do campo da seguridade social são vistas como direitos de todos, contribuintes ou não do sistema, cidadãos natos ou não naquele país.	Canadá, Cuba, Espanha, Portugal e países Nórdicos.

Fonte: Adaptado do livro do autor Rodrigues (2011)

### 1.3 A Construção De Direitos No Brasil

A construção dos sistemas de atenção e cuidado à saúde é resposta política frente às demandas e às preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas, sociais e epidemiológicas singulares (MENDES, 2011). Com o advento da lei nº4.682, de autoria do deputado federal Eloy Chaves, durante o governo do então presidente da república Arthur Bernardes, de 24 de janeiro de 1923, institui-se no Brasil a primeira política de seguridade social (MERCADANTE, 2002).

O modelo de seguridade social inaugurado no Brasil se baseia no mesmo pilar que o modelo de *Welfare State* conservador ou beveridgiano, que proporcionou benefícios em troca de contribuições aos trabalhadores assalariados que formavam a nascente indústria nacional (DRAIBE, 2011). Inicialmente, somente os trabalhadores vinculados às atividades ligadas às estradas de ferro poderiam usufruir deste direito. A lei abriu a possibilidade de trabalhadores formais empregados nesta atividade específica criarem suas caixas de aposentadoria e pensão (CAPs), com o objetivo de utilizarem serviços de assistência médica e serviços de pagamento de aposentadoria e pensões aos dependentes, funcionando sob o regime de capitalização. Nesse modelo de *Welfare State* adotado inicialmente no Brasil (conservador ou corporativo), o governo interferiria apenas para resolver conflitos entre as partes, uma vez que a administração seria organizada por trabalhadores e empregados. Com vertiginoso crescimento de recursos à disposição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), em 1930 são instituídos os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), com a significativa diferença de uma maior gerência governamental sobre esses recursos e extensão aos demais trabalhadores pertencentes ao mercado formal de trabalho. Com os IAPs, a odontologia passa a ser inserida no rol de serviços ofertados aos segurados. A odontologia praticada tinha forte caráter mutilador e era centrada na doença (COSTA JUNIOR, 2012; RODRIGUES, 2014). Segundo Roncalli (1999):

na medida em que os IAPs cresciam e financeiramente se encorpavam, aumentava a centralização e influência estatal e diminuía a participação dos trabalhadores. Assim, o Estado brasileiro passou a ser o maior financiador deste modelo de proteção social com o setor privado sendo o principal prestador de serviço.

Paralelo a esse modelo de assistência a saúde a saúde bucal segundo Costa Júnior (2012), Letácio (2009), Mattos *et al* (2014), Narvai (2011; 2012), até 1947 não teve um padrão nacionalizado de assistência e diversos estados lançaram mão de programas específicos de serviços de “higiene buco-dentária” para alguns poucos grupos focais, como detentos ou inspeções médico-escolares, à revelia de planejamento, promoção ou tratamento continuado, focalizado no indivíduo e visando exames, verificações e até atendimento curativo, reproduzindo a lógica do atendimento do setor privado e de sua formação acadêmica, que forma e informa o dentista sobre sua prática clínica Mattos *et al* (2014), Narvai (2011). As políticas de saúde bucal historicamente estiveram ligadas a realização de procedimentos ambulatoriais, ficando o Ministério da Saúde com ações nacionais de promoção de saúde e campanhas sanitárias, com clara divisão das ações, promoção e assistência. Em 1952 o Serviço Especial de Saúde Pública, criado em 1942 em uma parceria entre o governo brasileiro e norte-

americano, implementou um programa de atendimento odontológico em escolares iniciando assim de forma planejada e programada a primeira iniciativa ampla de atendimento odontológico, intitulado também de Sistema Incremental de Atenção ao Escolar, uma vez que tinha como escopo escolares de determinada idade, de 6 a 12 anos. No mesmo momento, iniciava-se a fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil, em Aimorés (MG) e Baixo Guandu (ES). Essa assistência delineada para os escolares, introduzida pelo Serviço Especial de Saúde Pública no início da década de 1950, manteve as características flexnerianas. Em 1957, de forma pioneira, o estado do Rio Grande do Sul promulga lei (nº3125) na Assembleia Legislativa que torna obrigatória a fluoretação das águas no estado (LETÁCIO, 2009; MATTOS *et AL*, 2014; NARVAI 2011, 2012). Com a formação do INPS na década de 60 o instituto passa a credenciar clínicas e consultórios privados de dentistas para prestar assistência aos trabalhadores do mercado formal de trabalho (COSTA JÚNIOR, 2012; LETÁCIO, 2009; MATTOS *et AL*, 2014; NARVAI 2011, 2012).

Esse modelo de política de assistência à saúde estava centrado no pagamento de serviços em saúde para clínicas privadas e hospitais gerenciados por esses institutos. Devido a inúmeras distorções entre os Institutos no tocante aos serviços prestados, recursos à disposição e rede de assistência instalada, no ano de 1966 os IAPs são unificados para o surgimento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), dentro da mesma lógica de serviços à saúde baseados em ações curativas e expansão da rede privada de saúde. A lógica central deste modelo de unificação dos diversos institutos de aposentadoria e pensão continua ainda funcionando sob a égide do modelo conservador ou corporativo de *Welfare State*, que é a lógica da oferta de serviços do campo da seguridade social ser voltada aos trabalhadores formais organizados e com o direito de consumo de serviços à saúde proporcionais a seus rendimentos mensais. O sistema brasileiro de seguridade social funcionava para os trabalhadores formais na perspectiva de um modelo de seguro social, fortemente centrado na assistência à saúde e à previdência pública, e para os trabalhadores à margem do mercado formal um modelo distinto focado na assistência social (FLEURY, 2008).

Neste momento histórico, ao longo dos anos 1970 e 1980, o Ministério da Saúde se ocupava quase que exclusivamente de campanhas nacionais de combate de doenças e de epidemias. A prestação de serviços de saúde à população ficava sob responsabilidade do Ministério da Previdência Social e à sua autarquia, que ao longo deste período mudava de nome, novamente, para INAMPS. Todas essas alterações eram formas administrativas de conter a grave crise do setor, fruto de seu modelo socialmente injusto, por atender somente trabalhadores

formais no mercado de trabalho e deixando um enorme contingente de pessoas entregues à assistência das Santas Casas de Misericórdia, que desenvolviam um papel de prestação de serviços em saúde na lacuna deixada pelo poder público; economicamente subfinanciado, pois recursos de aposentadorias e de pensões se misturavam com recursos e com gastos em saúde; e politicamente insustentável, dados os movimentos por uma profunda reforma sanitária no Brasil (RODRIGUES, 1999; RODRIGUES, 2011; SOARES, 2008).

Entre 1964 e 1985, o Brasil viveu um período autoritário em que o governo federal, comandado ditatorialmente por militares, aprofundou um modelo de proteção social centrado no pagamento de serviços privados para assistência à saúde da população baseado na realização de procedimentos, cada vez mais crescentes, e, ao mesmo tempo, o país e a América Latina como um todo, viviam um cenário de profunda transformação social e econômica, com acelerada transição demográfica e epidemiológica, com reflexos diretos no acesso a serviços de saúde e de previdência, conjuntamente com uma grave crise fiscal e endividamento do Estado (SOARES, 2008). O modelo de seguridade social utilizado entrou em colapso (COSTA JUNIOR, 2011).

Em 1980, acontece a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que abarca conceitos e tendências abordadas em conferências internacionais de saúde, como Alma-Ata<sup>1</sup>, onde a atenção básica à saúde é colocada no centro do debate sobre políticas públicas do setor e organizador de toda estrutura de saúde. A VII CNS acaba sendo o grande ensaio e arcabouço teórico para a VIII CNS, realizada em 1986, que constrói os pilares conceituais do futuro sistema de saúde universal brasileiro. Na esteira das Conferências Nacionais de Saúde, os sanitaristas-reformistas da odontologia realizam, também em 1986, a I CNS Bucal com a mesma perspectiva da VIII CNS e constando em seu documento final que

Inserção da saúde bucal no sistema único de saúde (através) Programa Nacional de Saúde Bucal com base nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis federal, estadual e municipal (...), com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal.

As Conferências de Saúde com suas propostas de alterações de modelo de seguridade social apontavam uma radical mudança no padrão de proteção social ofertado até aquele

---

<sup>1</sup> Conferência Mundial de Saúde da OMS, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão/Rússia. Esta Conferência sucedeu a Conferência Mundial de Saúde de 1975 que colocou como meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, como perspectiva de contribuição civilizatória: a saúde como direitos humanos.

momento. No horizonte dos sanitaristas estava presente a perspectiva de abandono do modelo de *Welfare State* tipificado como conservador ou corporativo para o modelo de seguridade social classificado como socialdemocrata ou universal, o que acabou acontecendo com a promulgação da Constituição de 1988, que assegura legal e juridicamente o arcabouço de um novo modelo de assistência universal à saúde, com vistas à descentralização (dando ênfase à gestão de serviços de saúde na esfera local, municipal), atendimento integral à saúde e participação da comunidade (ESPING-ANDERSEN, 1990; RODRIGUES, 2011).

A grande inovação que a promulgação da Constituição Federal de 1988 promoveu foi a separação entre Ordem Social e Ordem Econômica, que nas Constituições anteriores sempre se mantiveram imbricadas. Anteriormente, os direitos sociais estavam ligados aos direitos econômicos e trabalhistas, e por muitas vezes confundidos (FLEURY, 2008)<sup>2</sup>. Em seu Art. 6º, em consonância Art. 194º, no Título VIII, os direitos sociais são definidos como políticas relacionadas a temas como saúde, previdência social e assistência social.

#### 1.4 O SUS

O sistema universal de saúde público brasileiro é construído a partir de outras experiências de sistemas universais de saúde, como o sistema de saúde inglês, ou NHS (*National Health Service*) implantado em 1942, e o sistema universal de saúde cubano, implantado em 1959, logo após a Revolução Cubana. Com a redemocratização, todo aparato de políticas do campo da seguridade social, a saúde incluída, foram redefinidas dentro do modelo Social-Democrata, garantindo um amplo rol de políticas de direitos sociais (FLEURY, 2008; RODRIGUES, 2014, SERRA, 2010).

A implantação do SUS ocorreu de forma gradual e sedimentada (MERHY, 2003) a partir de sucessivas tentativas de aperfeiçoamento do acesso à assistência, em um cenário de profundas adversidades políticas que de alguma forma influenciaram sua implantação, como subfinanciamento, frágeis mecanismos de gestão e existência de um setor privado de seguro-saúde que utiliza vultosas benesses de renúncia fiscal. (RODRIGUES, 2014). Entre a 8ª CNS e a Constituição de 1988 foi firmado um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), germe que deu

---

<sup>2</sup>Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-seguridade-social-um-novo-patamar-civilizatorio>

origem ao arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição Federal de 1988, entre os capítulos 196 e 200. Em seguida, o INAMPS foi incorporado ao Ministério da Saúde através do Decreto nº 99.060, de 07 de março de 1990; e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) que cria efetivamente o SUS. Poucos meses depois foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que garante o controle social na gestão dos serviços de saúde. (VIANA, 1995; MERHY, 2003)

A partir da segurança jurídica garantida pela Constituição de 1988, no tocante à saúde, foram criados dois regimentos jurídicos que são conhecidos como leis orgânicas da saúde, a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dão forma e conteúdo para organização do modelo de saúde baseado nos princípios da universalidade de acesso, descentralização dos serviços a nível local e integralidade do cuidado, pilares do modelo de proteção social conhecido como social-democrata ou universal. A primeira lei regulamenta os direitos garantidos nos artigos de 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e a segunda lei dispõe, entre outros aspectos, sobre a participação popular e o financiamento, garantida no Art.198 (RODRIGUES, 2014; RODRIGUES, 2011).

Desde a promulgação da Constituição Federal, fica clara a intenção de municipalizar a rede de serviços públicos de saúde, haja vista que no artigo nº 30, inciso VII, está estabelecida como competência municipal “*prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população*”. Em consonância com a CF, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 artigo 7º, coloca a “*ênfase na descentralização dos serviços para os municípios*”. O afã municipalista no Brasil pós-ditadura foi tão grande que a 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, tem como tema central “Saúde: Municipalização É o Caminho”. Diferentemente de todos os demais países do mundo que tem sistemas universais de saúde, o Brasil passa a ser o único<sup>3</sup> que implanta um sistema de saúde público de base municipal, pois os demais países desenharam seus sistemas de saúde em bases regionais ou distritais com chefias sanitárias locais que administram orçamentos próprios e organizam a rede de serviços<sup>4</sup> (RODRIGUES, 2014). Diversos países do mundo que optaram por organizar suas redes de assistência à saúde baseados em modelos universais de acesso, nortearam suas ações organizativas em uma rede de assistência de modo que haja fluxos de acesso para otimização

---

<sup>3</sup> A Finlândia é o mais próximo modelo de sistema universal de saúde comparando com o Brasil.

<sup>4</sup> O Pacto pela Saúde (Portaria nº399, de 22/02/2006) e o Decreto Presidencial (nº7.508, de 28/06/2011), normatizam as regiões de saúde em territórios contínuos, porém sem orçamento, sem caráter executivo-deliberativo e sem autonomia de contratação de força de trabalho.

dos recursos públicos e promoção da equidade na oferta de serviços, proporcionando maior acesso a quem mais precisa. Com o advento do SUS, toda rede de atenção à saúde com sua correlata organização de oferta de serviços ficou sob responsabilidade municipal, com os Estados apoiando de forma matricial e a União como indutora de políticas sob a perspectiva do financiamento. A lógica por trás da municipalização da rede de saúde traz o horizonte de uma rede de saúde ascendente e democrática, localizada a mais próxima possível do usuário e de suas necessidades (OLIVEIRA, 2005).

O desejo municipalista dos trabalhadores e gestores do SUS não dialogou com a realidade na qual os municípios estão mergulhados: 70,5% deles têm menos de 20 mil habitantes e 89,4% têm até 50 mil habitantes (RODRIGUES, SANTOS, 2011). A realidade tributária do país também não favorecia a municipalização dos serviços, haja vista que os municípios brasileiros, sendo muito pequenos e com uma economia muito frágil (a maior parte baseada em atividades agropecuárias), têm como principais fontes de arrecadação de recursos os repasses estaduais e federal. Ou seja, um conjunto de serviços e obrigações no tocante à assistência em saúde estava sendo transferido de forma atomizada para municípios sem que fossem levadas em conta as fontes de financiamento para custear estas atividades. Em uma realidade de mais de 5.500 municípios existentes, cada um deles passa a ter a obrigação jurídica de atender os usuários nos três níveis de complexidade do sistema, atenção básica, secundário (ambulatorial especializado) ou terciário (hospitalar). A opção de descentralização do sistema não considerou também o sistema político eleitoral montado no Brasil, baseado principalmente no núcleo municipal, criando assim vasos comunicantes entre ambos que causam desarranjos na formação de redes distritais/regionais, ou consórcios, ou ainda impondo ao sistema de saúde local uma agenda político-eleitoral (RODRIGUES, 2014).

Dentro desta realidade em que, de um lado, os municípios não apresentam vultosos recursos para administrarem suas responsabilidades em saúde garantidas em lei, e por outro lado, o modelo de financiamento da saúde se dá por indução ou adesão aos programas federais de saúde, os municípios com suas redes de saúde atomizadas no interior das cidades passam a aderir maciçamente aos mais variados programas de saúde apresentados pelo governo federal, desde que apresentem “dinheiro novo” nas administrações locais (MERHY, 2003). Como a maioria dos municípios do país apresentam grande dependência de verbas federais para custeio de seus gastos em saúde, as secretarias de saúde expõem uma baixa governança na administração de sua Rede, oriunda da baixa autonomia financeira (MATTOS *et al.*, 2014).

Somado a isso, tem-se uma importante lacuna institucional deixada pelos estados no tocante a financiamento da rede de assistência à saúde (AGUILERA, 2013).

Neste cenário, o Programa Saúde da Família (PSF) é implantado em 1994, ligado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) com objetivo específico de atender regiões de maior vulnerabilidade social, onde para tal foi definido mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios, sendo condição obrigatória o município ter Fundo Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2005). Alguns municípios, por conta própria, lançaram mão de ofertarem ações de saúde em atenção básica às suas populações espelhadas na forma de organização de outros países com políticas universais de saúde. Um importante exemplo é o da cidade de Niterói, no estado do Rio de Janeiro, que a partir de 1992 implanta o Programa Médico de Família com formato e composição gerencial semelhante à medicina da família implantada em Cuba, haja vista que o município contou com assessoria de técnicos cubanos para criação do programa (LETÁCIO, 2009; RODRIGUES, 2011; RODRIGUES, 2014; SOARES, 2008).

Em 1995 o PSF é transferido da FUNASA para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde e sua forma de financiamento é alterada por pagamento de consultas pelo SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS), com valores de consulta médica multiplicados por 2, quando comparados às demais consultas da mesma tabela SUS (BRASIL, 2005). Nos anos de 1993 e 1996 são lançadas duas Normas Operacionais Básicas (NOB): a NOB/SUS 01/93, de 20 de maio de 1993; e a NOB/SUS 01/96, de 5 de novembro de 1996 que estabelecem duas novas formas de financiamento, o PAB Fixo<sup>5</sup> e Variável<sup>6</sup>, fazendo assim o programa ganhar maciça adesão dos municípios, pois o PAB Variável foi introduzido para incentivar a adoção, pelos municípios, de programas e estratégias para a organização da Atenção Básica a partir desse modelo. Esses dois arcabouços jurídicos têm como escopo a definição das responsabilidades sanitárias de cada esfera governamental, com forte ênfase da delegação da gestão da rede de serviços assistenciais em saúde para os municípios e o fortalecimento da transferência de recursos para o financiamento das ações de saúde por meio fundo-a-fundo, ao invés do modelo de pagamento instituído até então (PUCCA JUNIOR, 2010; PIOLA, 2013; PERES, 2012).

---

5 Recurso transferido do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde com um valor per capita/ano para gasto em ações de Atenção Básica, independentemente de qualquer adesão a programas federais.

6 Recurso transferido do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde para implantação e custeio de ações e políticas de saúde específicas, como o PSF.

Com uma fonte de financiamento segura e regular garantindo a execução do programa, a adesão é maciça entre os municípios, como demonstra o quadro abaixo. Porém, somente em 2000, através da Portaria Ministerial nº 1.444, de 28 de dezembro, fica determinada a inserção das equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família, através de incentivos financeiros de implantação e custeio das ações (NARVAI, 2011).

Quadro 2 – Quantitativo de eSF e eSB implantadas no Brasil

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde da Família			Equipe de Saúde Bucal		
			Nº de Municípios com eSF	Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	Nº de Municípios com eSB	Modalidade I	Modalidade II
							Implantadas	Implantadas
1998	12	159.644.929	1.134	3.062	6,55	0	0	0
1999	12	159.644.929	1.646	4.114	8,78	0	0	0
2000	12	163.957.179	2.762	8.503	17,43	0	0	0
2001	12	172.385.826	3.682	13.155	25,43	1.288	2.002	246
2002	12	172.385.826	4.161	16.698	31,87	2.302	3.819	442
2003	12	174.648.205	4.488	19.068	35,69	2.787	5.631	539
2004	12	177.243.280	4.664	21.232	38,99	3.184	8.234	717
2005	12	177.256.093	4.986	24.564	44,35	3.897	11.717	886
2006	12	185.619.807	5.106	26.729	46,19	4.285	14.019	1.067
2007	12	188.206.105	5.125	27.324	46,62	4.294	14.563	1.131
2008	12	188.206.105	5.235	29.300	49,51	4.597	16.423	1.384
2009	12	189.681.859	5.251	30.328	50,69	4.717	17.465	1.517
2010	12	191.575.774	5.294	31.660	52,23	4.830	18.731	1.693
2011	12	190.755.799	5.285	32.295	53,41	4.883	19.492	1.933
2012	12	192.379.287	5.297	33.404	54,84	4.901	20.155	2.048
2013	12	193.976.530	5.346	34.715	56,37	4.971	21.016	2.134
2014	12	193.976.530	5.465	39.310	62,48	5.018	22.066	2.257
2015	12	193.976.530	5.463	40.162	63,72	5.014	22.227	2.240
2016	12	193.976.530	5.409	40.098	63,70	4.955	22.194	2.190
2017	12	206.114.067	5.467	42.119	63,91	5.026	23.2012	2.689

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

## 1.5 O Modelo de Saúde Bucal Pública no Brasil

A Política Nacional de Saúde Bucal foi sendo construída e elaborada ao longo de vários anos em um contexto de transformações político-institucionais ocorridas no país ao longo dos 80 e 90, e debatida em encontros, fóruns de classe e congressos como ECEO (Encontro Científico de Estudantes de Odontologia), ENATESPO (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico), FIO (Federação Interestadual dos Odontologistas), ABOPREV (então, Associação Brasileira de Odontologia Preventiva) e nas três Conferências Nacionais de Saúde Bucal, realizadas em 1986, 1993 e 2004. Considerando os vários espaços de discussão e de formulação de políticas públicas de saúde bucal, a odontologia esteve presente no SUS até 2003 de maneira periférica. A Portaria Ministerial nº 1.444, que inclui a odontologia no PSF, acontece mais de 05 anos depois da implantação do programa, com claro prejuízo para inserção da saúde bucal nas equipes de saúde (NARVAI, 2011; ZANETTI, 2001).

A partir de 2003, a saúde bucal se consolidou no âmbito do SUS com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal<sup>7</sup> (PNSB), intitulada pelo governo federal de Programa Brasil Sorridente (NARVAI, 2011). Através de um vasto conjunto de arcabouços legais, o Programa se consolidou como política pública de Estado. Houve, a partir de então, um robusto crescimento quantitativo dos equipamentos públicos de saúde bucal, de inserção de odontólogos no sistema público e, conseqüentemente, aumento dos mais variados procedimentos clínicos de saúde bucal. O Programa Brasil Sorridente introduz a saúde bucal no âmbito do SUS e um conjunto de equipamentos públicos destinados à criação de uma rede de cuidado em saúde bucal. Como iniciativa da PNSB, podem ser elencados: um aumento vertiginoso de equipes de saúde bucal no interior do Programa Saúde da Família e as criações dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)<sup>8</sup> e das Unidades Móveis Odontológicas (UOM)<sup>9</sup>, além de ações intersetoriais das quais a saúde bucal passa a participar ativamente como, por exemplo, a inclusão dos CEOs

---

<sup>7</sup>A PNSB foi delineada a partir do documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”.

<sup>8</sup>A partir da Portaria nº 411/SAS/MS, de 9 de agosto de 2005, são incluídos procedimentos realizados por Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), na Tabela de Procedimentos para serem pagos pelo SUS.

<sup>9</sup>A Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009 institui o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM.

no programa Viver sem Limites<sup>10</sup> (LETÁCIO, 2010; PUCCA JUNIOR, 2010; COSTA JUNIOR, 2012).

A partir de 2005, o Ministério da Saúde passou a financiar o credenciamento de Laboratório Regional de Prótese Dentária. Os estabelecimentos podem de natureza jurídica pública ou privada. Os serviços de prótese dentária que são financiados pelo Ministério da Saúde são próteses dentárias totais, próteses dentárias parciais removíveis e/ou próteses coronárias/intrarradiculares e fixas/adesivas. Para credenciar um LRPD não é considerada qualquer base populacional, apenas um quantitativo de próteses a serem confeccionadas por mês. Por meio da Portaria Interministerial nº 1.646, de 5 de agosto de 2014, fica instituído o componente GraduaCeo no centro da organização dos serviços de saúde bucal. A portaria tem como objetivo integrar as ações prestadas nas instituições de ensino superior (IES) dos cursos de graduação em odontologia à rede municipal de serviços públicos, onde a regulação das vagas para atendimento clínico fica sob a responsabilidade dos gestores públicos de saúde, baseado nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2014).

A expressão mais marcante do Programa Brasil Sorridente, segundo Narvai (2011), foi a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) destinados ao suporte matricial das Equipes de Saúde Bucal (eSB) da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os CEO são serviços de atenção secundária, se constituindo em equipamentos públicos de referência para a Atenção Básica para atendimento de casos mais complexos de assistência à saúde bucal, integrados ao processo de planejamento loco-regional (BRASIL, 2006). Os CEO têm como função primeira ofertar um conjunto de serviços especializados para as equipes de saúde bucal na atenção básica, rompendo com a lógica de oferta de serviços de baixa densidade tecnológica à população<sup>11</sup>. Uma vez implantado esse equipamento de saúde pública, o Ministério da Saúde faz o monitoramento vinculado essencialmente a metas mensais mínimas de um conjunto de procedimentos registrados no sistema de informação ambulatorial – SIA-SUS (FRICHEMBRUDER, 2011), para que os municípios façam jus ao recebimento de incentivo financeiro federal para custeio.

---

<sup>10</sup>Através do Decreto Nº 7.612, de 17/11/2011, o programa foi instituído com a concepção de criar iniciativas e intensificar ações em benefício das pessoas com deficiência.

<sup>11</sup>Segundo Narvai (2011), em 2003, ou seja, no ano que foi implantado o programa Brasil Sorridente, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos foram realizados na média e alta complexidade, dada a escassez de ofertas de equipamentos públicos que realizariam esses procedimentos.

Visto que os CEO têm o objetivo de serem unidades de referência à atenção básica, para a instalação e a implantação desse equipamento público não são observadas as formas de como as redes de atenção à saúde estão organizadas nos municípios ou nas regiões de saúde. Para implantação do CEO, como apoio de atenção secundária/especializada, os critérios únicos observados são: a capacidade do município de arcar com o custeio dos Centros e o envio de um conjunto de procedimentos mínimos a serem realizados, à revelia de indicadores epidemiológicos de saúde ou de um quantitativo mínimo de equipes de saúde bucal a serem atendidas, na perspectiva de organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB). Sobre os procedimentos mínimos a serem realizados (Anexo I) pelos CEO, haja vista que cada tipo de CEO tem um quantitativo diferente de procedimentos mínimos, de acordo com o número de cadeiras que os Centros têm, não há qualquer memória de cálculo que aponte como esses padrões numéricos foram alcançados. Sobre os procedimentos mínimos necessários que cada CEO deve cumprir, estão incluídos um conjunto de atividades clínicas típicas da atenção básica, tais como aplicação de carióstático, restauração de dente decíduo ou evidenciação de placa bacteriana, o que não é compatível com um serviço cadastrado no CNES<sup>12</sup>, como ambulatório de especialidades, típica classificação de estabelecimento de atenção secundária (AQUILANTE, 2015; ARAUJO *et al*, 2009; CHAVES *et al*, 2012; FREITAS *et al*, 2016).

Quadro 3- Acompanhamento da implementação da PNSB

Ano	Valor Transferido do Ministério para Municípios (R\$)	Número de eSB Implantadas	% Cobertura Pop.	Quantidade de municípios com eSB Implantadas	Valores (R\$) custeio dos CEO	Número de CEO Implantados	Número de Laboratórios	Número de Próteses realizadas
2002	56.885.788	4.261	15%	2.302	-	-	-	-
2003	92.170.448	6.170	20%	2.787	-	-	-	-
2004	197.583.550	8.951	27%	3.184	4.687.200	100	-	-
2005	289.374.400	12.602	35%	3.896	35.811.000	336	-	-
2006	370.642.800	15.086	40%	4.285	53.159.600	498	-	-
2007	407.466.100	15.694	41%	4.294	63.884.400	604	-	-
2008	465.559.650	17.801	39%	4.596	71.498.800	674	-	-
2009	554.952.700	18.982	48%	4.717	77.831.550,91	808	-	-

<sup>12</sup>CNES, sigla de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Instituído pelo Ministério da Saúde, constitui um banco de informações de todos os estabelecimentos que prestam serviços de saúde no país. O CNES serve de base para identificação do tipo de estabelecimento de saúde existente.

2010	597.217.800	20.424	34%	4.830	94.346.800	853	676	183.152
2011	651.134.100	21.425	36%	4.883	93.940.400	882	808	300.978
2012	722.333.880	22.203	37%	4.901	116.467.250	944	1.351	408.107
2013	748.851.005	23.150	38%	4.971	159.532.000	988	1.465	462.003
2014	716.528.609	24.243	38%	5.013	170.620.600	1.032	1.955	600.196
2015	798.935.935	24.467	37,82	5.014	196.215.450	1.034	1.770	569.967
2016	807.393.46	24.383	37%	4.954	200.422.230	1.033	-	-
2017	Indisponível	25.890	39%	5.026	Indisponível	Indisponível	Indisponível	Indisponível

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Quadro 4 – Quantitativo de próteses necessárias para fazer jus ao repasse de custeio dos LRPD, segundo Portaria nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012.

<b>Produção</b>	<b>Valores</b>
Entre 20 e 50 próteses/mês	R\$ 7.500,00
Entre 51 e 80 próteses/mês	R\$ 12.000,00
Entre 81 e 120 próteses/mês	R\$ 18.000,00
Acima de 120 próteses/mês	R\$ 22.500,00

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Quadro 5 – Quantitativo de próteses confeccionadas entre os anos de 2010 e 2015, Brasil.

<b>Ano</b>	<b>Número de Próteses</b>
2010	183.152
2011	300.978
2012	408.107
2013	462.003
2014	600.196
2015	569.967
2016	Indisponível
2017	Indisponível

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Considerando, então, que a PNSB estabelece as diretrizes e as ações da rede de saúde bucal no interior do SUS, com clara definição política de suas ações e articulando eixos de atenção balizados pela integralidade do cuidado, a universalidade do acesso e a resolutividade

da atenção à saúde, o ponto central é: a larga expansão da Rede a partir da implantação da política cumpriu seus objetivos? A marca mais importante desse trabalho é realizar uma avaliação dos resultados encontrados em publicações sobre o tema, tendo esse estudo, como foco, a avaliação sobre a constituição de uma Rede articulada e resolutiva em cuidados de saúde bucal, haja vista que, em tese, por suposição, a ampliação do acesso da cobertura não significa, necessariamente, melhor saúde bucal. Ainda, a abertura de novos equipamentos públicos pode não representar, necessariamente, um caminho rumo à universalização de acesso. Travassos *et al.* (2006) observaram, em estudo sobre o sistema de saúde brasileiro como um todo, no período de 1998 a 2003, que, por mais que se amplie o acesso, o componente de maior impacto sobre a frequência da utilização dos serviços de saúde é a renda, que por sua vez é influenciada pela escolaridade. Ou seja, segundo esse estudo, por mais que seja ampliada a cobertura pela abertura de novos equipamentos públicos, continuam existindo hiatos de desigualdade no que se refere à utilização dos serviços (PERES, 2012). Assim, ao menos em teoria, pode-se afirmar que, por mais que se amplie a os equipamentos públicos de saúde, uma significativa parcela de usuários pode continuar sem acessar os serviços, mesmo que sejam universais e gratuitos, de tal modo também não melhorando um conjunto de indicadores de saúde quando se analisam populações.

Se, em teoria, pode-se fazer essa suposição, na prática, o primeiro passo para a obtenção do acesso aos serviços (demanda) é a existência física de determinada unidade de saúde (oferta), condição primária para existência de uma Rede. Ao longo de sua implementação, a Política Nacional de Saúde Bucal, sob o nome de Brasil Sorridente, proporcionou uma vertiginosa ampliação de recursos na Coordenação Nacional de Saúde Bucal, responsável no interior do Ministério da Saúde por fomentar política específica para saúde bucal, saltando em mais de 10 vezes em 10 anos, em valores absolutos, os recursos disponíveis para criação de uma Rede de Atenção. Concomitantemente, houve um salto em número de equipes de saúde bucal implantadas na atenção básica, saindo de algo em torno de 3.300 equipes em 2002 para mais de 24.000 equipes em 2016, com mais de 1.000 centros de especialidades em 2017 ofertando serviços de média complexidade odontológica, sendo que não havia nenhum implantado antes de 2003. Houve também o advento de centenas de Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias credenciados ao longo da implementação pelo Ministério da Saúde, abrindo nova demanda por oferta de serviços. Nesse cenário, quase a totalidade dos municípios do Brasil passou a receber valores crescentes dentro do Bloco de Atenção Básica e do Bloco de Média Complexidade, referentes a contrapartidas federais para indução do crescimento da oferta de assistência em

saúde bucal. Ou seja, a utilização de serviços de saúde não é apenas um espelho da decisão individual do usuário, mas sim reflexo de fatores externos que determinam seu comportamento e suas escolhas. Nesse sentido, espera-se, nesse estudo, avaliar a PNSB na perspectiva de seu desempenho e, assim, contribuir para a definição de políticas públicas, para a tomada de decisões, para identificação das principais temáticas de pesquisa em avaliação de desempenho na rede de saúde bucal, bem como nas temáticas em que há lacunas na produção de conhecimento e, finalmente, para identificação dos aspectos do desempenho que ainda não foram avaliados

## **2. JUSTIFICATIVA**

A implantação de uma Rede de cuidados em saúde bucal em 2004, sob o nome Brasil Sorridente, representou um marco histórico para a expansão da oferta de serviços de odontologia no setor público de saúde (BRASIL, 2000). A referência que estabelece como um marco não pode ter data anterior à PNSB, pois a mesma não existia. Com a implantação da PNSB, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS, se iniciou o processo de ampliação da cobertura das eSB e da garantia da continuidade do cuidado da atenção à saúde bucal em todos os níveis da atenção.

Para tanto, investimentos do Estado estabeleceram a expansão da rede de atenção básica de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em 500% no período de 2004 a 2017. No que diz respeito à continuidade do cuidado, em 2003, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos eram de média e alta complexidade. Neste sentido, aplicações de recursos também nestes níveis de atenção, surgidas com implantação dos CEO e LRPD, possibilitaram a ampliação do número de CEO de 100 unidades em 2004 para mais de 1000 unidades em 2015, e os LRPD, de 36 em 2005 para mais de 1300 em 2017 (BRASIL, 2004).

É notório que desde a sua implantação, a PNSB tem recebido maiores investimentos financeiros para ampliar o acesso da população a esse serviço, no entanto é preciso refletir que esses dados, apesar de expressarem o crescimento da rede, não indicam a associação real entre os investimentos, sua expansão e o seu desempenho. Além disso, como referido por Fernandes *et al.* (2016), os atuais estudos que avaliam a PNSB são de caráter regional, e embora incidam sobre populações declaradas heterogêneas, não são capazes de refletir as diferentes regiões do país. Ou seja, se fazem necessários estudos que corroborem com a ampliação do conhecimento na área de avaliação da PNSB, no sentido de entender como se dá a expansão dos serviços de

saúde bucal no território nacional, e como está se reflete no desempenho dos serviços estabelecidos.

Avaliar a PNSB permite um diagnóstico da realidade e fomenta base científica para desenvolver e para fortalecer a capacidade de gestão das políticas públicas (NARVAI, 2011). Patton (1997) afirma, em sua teoria da Avaliação Focada na Utilização, que a utilidade é um dos componentes de avaliação de qualidade, visto que a utilização não se dimensiona apenas com a expansão de serviços/evolução da política, mas com a implementação de uma política que caminha para o alcance de seus objetivos.

### **3. OBJETIVOS**

#### 3.1 Objetivo Geral

Analisar o desempenho da rede de cuidados em saúde bucal orientada a partir da implantação da PNSB, segundo publicações sobre o tema, entre os anos de 2004 e 2017.

#### 3.2 Objetivos Específicos

Avaliar o desempenho da RASB na perspectiva da universalização do acesso.

Analisar estudos existentes sobre a efetividade da atenção após a implantação da PNSB.

#### 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com as diversas reformas ocorridas nos sistemas de saúde, tanto no Brasil, quanto em outros países ocidentais, a partir das conferências de Jacarta e Alma-Ata (VIACAVA *et al*, 2004), trabalhadores da saúde e gestores buscaram encontrar a resultante da difícil equação: universalizar o acesso a saúde para população nesse modelo reformado e, ao mesmo tempo, otimizar recursos financeiros e humanos, ou seja, buscar não o “mais do mesmo”, mas o “melhor do mesmo”, na perspectiva de soluções mais eficientes e efetivas. Buscou-se, então, criar uma rede de atenção à saúde baseado em dois pilares, com os olhares em duas perspectivas, mantendo assim um olho voltado para ampliação do acesso e para promoção da integralidade do cuidado, e outro olho atento para os recursos disponíveis para alcançar esse fim, ciente que os custos em saúde crescem de maneira vertiginosa, somando-se as constantes mudanças de perfis epidemiológicos da população. Assim, a institucionalização de um conjunto disperso de experiências locais e nacionais de ferramentas de avaliação em saúde vem ganhando impulso no Brasil (GOES, 2012), ainda que de maneira amorfa, abrangendo a necessidade de avaliar a eficiência dos serviços e do sistema de saúde. São grandes as energias empreendidas para implantação de políticas que alcancem determinado padrão de qualidade dos serviços de saúde ofertados (MACINKO, 2017).

Avaliar o desempenho de determinada política aponta dois caminhos. O primeiro versa em emitir um juízo de valor sobre a resultante da tomada de decisão, sendo o juízo a resultante da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa), já o segundo se forma a partir de um processo científico (pesquisa avaliativa). Na avaliação normativa, o julgamento se dá checando os recursos dispensados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas organizativas (CONTANDRIOPOULOS, 1997). Podemos definir a pesquisa avaliativa de políticas que medem a efetividade e/ou desempenho como o processo que emite um julgamento *a posteriori* de uma decisão já tomada. Segundo Contandriopoulos (1997) e Hartz (2005), trata-se de analisar, contextualizado em seu território, a importância, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o resultado obtido de uma tomada de decisão.

Referente à saúde bucal no Brasil, além do emprego da avaliação em saúde, podendo levar a um conseqüentemente reordenamento das políticas, programas, leis e serviços, outro desafio posto é conjugar essa necessidade ao constante monitoramento dos serviços para melhoria da qualidade, bem como a vigilância em saúde bucal no território. No tocante à

avaliação normativa, controle e análise de desempenho na atenção básica e atenção especializada, em saúde bucal, a literatura comumente utiliza Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (GOES, 2012; FREITAS et al., 2016). Mais recentemente, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na AB/SB e CEO, menos com caráter avaliativo e mais com caráter indutivo de processos e práticas de trabalho (CASOTTI et al, 2014). A incipiente inclusão dos indicadores de saúde bucal no Pacto de Indicadores da Atenção Básica já aponta para baixo planejamento da gestão em saúde bucal e pouca avaliação de desempenho de suas redes, no contexto da gestão, em seus diferentes níveis. Cabe também ressaltar que, segundo estudo de Colussi e Calvo (2011), havia pouco estudos de avaliação de desempenho da rede de saúde bucal, nessa via de mão dupla, onde baixo planejamento e pobre governabilidade acabam gerando poucos estudos.

#### 4.1 Teoria de Rede

O ordenamento jurídico que institui o sistema de saúde brasileiro acompanha a complexidade da organização dos serviços de saúde universal e integral em um território com mais de 200 milhões de habitantes e com uma extensão territorial de mais de 8 milhões e meio de quilômetros quadrados. A organização do sistema depende de fluxos estabelecidos e conhecidos pelos usuários e prestadores de serviços (trabalhadores da saúde, gestores e entidades contratadas, privadas ou não). A importância do estabelecimento de fluxos definidos dentro do sistema, organizando o serviço de saúde, combate a desintegração das unidades de saúde, a superposição e a sobreoferta de serviços, o vazio de assistência, a fragmentação das ações e o desperdício. O sistema de saúde advindo da constituição de 1988, em seu artigo 198<sup>13</sup> traz como princípio organizativo o modelo de atendimento em rede de atenção à saúde (RAS), descentralizada e com atendimento integral. O conceito de RAS é diverso e com uma pluralidade de entendimentos. No campo da sociologia, segundo Castells (2000), as redes são entendidas como novas formas de organização das políticas de Estado. No campo da saúde, Mendes (2011) argumenta que as redes têm como objetivo administrar projetos e programas

---

<sup>13</sup>As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

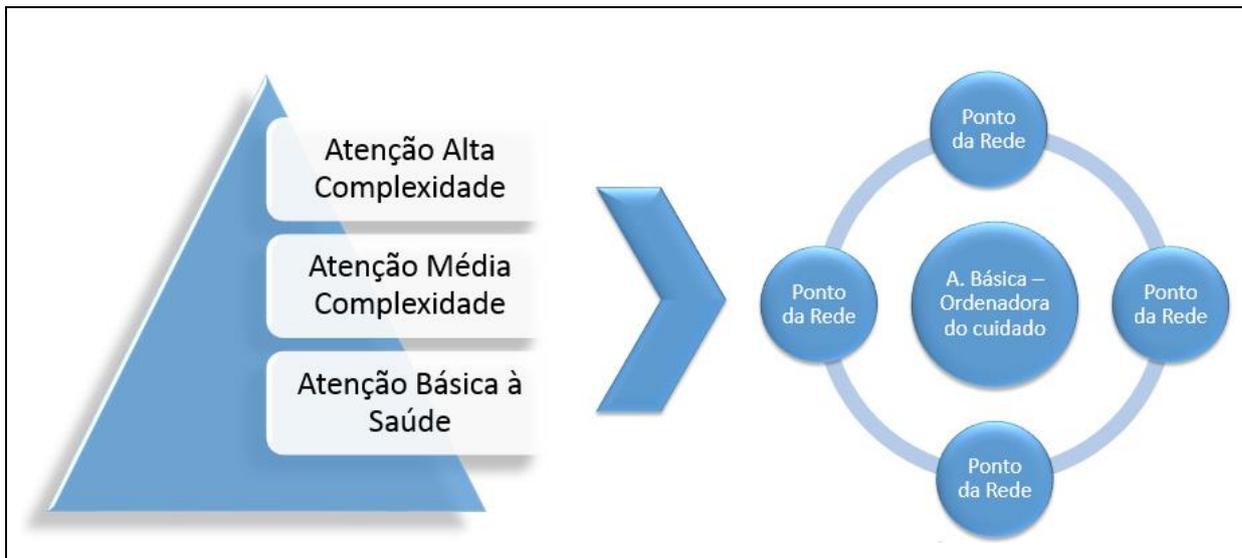
em um cenário de recursos parcos e complexidade de operacionalização de um conjunto diverso de ações, sendo não somente um arranjo institucional poliárquico, mas a determinação de fluxos devidamente estabelecidos para que trabalhadores, gestores e usuários saibam como promover saúde dentro dos princípios da equidade, integralidade e universalidade. Ou seja, o arcabouço de constituição de uma RAS deve ser de tal modo formulado que sua implementação leve em conta que diversos atores, em diversos papéis, estarão com algum grau de autonomia dentro do sistema para fazerem escolhas dentro de caminhos traçados e protocolos pré-determinados (FERNANDES, 2016; FLORÊNCIO *et al*, 2011; LOURENÇO *et al*, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (Mendes *apud* OMS, 2008) conceituou os serviços integrados de uma RAS como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”. A Organização Panamericana de Saúde (2010) sugere como atributos de uma RAS a existência de uma população de um determinado território como objeto de responsabilidade sanitária de um serviço e/ou equipe de saúde, que a partir de sua necessidade de saúde determinará o perfil da oferta de serviços, um alto grau de resolutividade do serviço de saúde que se propõe como porta de entrada no sistema, um conjunto de serviços de saúde especializados como ponto de apoio dos serviços de atenção básica, que se sugere ser a porta de entrada dos sistemas; o financiamento adequado para que essa complexa teia de serviços não se estrangule pela desidratação de recursos, a existência de mecanismos dinâmicos de coordenação, ação interssetorial dos atores envolvidos entre outros. Assim, a OPAS (2010) definiu redes de serviços de saúde como:

uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve.

Assim, a ideia de uma RAS hierarquizada, verticalizada e piramidal é substituída por uma rede poliárquica, horizontalizada e poliédrica, não existindo uma hierárquica de mando ou de importância dentro, mas saberes e serviços complementares que formam um todo e que são interdependentes para seu perfeito funcionamento.

Figura 1- Ilustração de mudança de conformação de RAS.



Fonte: Adaptado do livro do autor Mendes (2011).

No centro do poliedro estaria a atenção básica, ofertando um conjunto de serviços com alto grau de resolutividade com pontos de apoio de serviços complementares ao da AB, porém com uma maior sofisticação tecnológica, que seria atenção secundária. Mendes (2011) aponta que dentro do desenho institucional formador de uma RAS, a atenção básica deve ser ter percentual de resolutividade de 85% das demandas da população<sup>14</sup>, ofertando serviços sem sofisticação tecnológica, porém não menos complexos, haja vista que mudanças comportamentais e culturais não demandam grandes insumos tecnológicos, mas nem por isso são menos complexos. Para tal, a atenção básica deve ter seus atributos e suas funções assim elencados.

---

<sup>14</sup>Mendes (2011) aponta, baseado em estudos em diversos países, que a diminuição de um conjunto de indicadores de saúde como mortalidade materna, mortalidade infantil e taxas de mortalidade prematura por asma, bronquite, enfisema, pneumonia e doenças do aparelho circulatório diminuem sensivelmente na presença de uma rede de atenção primária eficiente.

Figura 2 – Atributos e funções da atenção básica, segundo Mendes (2011).



Fonte: Baseado no livro do autor Mendes (2011).

A partir da atenção básica, a rede de serviços ofertados pela rede de atenção à saúde deve conter pontos de apoio temáticos que dão suporte assistencial a atenção básica. Esses pontos de apoio subsequentes à atenção básica são intitulados de atenção secundária ou média complexidade, por exigirem um suporte tecnológico de média complexidade. São pontos de apoio assistenciais divididos no microterritório sanitário, enquanto a atenção terciária, ou alta complexidade, estaria distribuída na macrorregião sanitária como suporte para atenção secundária. A atenção secundária, nesse desenho, se propõe a ser o nível de cuidado em saúde no momento em que se esgotarem as possibilidades de resolutividade da atenção básica, e, seguindo esta lógica, a atenção terciária é o suporte para quando se exaurirem as possibilidades de resolutividade na atenção secundária, todas distribuídas dentro de um microterritório em direção a um macroterritório devidamente definido (GOES, 2012).

No caso da saúde bucal a rede de atenção à saúde estabelecida como apoio as equipes de saúde bucal são os CEO e os LRPD, como atenção secundária. Caso as possibilidades de resolutividade se esgotem nos CEO, o nível hospitalar, atenção terciária, seria o suporte a atenção secundária (GOES, 2012; NARVAI, 2011).

Referente ainda sobre o desenho de uma Rede de Atenção, para além somente dos níveis assistenciais de atenção à saúde, tipificados por gradações de complexidade tecnológica do sistema, existem, segundo Mendes (2011) eixos transversais a toda rede que dão amálgama e dinamismo a organização do serviço. Os pontos de assistência aos usuários representam a expressão do atendimento clínico, porém três grandes eixos transversais permeiam a Rede, subdivididos em mais subeixos. Os eixos transversais aos pontos de atenção são divididos em

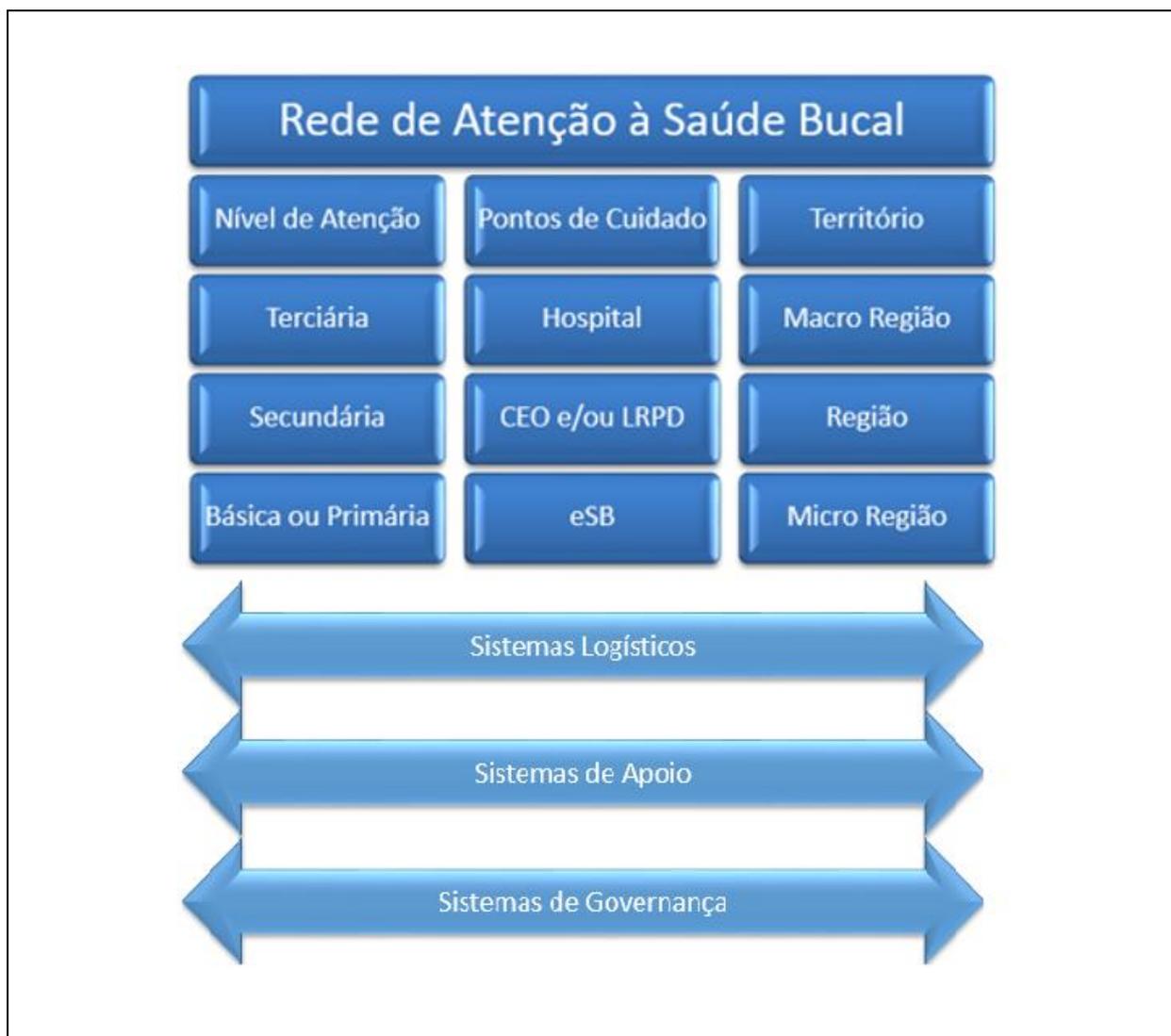
“sistemas logísticos” (sistemas de transporte, sistema de regulação, prontuário clínico e cartão de identificação de usuários), “sistemas de apoio” (sistema de apoio e diagnóstico terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde) e “sistema de governança” (MENDES, 2011).

No que tange aos subeixos transversais do sistema de logística, temos: sistemas de transporte (garantir o deslocamento tanto de usuários até insumos e rejeitos clínicos), sistema de regulação (fazem o racional movimento no interior da Rede, equalizando a oferta de serviços e a demanda existente segundo classificação de risco e prioridade), sistema de registro eletrônico de registro em saúde (história clínica do paciente e importante comunicação entre os operadores do cuidado), cartão de identificação de usuários (permite identificar, de forma única, cada usuário onde quer que ele esteja no interior da Rede) (MENDES, 2011).

O sistema de apoio engloba os subeixos transversais: sistema de apoio e diagnóstico terapêutico (toda estrutura fundamental para ofertar exames complementares de imagens e laboratoriais, assim como exames específicos realizados por especialistas.), assistência farmacêutica (oferta de medicações aos usuários contendo também compra, aquisição, estocagem e distribuição) e sistemas de informação em saúde (instrumentos para análise de situações de saúde para a produção de intervenções para determinado território sanitário, onde há coleta de dados, análise e uso da informação produzida).

Sobre o sistema de governança, seu papel em qualquer ponto da Rede é fazer a gestão e a governança do interesse público, dando harmonia e dinamismo para o funcionamento de sistemas de saúde (GOES, 2012; NARVAI, 2011; FERNANDES, 2016; FLORÊNCIO *et al.*, 2011; LOURENÇO *et al.*, 2009; MENDES, 2011).

Figura 3- Distribuição das RASB e seus níveis de atenção.



Fonte: Baseado no livro do autor Mendes (2011)

Redes de Atenção à Saúde cujos fluxos e caminhos que o usuário pode percorrer não estão claros e definidos ou cujas possibilidades de resolutividade em cada nível são diminutas geram um sistema fragmentado com os níveis de atenção atuando de forma isolada, competitiva e acéfala, na perspectiva de um sistema (GOES, 2012; NARVAI, 2011; FERNANDES, 2016; LOURENÇO *et al*, 2009; MENDES, 2011).

## 4.2 Financiamento

As políticas de saúde pública voltadas para atenção básica tem na NOB/96 uma mudança substancial no seu padrão de financiamento. A partir da NOB/96, são instituídas duas formas de financiamento da atenção básica: o PAB Fixo e o PAB Variável. Esses dois componentes fazem parte do Bloco Financeiro da Atenção Básica e passam a ser os dois componentes mais robustos de financiamento da atenção básica, rompendo com a lógica do pagamento por produção ou por procedimentos realizados. No tocante a saúde bucal, durante a década de 1990, mesmo com a introdução da NOB/96 no arcabouço jurídico do SUS, não havia qualquer linha de recursos específicos, ficando a saúde bucal contida no financiamento da atenção básica. Diante do movimento de dentistas da área da saúde coletiva (NARVAI, 2011) e dados da PNAD-1998 (Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio) que apontavam que 18,7% da população brasileira nunca tinha ido ao dentista, entre a população rural o percentual saltava para 32% e na população com renda de até 1 salário mínimo o percentual chegava a 36,5%, no ano de 2000 foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 que passa a financiar a implantação de equipes de saúde bucal<sup>15</sup> no interior do SUS. A partir de então, a saúde bucal passa a contar com uma linha própria de financiamento do governo federal, algo inédito até então. Essa portaria trouxe como consequência um aumento de gastos federais e municipais em saúde bucal, um aumento de dentistas no SUS, e criou as bases orçamentárias para que, com a implantação da PNSB em 2003, o orçamento específico da saúde bucal crescesse fortemente. Com a implantação da PNSB, um conjunto de ordenamentos jurídicos são editados e publicados específicos para ajuste e incremento de valores para saúde bucal<sup>16</sup>, podemos citar a Portaria nº 396/GM, de 04 de abril de 2003, a Portarias nº 673/GM, de 2003 e a Portaria nº74, de 2004, reajustando os valores de custeio e implantação das eSB no programa saúde da família e colocando a equivalência que a cada eSF implantada haveria linha de financiamento para 1 eSB. Ao longo da década seguinte, outras portarias foram sucessivamente ajustando os valores de custeio especificamente da saúde bucal, como as Portarias nº 650/GM,

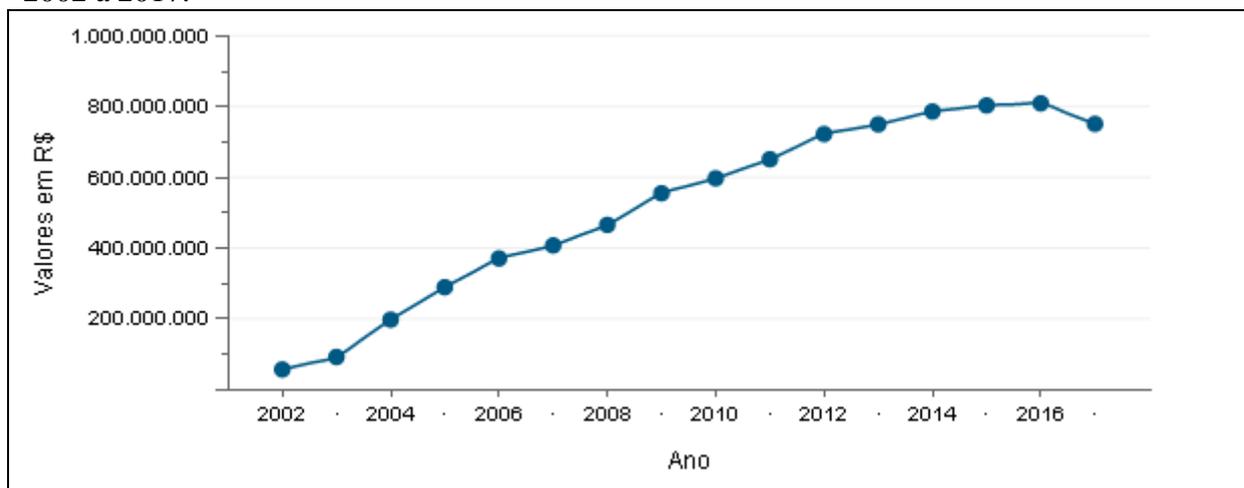
---

<sup>15</sup>As formas de financiamento das equipes de saúde bucal seriam dentro de duas modalidades inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: modalidade I, composta por 01 CD (cirurgião-dentista) e 01 ACD1 (auxiliar de consultório dentário), e modalidade II, composta por 01 CD, 01 ACD e 01 THD (técnico de higiene dentária), estabelecendo que 1 equipe de saúde bucal atendesse 2 equipes de saúde da família.

<sup>16</sup>Extraído da dissertação de mestrado Moacir Paduleto, que contempla um conjunto de arcabouços jurídicos que dão forma e conteúdo ao Programa Brasil Sorridente, em Anexo II. Disponível em [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13736/1/2013\\_MoacirPaludettoJunior.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13736/1/2013_MoacirPaludettoJunior.pdf) Acesso em 06/02/2016.

de 2006, e nº 2.489/GM, de 2008, ao ponto do então presidente na época, Luís Inácio Lula da Silva dizer, segundo Narvai (2011), na solenidade de lançamento da PNSB, que a saúde bucal contaria “com instalações, equipamentos e materiais tão bons ou melhores que os melhores serviços particulares”, pois não deveria ser “uma coisa vagabunda, meia-boca, não. Tem de ser tudo de primeira!”. O orçamento da Coordenação Nacional de Saúde Bucal salta de algo em torno de R\$ 56 milhões, em 2002, para aproximadamente R\$ 780 milhões em 2014.

Gráfico 1- Evolução das transferências fundo a fundo do Governo Federal para municípios de 2002 a 2017.



Fonte: FNS/MS

Em 2006, o Pacto pela Saúde, publicado pela Portaria nº 698/GM, de 30 de março, redesenha a forma de financiamento do SUS, e, por conseguinte, o da saúde bucal, racionalizando a extrema fragmentação das modalidades de financiamento existentes até então, e reduzindo os blocos de financiamento para apenas cinco. A saúde bucal fica, então, contida em três blocos, sendo eles: Atenção Básica (financiamento das eSB na AB), Gestão e Média/Alta Complexidade (implantação e custeio dos CEO e LRPD) (BRASIL, 2006; KORNIS, 2011). Como o financiamento do modelo se dá por indução sem considerar indicadores de saúde ou epidemiológicos, os gestores municipais passam a implantar políticas de saúde bucal através do credenciamento de equipamentos públicos disponibilizados no interior do Programa Brasil Sorridente, garantidos por portarias ministeriais, e atraídos por novas formas de captação de recursos públicos. Assim, a implantação do programa nos municípios dialoga mais com a capacidade dos gestores locais de cofinanciar o programa do que com a necessidade epidemiológica da população, aumentando o fosso de iniquidade no

SUS (VIACAVA, 2004), onde os municípios com maiores orçamentos conseguem implantar mais equipamentos públicos de saúde bucal.

Tratando-se do importante incremento de recursos especificamente para a saúde bucal, constata-se que em 10 anos o valor multiplicou por 10 vezes em números absolutos, com um acumulado de quase R\$ 6 bilhões de reais em gasto federal em saúde bucal em 11 anos de implementação da PNSB. O modelo de repasse de recursos continuou seguindo a lógica do PAB Variável, por indução, não considerando dados epidemiológicos ou de necessidade de demanda.

Ainda assim, mesmo como o aumento significativo de recursos públicos em saúde bucal após a implantação da PNSB, o gasto em saúde pública, incluindo a saúde bucal, é insuficiente para custear o conjunto de ações que fazem parte do escopo de políticas de acesso universal. De acordo com Piola (2013), o Brasil, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem um gasto em saúde (público e privado) na ordem de 8,8% do PIB (IBGE, 2012). Esse montante é inferior quando confrontado com o gasto em saúde nos Estados Unidos (15,7%), porém é similar ao de outros países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como, por exemplo, o Reino Unido (8,4%) e a Espanha (8,5%), que também têm sistemas universais de saúde (WHO, 2010).

O dilema brasileiro é que o gasto eminente para custear a saúde pública é muito inferior aos demais países com um sistema de cobertura universal e de atendimento integral. Em 2010, o SUS consumiu 3,8% do PIB, percentual abaixo dos demais países que têm saúde universal (MENDES, 2012). Referente à participação federal no financiamento do modelo universal de saúde brasileiro, o gasto pouco se alterou em mais de uma década: em 1995, esses gastos correspondiam a 1,75% do PIB, em 2010, esse percentual pouco variou, ficando em 1,85% (MENDES, 2012). Mesmo com a aprovação da Lei Complementar 141/2012 que regulamenta a EC 29 e orienta o gasto em saúde para as 3 esferas de governo, foi mantida a regra de participação da União (valor verificado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB), não trazendo o desejo e objeto de luta das entidades de defesa do SUS: percentual de 10% sobre a Receita Corrente Bruta (RCB) (MENDES, 2012; PIOLA, 2013).

Em 2007, o gasto público com saúde foi da ordem de 42% dos recursos aplicados em saúde, enquanto nos países da OCDE, a participação do gasto público no financiamento do sistema representa, em média, 70% da despesa total (PIOLA, 2013).

Para organização dos gastos em saúde pública no Brasil, a União Federal sistematizou os poucos recursos em seis grandes blocos de financiamento<sup>17</sup>, segundo Portaria Ministerial nº 204, de 2007, visando que essas ações tenham um mínimo de cuidados por parte dos gestores municipais. Essa sistematização possibilitou um vertiginoso aumento do gasto em atenção básica. A lógica por trás do fracionamento do repasse de recursos federais em diversos blocos foi possibilitar o crescimento estratégico de determinadas políticas, porém, segundo publicação por Portaria Ministerial nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento dos recursos federais, todos os blocos de financiamento foram extintos e criados apenas dois: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Assim, os gestores municipais terão ampla liberdade de gastos em saúde, sendo que, na prática, se intensificará o amálgama entre as políticas públicas de saúde e as agendas político-eleitorais, uma vez que, como dito anteriormente, há uma gama de vasos comunicantes entre esses dois núcleos, ambos de base municipal. Cada vez mais, o sistema público de saúde brasileiro, intitulado como único, vai se tornando pulverizado e com crescimento amorfo de ações e programas (RODRIGUES, 2011).

#### 4.3 Avaliação de Serviços em Saúde

As análises de avaliações de políticas públicas abarcam uma gama de visões e prismas absolutamente distintos, por isso elas determinam um campo específico de estudo à luz da relevância, eficiência, efetividade e seus resultados. Contrandriopoulos (2006), afirma que:

São discutidas as relações e diferenças entre pesquisa avaliativa, avaliação normativa e tomada de decisão. A análise mostra que a capacidade de institucionalização da avaliação como instrumento para melhorar o sistema de saúde é paradoxal, pois supõe que a informação produzida contribua para uma racionalização dos processos de decisão. Postula-se que o grau em que os resultados de uma avaliação são levados em conta pelas instâncias decisórias varia de acordo com a credibilidade, fundamentação teórica e pertinência das avaliações. (...) Para fazer com que a avaliação esteja no cerne das estratégias de transformação do sistema de saúde, sugere-se criar condições para um julgamento avaliativo verdadeiramente crítico, com a implementação de estratégias que favoreçam a formação e o aprendizado, o debate, a reflexão e a abertura de novas frentes de intervenção. Institucionalizar a avaliação implica antes de tudo se questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e

---

<sup>17</sup> Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde

juízos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS.

Assim, a avaliação pode ser considerada como um juízo de valor a partir de subsídios, que podem fornecer informações relevantes para as tomadas de decisões. Contrandriopoulos (2000) afirma que ao realizar a avaliação de um fenômeno, além de extrair dados, mensurá-los e/ou entendê-los, os analisa criticamente, assim emitindo juízo de valor sobre o objeto. Para Hartz (2005), os protocolos de avaliação de políticas públicas consideram como critérios avaliativos a eficiência, a eficácia e a efetividade dos programas ao longo do tempo para que a distância entre a formulação dos programas, sua implementação e os resultados obtidos sejam as menores possíveis (ARRETCHE, 2001). Caso constantes monitoramentos e avaliações não sejam rotina, poderemos estar diante de uma implementação de programas que ao longo do tempo distorcem e modificam a política pública que deu origem aos programas. Neste panorama contencioso, entendemos que a implementação ocorre ao longo do tempo, o que acarreta um ambiente de constantes mutações, mutações essas que muitas das vezes fogem da governabilidade dos atores envolvidos com os programas (MERHY, 2003). Os programas necessitam, partindo desse pressuposto, de uma metodologia para observação se os objetivos pretendidos na gênese da política pública estão sendo alcançados.

No tocante à implantação e à implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, ao longo de mais de uma década, sua característica marcante é a necessidade do envolvimento de vários atores em diferentes níveis de gestão do sistema (milhares de gestores municipais, dezenas de gestores estaduais e a Coordenação Nacional de Saúde Bucal) em um complexo modelo de tomada de decisões, dado o desenho institucional do sistema de saúde brasileiro. Diante da complexidade do modelo assistencial, diversos estudos avaliativos foram desenvolvidos na perspectiva de observar e analisar se o modelo assistencial de saúde bucal cumpre seu objetivo, promover saúde e a qualidade de vida

## 5. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com descrição metodológica de uma revisão sistemática, do tipo metassíntese, se colocando como um estudo multifocal de um fenômeno (MINAYO, 2000; LOPES, 2008), não tendo envolvimento direto de seres humanos como sujeitos do estudo. Desse modo, não houve necessidade de aprovação da investigação por um Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

### 5.1 Método de Busca

A seleção de busca em bases de dados objetiva a eficiência na escolha do material científico (usar as fontes que sejam mais propensas a trazer os melhores resultados) e a minimização da perda de estudos. Assim, na coleta de dados foram utilizadas estratégias de busca em bases de dados, observados os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, no período entre maio e outubro de 2018. A estratégia de busca de trabalhos para a pesquisa utilizou descritores/termos livres da seguinte forma: ((saúde bucal OR odontologia) AND (política pública OR serviços de saúde bucal)) OR BrasilSorridente. Assim, a busca se deu nos meses de julho e novembro de 2018, nas seguintes bases de dados eletrônicas: *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline). Foi utilizada a busca com os descritores em português e inglês nas bases de dados citadas acima. Pelas características da base PubMed, o buscador utilizado foi da seguinte forma: ("oral health"[All Fields] OR "dentistry"[All Fields]) AND ("public policy"[All Fields] OR "oral health services"[All Fields]) OR (Brasil[All Fields] AND sorridente[All Fields]) AND ((pubmed books[filter] OR Classical Article[ptyp] OR Clinical Conference[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Evaluation Studies[ptyp] OR Historical Article[ptyp] OR Review[ptyp] OR Scientific Integrity Review[ptyp] OR Interview[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Newspaper Article[ptyp] OR Observational Study[ptyp] OR Overall[ptyp] OR Personal Narratives[ptyp]) AND ("2004/01/01"[PDAT] : "2017/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms]) AND "loattrfull text"[sb].

Em virtude do estudo avaliar a efetividade e desempenho da PNSB, foi realizada uma segunda busca, para ser agregada à primeira, abrangendo artigos relativos ao PMAQ no eixo saúde bucal, uma vez que o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade busca, entre outros objetivos, traçar um grande panorama nacional das Redes de Saúde Bucal. A estratégia de

busca de trabalhos foi simulada a primeira utilizando descritores/termos livres da seguinte forma: PMAQ OR (Programa AND Melhoria AND Acesso AND Qualidade) AND "Brasil" AND ("serviço" AND "saúde" AND "bucal"). Assim, a busca se deu nos meses de julho e novembro de 2018, nas seguintes bases de dados eletrônicas: *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline). Foi utilizada a busca com os descritores em português e inglês nas bases de dados citadas acima. Pelas características da base PubMed, o buscador utilizado foi da seguinte forma: *PMAQ[All Fields] OR (Program[All Fields] AND Improving[All Fields] AND Access[All Fields] AND Quality[All Fields]) AND ("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil"[All Fields]) AND ("dental health services"[MeSH Terms] OR "dental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "dental health services"[All Fields] OR "dental"[All Fields])*

Depois da realização das buscas na base de dados citadas, foi utilizado meta buscador disponível no portal de periódicos da Capes (acesso institucional) para a busca de novos artigos em bases não selecionadas na etapa anterior, utilizando os mesmos descritores e filtros. No entanto, a busca não retornou nenhum artigo novo.

Para seleção dos trabalhos foram considerados como critérios de inclusão: a) artigos originais em português, espanhol e inglês publicados em periódicos indexados; b) trabalhos publicados no período entre os anos de 2004 a 2017, pois a PNSB, sob o nome Brasil Sorridente, foi implantada em 2004, e assim entende-se que o estudo sobre a evolução da política deve ser feito no período acima estabelecido. Só serão considerados artigos com texto completo gratuito.

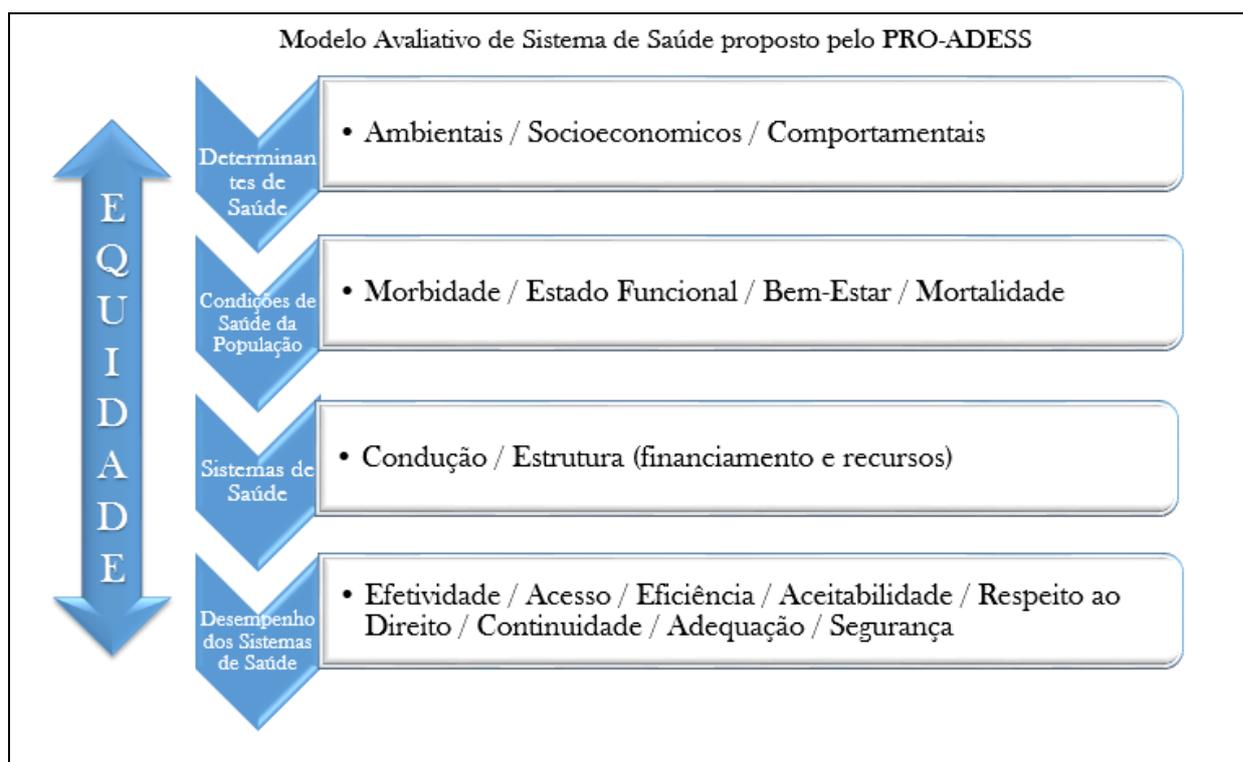
Os artigos foram confrontados e selecionados seguindo os critérios previamente colocados, sendo o primeiro avaliado pelo título, posteriormente pelo resumo e, por fim, decorreu-se a leitura do texto em sua integralidade em que foram gerados novos resultados de artigos complementares.

## 5.2 Abordagem Metodológica

Na abordagem metodológica do estudo, optou-se pelo uso do modelo de avaliação proposto pelo Projeto de Avaliações de Desempenho de Sistemas de Saúde - PROADESS (VIACAVA *et al.*, 2004; VIACAVA *et al.*, 2012), adaptando-o para a saúde bucal na perspectiva dos serviços públicos de saúde, a fim de avaliar a Política Nacional de Saúde Bucal entre os anos de 2004 e 2016.

A Matriz Conceitual do PROADESS traz quatro grandes dimensões para a avaliação do Sistema de Saúde: determinantes da saúde, condições de saúde da população, sistema de saúde e desempenho dos serviços de saúde, sendo que o eixo equidade corta transversalmente todas essas dimensões. Assim, todas devem ser analisadas segundo essa perspectiva, utilizando variáveis e indicadores mais apropriados a cada uma. Essa ferramenta foi construída a partir do modelo de avaliação que considera que o desempenho do sistema de saúde deve ser analisado em um contexto político, social e econômico, traduzindo sua história, sua conformação atual, seus objetivos e suas prioridades. Ao realizar a análise deve expressar as necessidades de saúde, orientar a estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos) que, por sua vez, condiciona as possibilidades de melhor ou pior desempenho dos serviços de saúde, objeto último da avaliação e que deve incluir as subdimensões acesso, efetividade, eficácia, adequação, continuidade, segurança, aceitabilidade e direitos dos pacientes (VIACAVA *et al.*, 2012).

Figura 4 – Modelo proposto pelo PRO-ADESS, adaptado pelo autor



Fonte: Adaptado do autor Viacava *et al.*, (2012).

A partir da Matriz Conceitual do PROADESS, o presente estudo se utilizará de seus princípios norteadores referentes à dimensão “Desempenho dos Serviços de Saúde”, conforme expresso na figura abaixo para dividir os artigos selecionados por conteúdo e assim tipificá-los:

Figura 5. Avaliação de desempenho dos Serviços de Saúde.



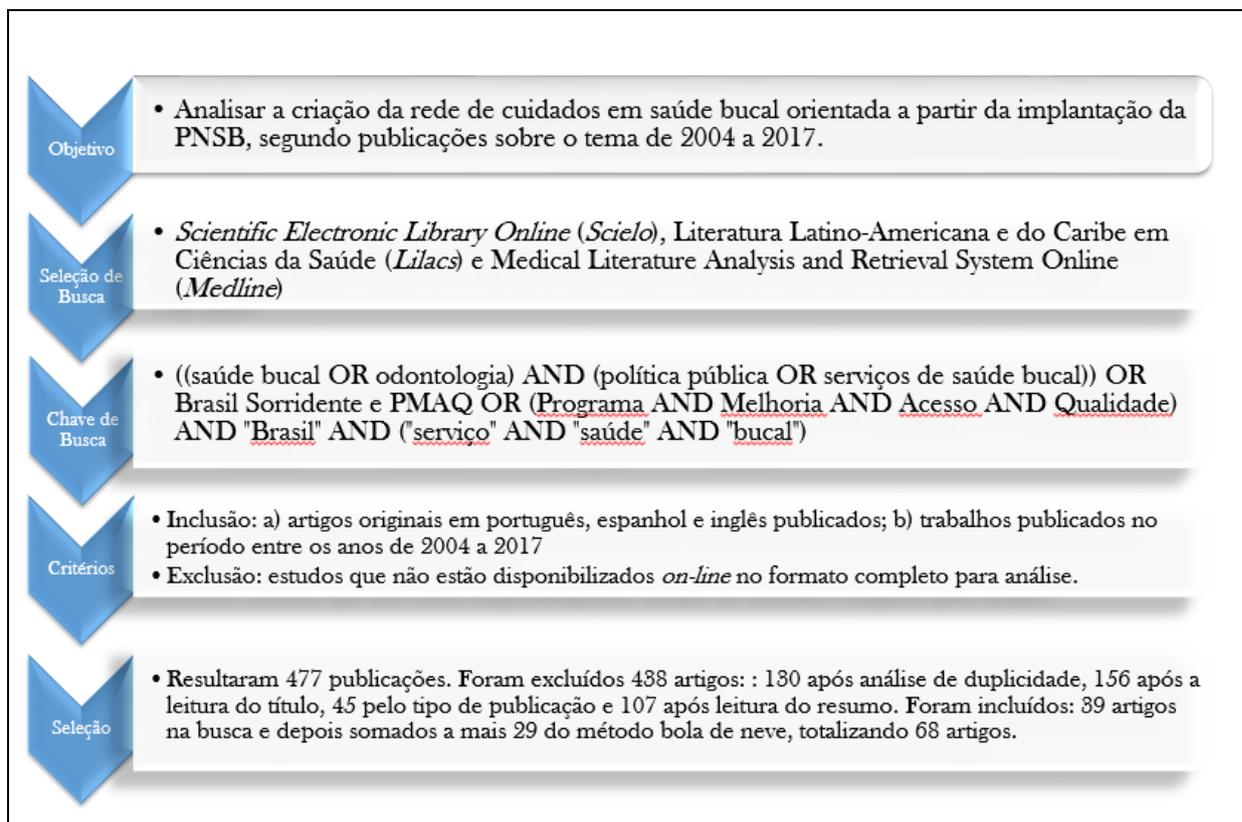
Fonte: Adaptado do autor Viacava *et al.*, (2012).

## 6. RESULTADOS

As buscas resultaram em 477 publicações completas (463 na primeira busca e mais 14 na segunda busca), de acordo com os critérios estabelecidos. Foram excluídos 438 artigos: 130 artigos após análise de duplicidade, 156 artigos após a leitura do título, 45 pelo tipo de publicação e 107 artigos após leitura do resumo, por não se enquadrarem na temática da pesquisa. Desta forma, foram selecionadas e analisadas 39 publicações originais. A Tabela 1 apresenta esquematicamente como foram distribuídos os artigos segundo critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

No processo de seleção dos artigos, foram respeitadas etapas para obtenção das publicações para serem incluídas no estudo, tais como: a definição do objetivo, a seleção das bases de busca, a chave de busca dos artigos e os critérios de inclusão e exclusão das publicações, representadas na figura 6.

Figura 6 – Etapas para seleção dos artigos.

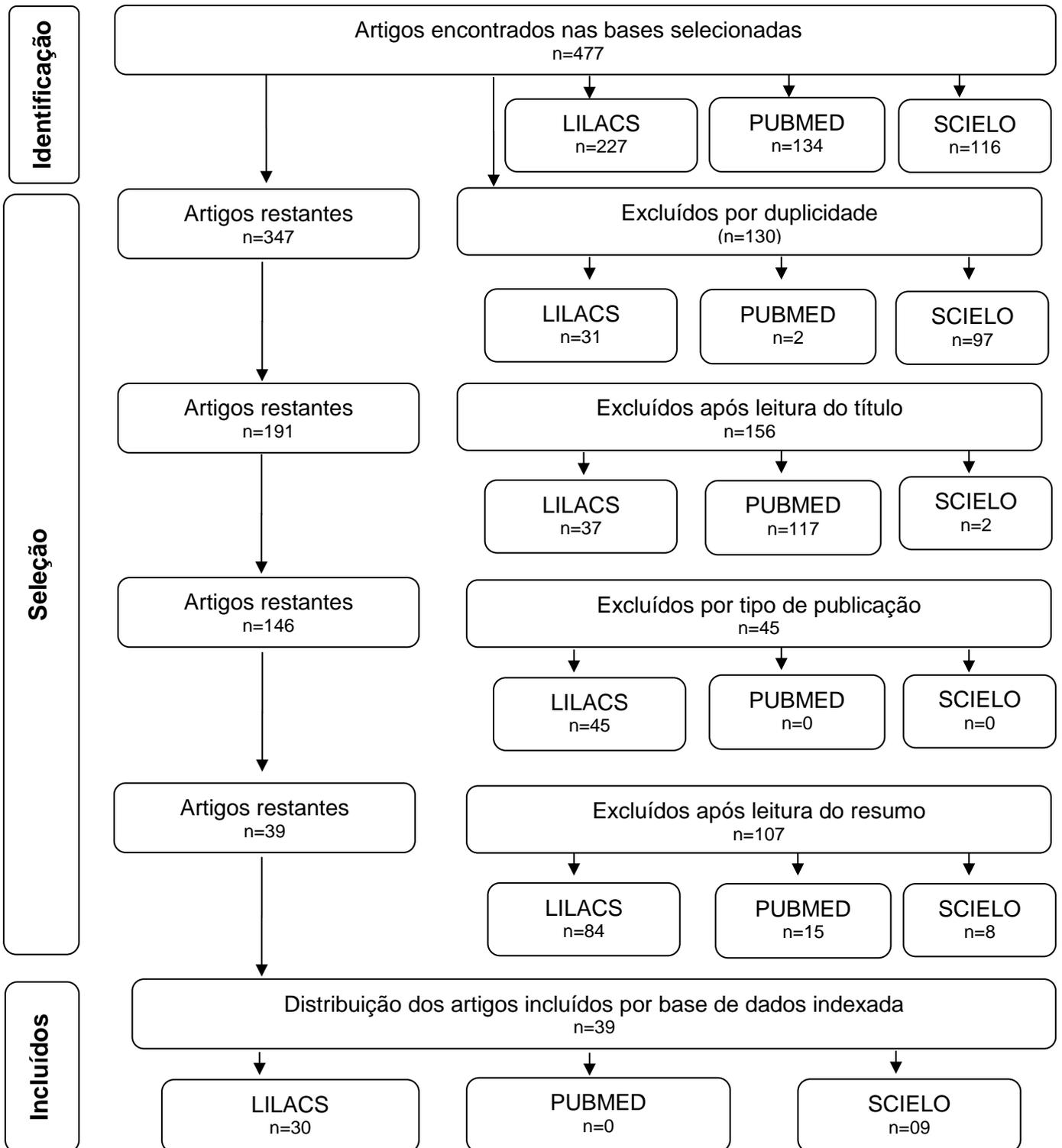


Fonte: Realizado pelo autor (2018).

Os artigos selecionados foram alocados nas subdimensões de avaliação do desempenho de serviços de saúde referentes à: acesso, efetividade e continuidade, uma vez que a partir da prévia seleção dos artigos, a temática abordada é fortemente vinculada a esses subeixos ou subdimensões.

A seleção de artigos foi executada em dois momentos distintos. No primeiro momento, com auxílio de revisora independente (FRICHEMBRUDER, K.), foram examinados isolados e individualmente os artigos provenientes da busca levando em consideração a leitura do título, o tipo de publicação e a leitura do resumo para posterior definição sobre sua pertinência ao escopo desse estudo. No momento seguinte ambos revisores aplicaram critérios de elegibilidade na leitura integral dos artigos incluídos e cruzaram as informações para garantir a integridade dos conteúdos levando em consideração um conjunto de critérios, tais como, ano de publicação, delineamento do estudo, características da amostra (tamanho da amostra, local do estudo e período considerado no estudo), entre outros. Em havendo dúvida quanto ao juízo de inclusão um terceiro revisor (HUGO, F. N.) foi consultado nos casos de divergência de opiniões, buscando-se debater até se chegar a uma concordância quanto à inclusão ou exclusão do artigo.

Fluxograma 1 – Etapas da seleção dos artigos.



Fonte: Realizada pelo autor, a partir de PRISMA (2019)

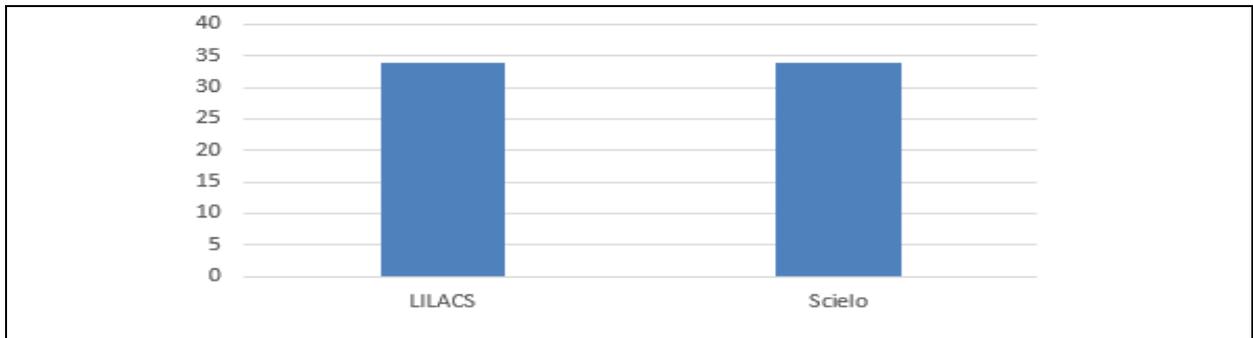
Em uma etapa final de seleção dos artigos de forma complementar foi utilizada a metodologia bola de neve (*snowball sampling*), um tipo de amostragem não probabilística que emprega cadeias, ou redes, de referência dos artigos selecionados anteriormente na busca. A utilização dessa técnica se deu para alcançar o chamado ponto de saturação em que, segundo Velasco e Díaz de Rada (1997), haveria uma robustez do conteúdo na seleção do material e uma coletânea de informações suficientes para pesquisa. A partir da bola de neve foram selecionados nas bases de dados eletrônicas mais 29 artigos assim distribuídos: 25 artigos da base *Scielo* e 4 da base *Lilacs*. Para escolha e seleção dos artigos pela metodologia da Bola de Neve foi também levado em consideração os mesmos critérios utilizados na seleção com a chave de busca com o auxílio de uma segunda revisora e um terceiro revisor para arbitrar em casos de impasse.

Para análise dos artigos e melhor compreensão de como a implantação e implementação da Rede de cuidado em saúde bucal está configurada, os estudos foram categorizados em eixos temáticos assim distribuídos: 1) acesso, 2) continuidade e 3) efetividade. A partir da categorização dos estudos selecionados foi observado uma importante lacuna haja vista que há, segundo as considerações da Matriz Conceitual do PROADESS para avaliação de desempenho dos serviços, estudos que abordem essas 3 dimensões (acesso, continuidade e efetividade), em detrimento de outras 5 dimensões (segurança, adequação aceitabilidade, eficiência e respeito ao direito), ou seja, nos estudos selecionados só foram encontradas evidências de 3 eixos em um universo de 8 eixos temáticos. Não se busca com a distribuição dos estudos nesses eixos elencarem eixos prioritários em importância propriamente dita, mas sim nos assuntos mais abordados nos estudos selecionados, dada as combinações mais comuns dentre os temas selecionados e analisadas.

## 6.1 Resultados Agrupados

A PNSB é recente, porém constatou-se uma disposição crescente de publicações sobre o tema que dada sua importância social e seu caráter inclusivo. Os artigos selecionados, quando separados por base de dados, se concentraram em igual prevalência nas bases *Lilacs* (50%) e *Scielo* (50%). A paridade de achado nas duas bases foi um resultado diferente ao encontrado em estudos semelhantes de Machado (2015) e Scherer (2015) que encontraram resultados de maior prevalência na *Lilacs*.

Gráfico 2. Distribuição dos artigos incluídos, por base de dados.



Fonte: Busca realizada pelo autor (2018)

Quando desagregados por periódicos, a revista *Cadernos de Saúde Pública* concentrou 10,99% dos artigos selecionados, a revista *Ciência & Saúde Coletiva* concentrou 8,79% e a revista *Brazilian Oral Research* concentrou 7,69% do total. Observou-se uma grande quantidade de publicações em diversos periódicos, sem que houvesse uma concentração significativa em determinada revista científica, mostrando a diversidade de publicações sobre o tema, sendo que 21,98% de todos artigos selecionados tiveram 1 única publicação em 1 único periódico, havendo assim um percentual significativo de publicações unitárias fragmentadas em diversas revistas e mostrando a diversidade de revistas que se interessam pelo tema.

Tabela 1. Distribuição dos artigos selecionados, por periódico.

Nome periódico	Quantidade Publicações Selecionadas
Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais	1
Brazilian Dental Journal	1
Cad Saúde Pública	12
Cad. saúde colet., (Rio J.)	2
Ciênc. Saúde Colet	16
Epidemiol. Serv. Saúde	2
Rev Saúde Publica	5
Rev. ABENO	2
Rev. Adm. Pública	2
Rev. APS	3
Rev. Baiana Saúde Pública	3
Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade	1
Rev. Bras. Promoç. Saúde (Impr.)	1
Rev. Odontol. UNESP (Online)	1
RGO	2
ROBRAC	1
Saúde em Debate	3
Saúde Soc	3
Stomatos	1
Trab. Educ. Saúde	3
Rev de Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Íntegr	2
<b>Total Geral</b>	<b>68</b>

Fonte: Busca realizada pelo autor (2018).

Quando os artigos foram distribuídos por ano de publicação, houve uma maior concentração entre os anos de 2009 a 2015, porém como demonstra o gráfico abaixo, não houve uma distribuição que apontasse uma desproporção de excessos de publicações concentradas em um ano específico, mostrando a importância do tema ao longo do período estudado, exceto nos anos de 2010 e 2012, que concentraram juntos mais de 1/4 de totais publicações (25%).

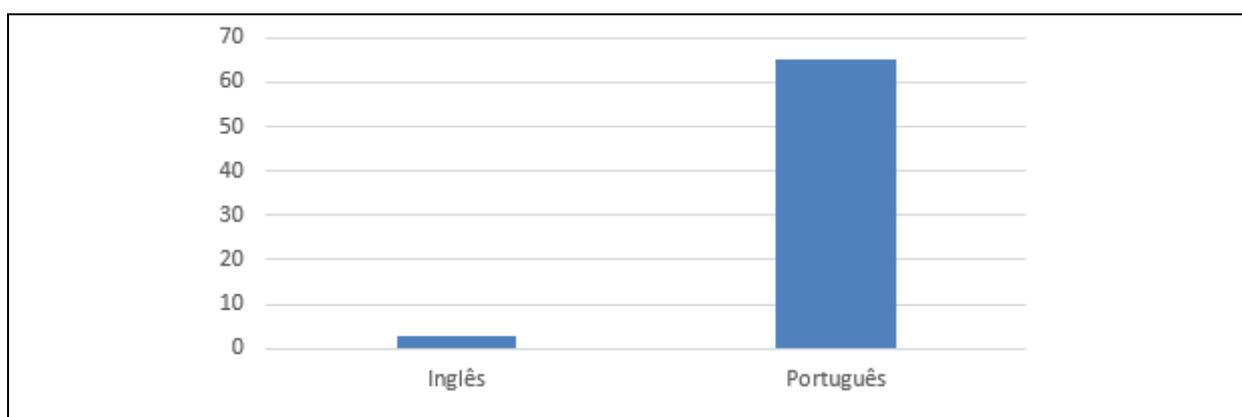
Tabela 2. Distribuição dos artigos selecionados, por ano de publicação.

Ano de Publicação	Contagem de título
2005	4
2006	2
2007	4
2008	5
2009	7
2010	8
2011	3
2012	9
2013	7
2014	4
2015	7
2016	4
2017	3
2018	1
<b>Total Geral</b>	<b>68</b>

Fonte: Busca realizada pelo autor (2018).

Sobre o idioma de publicação, majoritariamente foram encontrados artigos em português (95,58%), uma vez que por se tratar de uma política pública nacional, a maior frequência de publicações foi encontrada em língua portuguesa. Em inglês foram encontradas apenas 4,41% das publicações pesquisadas.

Gráfico 3. Distribuição dos artigos selecionados, por idioma.

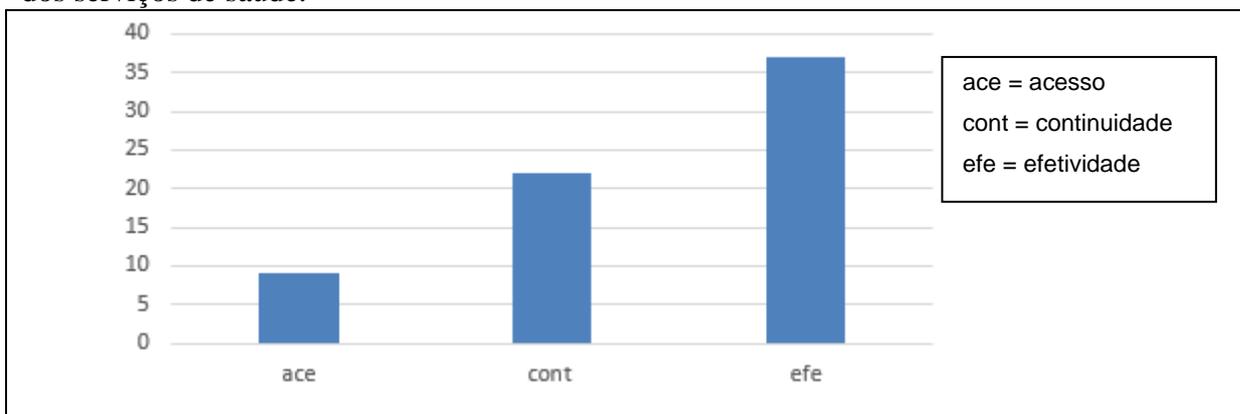


Fonte: Busca realizada pelo autor (2018)

Dos 68 trabalhos, 13,24% abordam a questão do acesso aos serviços de saúde, 54,41% a efetividade e 32,35% a continuidade dos serviços de saúde. Mais da metade dos trabalhos avaliados tiveram como seu escopo a temática da efetividade do sistema de saúde que, segundo

a abordagem orientadora do trabalho, abarca um conjunto de mensurações possíveis de resolatividade de uma Rede, podendo assim conglomerar uma grande gama de possibilidades de estudos. A temática da efetividade de uma Rede pode inclusive, de maneira tangencial, discutir também a questão do acesso, outro escopo avaliado nesse estudo, ou a questão da continuidade, a depender do objeto de cada publicação, justificando assim esse tema, efetividade, ser o mais publicado.

Gráfico 4. Distribuição dos artigos selecionados, por subdimensão de avaliação de desempenho dos serviços de saúde.



Fonte: Busca realizada pelo autor (2018).

A abordagem do método a ser utilizado depende da delimitação do objetivo do estudo. Dos artigos selecionados, os objetivos das avaliações em saúde são múltiplos, desde a análise da PNSB a partir de um único município até estudos de macrorregiões de saúde e estados da Federação, ou ainda de determinados equipamentos públicos, como é o caso dos CEO em estados e/ou nacionalmente, cada um com distintas características e estratégias, determinando diferentes procedimentos avaliativos. Houve uma maior abordagem dos estudos em dois desenhos metodológicos distintos: observacional analítico transversal e qualitativo. Na Tabela abaixo são apresentados os estudos selecionados, obedecendo a critérios mencionados acima e com a tipificação por eixo temático.

Tabela 3. Distribuição dos artigos selecionados por delineamento

<b>Delineamento do Estudo</b>	<b>Contagem de Título</b>
Ensaio comunitário quase-randomizado	1
Estudo de avaliação econômica	1
Estudo de intervenção do tipo antes-depois	1
Estudo descritivo com base em profissionais de serviços de saúde	2
Estudo descritivo com base em serviços de saúde	2
Estudo descritivo com base em usuários de serviços de saúde	1
Estudo descritivo de prevalência com base em profissionais de saúde	4
Estudo descritivo de prevalência com base em serviços de saúde	1
Estudo ecológico	3
Estudo ecológico de séries temporais	6
Estudo ecológico transversal	1
Estudo longitudinal com base em serviços de saúde	1
Estudo longitudinal com base em usuários de serviços de saúde	1
Estudo qualitativo	20
Estudo quanti-quali	3
Estudo quanti-qualitativo	2
Estudo transversal	1
Estudo transversal com base em profissionais de saúde	1
Estudo transversal com base em profissionais dos serviços de saúde	3
Estudo transversal com base em serviços de saúde	6
Estudo transversal com base em usuários de serviços de saúde	7
<b>Total Geral</b>	<b>68</b>

Tabela 4 – Descrição dos estudos

Autor	Objetivo	Delineamento	Base Dados	Revista	Ano	Eixo
Baldani, Márcia Helena, Fadel, Cristina Berger, Possamai, Taisiane, Queiroz, Márcia Geny Schweitzer	Analisar o perfil de implantação da Odontologia no PSF no Estado do Paraná, Brasil, um ano após a entrada em vigor da Portaria n. 1.444 do MS.	Estudo quanti-quali	SciELO	Cad Saude Publica	2005	efe
Oliveira, José-Luiz Carvalho de, Saliba, Nemre Adas	Objetivo avaliar a situação da equipe de saúde bucal inserida no Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Campos dos Goytacazes - RJ, em 2002.	Estudo transversal com base em profissionais dos serviços de saúde	SciELO	Ciênc. Saúde Colet	2005	efe
Rodrigues, Ana Áurea Alécio de Oliveira; Assis, Marluce Maria de Araújo.	Objetivo analisar a dinâmica organizacional da oferta e demanda dos serviços de saúde bucal em Alagoinhas - Bahia, tomando como eixo orientador fluxogramas analisadores do processo de trabalho em saúde.	Estudo qualitativo	Lilacs	Rev. baiana saúde pública	2005	efe
Nascimento Padilha, Wilton Wilney; Gondim Valença, Ana Maria; Leite Cavalcanti, Alessandro; Bezerra Gomes, Luciano; Dantas de Almeida, Rossana Vanessa; Soares Taveira, Giannina	Objetivou-se descrever as características do planejamento em saúde bucal	Estudo qualitativo	Lilacs	Rev de Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr	2005	efe

Volpato, Luiz Evaristo Scatena, João Henrique	Ricci;	O objetivo do presente trabalho foi analisar a política de saúde bucal do Município de Cuiabá, no contexto da descentralização da saúde implementada pelo Sistema Único de Saúde, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.	Estudo ecológico de séries temporais	LILACS	Epidemiol. serv. saúde	2006	efe
LEAL, Barbosa and TOMITA, Emy.	Rosana Nilce	Objetivo analisar a percepção de gestores locais de saúde quanto ao acesso à assistência odontológica e o princípio de universalização do Sistema Único de Saúde (SUS).	Estudo qualitativo	Scielo	Ciênc. Saúde Colet	2006	cont
Chaves, Sônia Cristina Vieira-da-Silva,	Lima,	Objetivo de discutir as relações entre a descentralização da gestão da saúde e as características da atenção à saúde bucal foi realizado um estudo comparado de dois casos exemplares em municípios selecionados do Estado da Bahia, Brasil, em diferentes estágios de descentralização da gestão da saúde.	Estudo qualitativo	Scielo	Cad Saude Publica	2007	efe

CHAVES, Sônia Cristina Lima and SILVA, Lígia Maria Vieira da.	Analisar os meios e processos de trabalho dos cirurgiões–dentistas inseridos na atenção básica em dois municípios da Bahia, buscando identificar em que medida fatores relacionados à gestão da atenção à saúde bucal, formação, inserção e perfil profissional influenciam as práticas desenvolvidas pelos mesmos.	Estudo qualitativo	Scielo	Ciênc. Saúde Colet	2007	efe
SILVA, Mariana Carvalho Batista da; SILVA, Raimundo Antônio da; RIBEIRO, Cecília Cláudia Costa and CRUZ, Maria Carmem Fontoura Nogueira da.	Analisar o perfil da assistência em saúde bucal em 2 grupos específicos	Estudo transversal com base em serviços de saúde	Scielo	Ciênc. Saúde Colet	2007	efe
SOUZA, Tatyana Maria Silva de and RONCALLI, Angelo Giuseppe.	Avaliar a incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte, com base na análise de fatores capazes de interferir no processo de mudança dos modelos assistenciais em saúde bucal.	Estudo quanti-qualitativo	Scielo	Cad Saude Publica	2007	efe
Martelli, Petrônio José de Lima; Cabral, Amanda Priscila de Santana; Pimentel, Fernando Castim; Macedo, Cícera Lissandra Sá Vieira; Monteiro, Ive da Silva; Silva, Shirley Florêncio da	Objetivo analisar o modelo de atenção à saúde bucal em nove municípios do estado de Pernambuco, a partir do relato dos seus coordenadores de saúde bucal.	Estudo qualitativo	LILACS	Ciênc. Saúde Colet	2008	efe

Emmi, Danielle Tupinambá; Barroso, Regina Fátima Feio	Objetivo de avaliar as ações de saúde bucal executadas, foi aplicado um questionário com questões fechadas e semi-abertas para 103 usuários do PSF que freqüentaram uma das Unidades Saúde da Família em julho de 2004.	Estudo descritivo com base em usuários de serviços de saúde	LILACS	Ciênc. Saúde Colet	2008	efe
ROCHA, Renata de Andrade Cardoso Pinto y GOES, Paulo Sávio Angeiras de.	O objetivo desta pesquisa foi avaliar fatores associados ao acesso aos serviços de saúde bucal em Campina Grande, Paraíba, Brasil, comparando as áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).	Estudo transversal com base em usuários de serviços de saúde	Scielo	Cad Saude Publica	2008	ace
ALMEIDA, Gilmara Celli Maia de and FERREIRA, Maria Ângela Fernandes.	Objetiva-se verificar não só a incorporação das práticas preventivas e educativas, como também a existência de instrumentos de avaliação dessas atividades, tanto em âmbito individual, quanto em nível coletivo, desenvolvidos pelo cirurgião-dentista no contexto do PSF.	Estudo descritivo de prevalência com base em profissionais de saúde	Scielo	Cad Saude Publica	2008	efe

Adriano Maia dos Santos; Marluce Maria Araújo Assis; Maria Angela Alves do Nascimento; Maria Salete Bessa Jorge	OBJETIVO: Compreender o estabelecimento do vínculo na construção de autonomia dos sujeitos que engendram as práticas de saúde bucal no Programa Saúde da Família.	Estudo qualitativo	Scielo	Rev Saude Publica	2008	efe
Cruz, Daniely Baumel; Gabardo, Marilisa Carneiro Leão; Ditterich, Rafael Gomes; Moysés, Samuel Jorge; Nascimento, Antonio Carlos	O objetivo deste trabalho foi compreender a dinâmica do processo de trabalho na ESF sob a perspectiva das ESB, integrado aos princípios da ESF e do Sistema Único de Saúde (SUS).	Estudo transversal com base em profissionais dos serviços de saúde	LILACS	Rev. APS	2009	efe
LOURENCO, Eloisio do Carmo; SILVA, Ana Cláudia Baladelli; MENEGHIN, Marcelo de Castro and PEREIRA, Antonio Carlos.	A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais	Estudo descritivo de prevalência com base em serviços de saúde	Scielo	Ciênc. Saúde Colet	2009	efe
REIS, Claudiojanes dos et al.	Objetivo deste trabalho avaliar o serviço de saúde bucal, através do estudo das percepções dos usuários, do município de Grão Mogol - norte de Minas Gerais, Brasil.	Estudo qualitativo	Scielo	Ciênc. Saúde Colet	2009	cont
ROCHA, Evelin Cristina Araújo da and ARAUJO, Maria Arlete Duarte de.	Verifica as condições de trabalho dos dentistas nas equipes de saúde bucal (ESBs) inseridas no Programa Saúde da Família (PSF).	Estudo descritivo de prevalência com base em profissionais de saúde	Scielo	Rev. adm. pública	2009	efe

FIGUEIREDO, Nilcema and GOES, Sávio Angeiras de.	Paulo	Avaliar os Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco, Brasil,	Estudo transversal com base em serviços de saúde	Scielo	Cad Saude Publica	2009	cont
PEREIRA, Carmen Santos et al.	Regina dos	Verificar se a incorporação da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) gerou uma maior utilização dos serviços odontológicos no Município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.	Ensaio comunitário quase-randomizado	Scielo	Cad Saude Publica	2009	efe
Antonio Nascimento; Simone Moysés; Julio Bisinelli; Samuel Jorge Moysés	Carlos Tetu Cesar	OBJETIVO: Avaliar práticas de saúde bucal coletiva de dois modelos de atenção à saúde familiar.	Estudo qualitativo	Scielo	Rev Saude Publica	2009	efe
Maia, Leila Senna; George Edward Machado	Kornis,	Objetivo discutir de que modo a política de incentivos do MS aplicada a PNSB imprimiu características à reorganização do modelo de atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro	Estudo transversal	LILACS	Rev. APS	2010	efe
Souza , Luciana Farias; Chaves , Sônia Cristina Lima		O presente estudo avaliou a oferta, utilização e acesso dos usuários a esse serviço em um município de médio porte na Bahia.	Estudo transversal com base em usuários de serviços de saúde	LILACS	Rev. baiana saúde pública	2010	ace

Chaves, Sônia Cristina Lima; Barros, Sandra Garrido de; Cruz, Denise Nogueira; Figueiredo, Andreia Cristina Leal; Moura, Bárbara Laisa Alves; Cangussu, Maria Cristina Teixeira	OBJETIVO: Analisar fatores relacionados à integralidade na assistência à saúde bucal em centros de especialidades odontológicas segundo os princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Bucal.	Estudo transversal com base em usuários de serviços de saúde	LILACS	Rev Saude Publica	2010	cont
Moura, Flávio Renato Reis de; Bissacotti, Paulo Renato Christoff; Bastos, Francisco Avelar; Santos, Rubem Beraldo dos; Demarco, Flávio Fernando; Tovo, Maximiano Ferreira	O objetivo do presente estudo foi analisar o processo de trabalho do sistema de referência e contrareferência da área da Odontologia.	Estudo transversal com base em serviços de saúde	LILACS	Rev. ABENO	2010	cont
Saliba, Nemre A; Moimaz, Suzely A. S; Fadel, Cristina B; Bino, Livia S	Objetivo de analisar a implantação e a distribuição geográfica dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil	Estudo ecológico	LILACS	ROBRAC	2010	efe
Fernando Castim Pimentel; Petrônio José de Lima Martelli; José Luiz do Amaral Correa de Araújo Junior <sup>I</sup> ; Raquel Moura Lins Acioli <sup>II</sup> ; Cícera Lissandra Sá Vieira Macedo <sup>III</sup>	Objetivo analisar o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde bucal do Distrito Sanitário VI do município de Recife (PE), no ano de 2006.	Estudo qualitativo	Scielo	Ciênc. Saúde Colet	2010	efe

SILVA, José da and CALDEIRA, Prates.	Mendes Antônio	Objetivou-se verificar a adequação de equipes de saúde da família aos padrões de qualidade do Ministério da Saúde e sua correlação com ações de atenção à saúde, segundo os profissionais de saúde.	Estudo transversal com base em profissionais de saúde	SciELO	Cad Saude Publica	2010	efe
FACCIN, Rafael and CARCERERI, Daniela Lemos.	Deniz; SEBOLD,	Programação e avaliação em Odontologia no Programa Saúde	Estudo qualitativo	SciELO	Ciênc. Saúde Colet	2010	efe
Cunha, Bernadete Tavares; Marques, Regina Auxiliadora de Amorim; Castro, Claudio Gastão Junqueira de; Narvai, Paulo Capel	Aparecida Regina	O objetivo deste artigo é descrever e analisar a evolução da política de SB do município de Diadema no período de 1972 a 2007	Estudo qualitativo	LILACS	Saúde Soc	2011	ace
Sônia Cristina Lima Chaves; Denise Nogueira Cruz; Sandra Garrido de Barros; Andreia Leal Figueiredo		Objetivo avaliar a oferta e a utilização dos serviços odontológicos especializados de quatro CEOs da Bahia,	Estudo quanti-qualitativo	SciELO	Cad Saude Publica	2011	cont

Rodrigues, Ana Áurea Alécio de Oliveira; Nascimento, Maria Ângela Alves do; Fonsêca, Graciela Soares; Siqueira, Daniele Veiga da Silva.	Objetiva compreender como se organiza o trabalho da ESB na ESF em um município do semiárido baiano, refletir sobre os limites de articulação entre a formação do profissional e as práticas desenvolvidas no serviço de saúde considerando os recursos humanos, recursos físicos e materiais, além de discutir as relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos que atuam na ESF.	Estudo qualitativo Lilacs	Rev. baiana saúde pública	2011	efe
Luz, Larissa Almondes da; Futino, Marilia Ione; Luz, Emanuela Almondes da; Martins, Gabriella Miranda; Barbosa, Emanuelle Pires Magalhães; Rocha, Lamartine de Moura	O objetivo desta pesquisa foi avaliar as ações estratégicas na atenção à saúde do idoso em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Teresina-PI	Estudo descritivo com base em LILACS serviços de saúde	Rev. bras. med. fam. comunida de	2012	efe
Chaves, Sônia Cristina Lima; Soares, Felipe Fagundes; Rossi, Thais Regis Aranha; Cangussu, Maria Cristina Teixeira; Figueiredo, Andreia Cristina Leal; Cruz, Denise Nogueira; Cury, Patrícia Ramos	Este estudo de corte transversal descreve as principais características de acesso e utilização de serviços odontológicos básicos e especializados em dois municípios de médio porte da Bahia com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família.	Estudo transversal com base em usuários LILACS de serviços de saúde	Ciênc. Saúde Colet	2012	ace

Bordin, Danielle; Fadel, Cristina Berger	OBJETIVO: Analisar e interpretar a evolução temporal dos indicadores de saúde bucal, consolidados no Pacto pela Saúde, considerando-se as cinco grandes regiões brasileiras.	Estudo ecológico de séries temporais	LILACS	Rev. odontol. UNESP (Online)	2012	efe
Almeida, Fernanda Campos Sousa de, Cazal, Claudia, Pucca Júnior, Gilberto Alfredo, Silva, Dorival Pedroso da, Frias, Antonio Carlos, Araújo, Maria Ercilia de	Objetivo apresentar as estratégias de prevenção e detecção precoce de câncer bucal, através de triagem (rastreamento) na população idosa do Estado de São Paulo.	Estudo longitudinal com base em usuários de serviços de saúde	Scielo	Brazilian Dental Journal	2012	cont
Araújo, Denis Bezerra; Menezes, Léa Maria Bezerra de; Sousa, Denise Lins de	Descrever a implementação dos serviços da atenção secundária em saúde bucal no estado do Ceará, Brasil, através de dados secundários sobre os Centros de Especialidades Odontológicas e a oferta de atendimento especializado em Odontologia.	Estudo ecológico de séries temporais	LILACS	RGO	2012	cont
PIMENTEL, Fernando Castim et al.	Objetivo analisar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal no Estado de Pernambuco, Brasil	Estudo transversal com base em serviços de saúde	Scielo	Cad Saude Publica	2012	efe

PEREIRA, Carmen Regina dos Santos et al.		Este estudo objetivou verificar o impacto da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a saúde bucal na população do Nordeste do Brasil de 12 municípios com mais de 100 mil habitantes.	Estudo transversal com base em usuários de serviços de saúde	Scielo	Cad Saude Publica	2012	efe
ESPOSTI, Carolina Dutra Degli; OLIVEIRA, Adauto Emmerich; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos and ZANDONADE, Eliana.		O objetivo deste estudo é analisar a compreensão dos cirurgiões-dentistas (CDs) sobre o processo de trabalho e as relações da equipe de saúde com os Técnicos em Saúde Bucal (TSBs).	Estudo qualitativo	Scielo	Saúde Soc	2012	efe
JUNQUEIRA, Rennó; FRIAS, Carlos; ZILBOVICIUS, Celso and ARAUJO, Ercilia de.	Simone Antônio Maria	Pretende-se, com este estudo, analisar a tendência do acesso aos serviços de saúde bucal, do perfil de saúde bucal e da necessidade de tratamento cirúrgico odontológico de crianças paulistanas de 5, 12 e 15 anos de idade em relação ao INS, considerando-se que esse índice poderá ser utilizado como subsídio técnico às decisões políticas de implantação de novos serviços em saúde.	Estudo ecológico transversal	Scielo	Ciênc. Saúde Colet	2012	efe

Aguilera, Sandra Lúcia Vieira Ulinski; França, Beatriz Helena Sottile; Moysés, Samuel Jorge; Moysés, Simone Tetú	Este estudo objetivou compreender a prática discursiva de gestores em relação à articulação entre os níveis de atenção primária e de média/alta complexidade dos serviços públicos de saúde na Região Metropolitana de Curitiba	Estudo qualitativo LILACS	Rev. adm. pública 2013 cont
Rodrigues, Luciana Afonso	O objetivo primordial desta pesquisa foi a descrição de dados sobre a referência dos usuários que acessam os serviços prestados por Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) localizado em município polo	Estudo descritivo com base em serviços de saúde LILACS	Cad. saúde colet., (Rio J.) 2013 cont
Silva, Lorena Soares da; Santana, Karliane Resende; Pinheiro, Helder Henrique Costa; Nascimento, Liliane Silva do	OBJETIVO: descrever os indicadores de atenção básica e indicadores de atenção especializada de saúde bucal em municípios do Estado do Pará, Brasil.	Estudo ecológico de séries temporais LILACS	Epidemiol. serv. saúde 2013 cont
Moura, Marcoeli Silva de; Ferro, Flávia Ennes Fonseca Dourado; Cunha, Naiana Lustosa da; Néto, Otacílio Batista de Sousa; Lima, Marina de Deus Moura de; Moura, Lúcia de Fátima Almeida de Deus	Objetivo analisar o perfil de atuação dos cirurgiões-dentistas que trabalham na estratégia saúde da família	Estudo descritivo com base em profissionais de serviços de saúde LILACS	Ciênc. Saúde Colet 2013 ace

Bezerra, Isabella Azevedo; Goes, Paulo Sávio Angeiras de	O presente estudo objetivou avaliar o efeito de uma intervenção no serviço de uma USF,	Estudo de intervenção do tipo antes-depois	LILACS	Rev de Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr	2013	ace
SANGLARD-OLIVEIRA, Carla Aparecida; WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; LUCAS, Simone Dutra and ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de.	O objetivo deste artigo é analisar o autorrelato de funções executadas pelos Técnicos em Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais.	Estudo descritivo de prevalência com base em profissionais de saúde	Scielo	Ciênc. Saúde Colet	2013	efe
Aline Lütkemeyer Brunhauser <sup>I</sup> ; Miriam Lago Magro <sup>II</sup> ; Matheus Neves <sup>III</sup>	Objetivo investigar se os serviços odontológicos incorporados à Estratégia de Saúde da Família (ESF) geram maior satisfação aos seus usuários, quando em comparação aos serviços odontológicos não incorporados à ESF, na cidade de Não-Me-Toque/RS, Brasil.	Estudo transversal com base em usuários de serviços de saúde	Lilacs	RFO	2013	efe
Soares, Érika Fernandes; Reis, Sandra Cristina Guimarães Bahia; Freire, Maria do Carmo Matias	O objetivo do presente estudo é conhecer a visão de integrantes das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre as características ideais de um cirurgião-dentista para atuar nesse modelo.	Estudo qualitativo	LILACS	Trab. educ. saúde	2014	efe

Marin, Juliana Marin; Machado, Mônica Tereza Christa; Gouvêa, Mônica Villela Gouvêa; Mayernyik, Marcelo de Almeida	Este artigo adota como objeto de análise a implantação de ESB no PMF	Estudo qualitativo	LILACS	Rev. APS	2014	ace
PINTO, Vicente de Paulo Teixeira et al	O objetivo desta pesquisa foi avaliar a acessibilidade à atenção especializada nesta região após a implantação do CEO-R Sobral.	Estudo descritivo de prevalência com base em profissionais de saúde	Scielo	Ciênc. Saúde Colet	2014	ace
GOMES, Antonildes Medeiros Mota et al.	Objetivou-se avaliar a utilização dos serviços de saúde bucal (SSB) e fatores associados nos municípios com mais de 100 mil habitantes do Maranhão.	Estudo transversal com base em usuários de serviços de saúde	Scielo	Ciênc. Saúde Colet	2014	cont
Barbosa, Nayara Roberta de Andrade; Cruz, Aline Fernanda; Lacerda, Júlio César Tanos de; Resende, Renata Gonçalves	Objetivo: Avaliar o tipo e a relevância dos encaminhamentos feitos pela Atenção Básica/ Saúde da Família, do município de Belo Horizonte (BH), ao serviço de Estomatologia do Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB) e analisar os critérios do Protocolo de Regulação da Saúde Bucal de BH.	Estudo transversal com base em serviços de saúde	LILACS	Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais	2015	cont

<p>Silva, Alexandre Policarpo da; Dutra, Laio da Costa; Martins, Yuri Victor de Medeiros; Araújo, Hérvora Santuzza Pereira; Seabra, Eduardo José Guerra</p>	<p>O objetivo do presente estudo é avaliar a evolução da cobertura dos CEOs dentro do estado do Rio Grande do Norte,</p>	<p>Estudo ecológico de séries temporais LILACS</p>	<p>Rev. ABENO 2015 cont</p>
<p>Molin, Sheila; Mendes, Haroldo José; Xavier, Angela; Hugo Pinto, Edu Cassiano; Magalhães Bastos, José Roberto; Maito Velasco, Sofia Rafaela; da Silva Bastos, Roosevelt</p>	<p>Estudo ecológico coletou informações sobre o IDH-M, indicadores socioeconômicos e da ESF referentes ao número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), cobertura populacional e relativa (%) em 645 municípios do estado de São Paulo no período de 2001 a 2010.</p>	<p>Estudo ecológico LILACS</p>	<p>Rev. bras. promoç. saúde (Impr.) 2015 ace</p>
<p>Scarparo, Angela; Zermiani, Thabata Cristy; Ditterich, Rafael Gomes; Pinto, Márcia Helena Baldani</p>	<p>Esse estudo tem por objetivo avaliar o impacto da atual Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Programa Brasil Sorridente (PBS), sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro.</p>	<p>Estudo ecológico LILACS</p>	<p>Cad. saúde colet., (Rio J.) 2015 efe</p>

Rossi, Thaís Regis Aranha; Chaves, Sônia Cristina Lima	O objetivo do estudo foi analisar a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas em dois municípios com 100% de cobertura da Atenção Básica na Bahia.	Estudo qualitativo	LILACS	Saúde em Debate	2015	cont
Ilha, Mariana Cezar; Borges, Tássia Silvana; Imperatore, Simone Loureiro Brum; Fontanella, Vania Regina Camargo	O objetivo do presente estudo foi analisar a política de saúde bucal do município de Porto Alegre no contexto da descentralização da saúde implementada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).	Estudo ecológico de séries temporais	LILACS	Stomatol	2015	efe
Oliveira, Raquel Santos de; Moraes, Heloisa Maria Mendonça de; Goes, Paulo Sávio Angeiras de; Botazzo, Carlos; Magalhães, Bruno Gama	Objetivo: Investigar o perfil profissional de cirurgiões-dentistas dos centros de especialidades odontológicas e analisar a natureza das relações de trabalho em vigor nos contratos firmados entre esses profissionais e os municípios	Estudo descritivo com base em profissionais de serviços de saúde	LILACS	Saúde Soc	2015	cont
Freitas, Cláudia Helena Soares de Moraes, Lemos, George Azevedo, Pessoa, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes, Araujo, Marcílio Ferreira de, Forte, Franklin Delano Soares	Este estudo objetivou avaliar a Política Nacional de Saúde Bucal na atenção de média complexidade, considerando o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) da Paraíba.	Estudo longitudinal com base em serviços de saúde	SciELO	Saúde em Debate	2016	cont

Oliveira, Raquel Santos de, Moraes, Heloisa Maria Mendonça de	Este artigo objetiva analisar o fenômeno da precarização do trabalho, centrando o enfoque na atenção à saúde, no caso particular da saúde bucal.	Estudo quali	quanti-	Scielo	Trab. educ. saúde	2016	cont
Lima, Arinilson Moreira Chaves, Garbin, Cléa Adas Saliba, Garbin, Artênio José Ísper, Aragão, Elis Regina Vasconcelos Farias, Lima, Betânia Moreira Chaves, Canuto, Ondina Maria Chagas, Moimaz, Suzely Adas Saliba	O objetivo foi avaliar a inserção dos TSBs formados pela ESP-CE no SUS, identificando aqueles que apresentavam vínculo de trabalho com o serviço público	Estudo quali	quanti-	Scielo	Trab. educ. saúde	2016	efe
Ribeiro Macêdo, Márcia Stefânia; Lima Chaves, Sônia Cristina; de Carvalho Fernandes, Antônio Luis	OBJETIVO: Estimar os investimentos para implantação e os custos operacionais de uma Equipe de Saúde Bucal modalidade tipo I na Estratégia Saúde da Família.	Estudo avaliação econômica	de	Scielo	Rev Saude Publica	2016	efe
Moura, Flávio Renato Reis de; Tovo, Maximiano Ferreira; Celeste, Roger Keller	O objetivo do estudo foi verificar o cumprimento das metas ambulatoriais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) localizados na Região Sul do Brasil e fatores associados aos processos de trabalho.	Estudo transversal com base em serviços de saúde		LILACS	Rev Saude Publica	2017	cont

Rossi, Thais Régis Aranha, Chaves, Sônia Cristina Lima	O objetivo presente estudo foi analisar as práticas desenvolvidas pelos profissionais de CEO em dois municípios da Bahia.	Estudo qualitativo	Scielo	Saúde em Debate	2017	cont
Godoi, Heloisa; Andrade, Selma Regina de; Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de	Objetivou-se descrever o sistema de governança empreendido na estruturação da rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, baseando-se na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo como foco a estruturação da atenção à saúde bucal.	Estudo qualitativo	LILACS	Cad Saude Publica	2017	cont
COSTA, Wellen Carla da Luz Benfica, WERNECK, Marcos Azeredo Furquim, PALMIER, Andréa Clemente	To know the demand and access to specialized procedures in Oral Health in 10 municipalities in the region of Guanhões, Minas Gerais, Brazil, which do not have a Dental Specialty Center.	Estudo transversal com base em profissionais dos serviços de saúde	Scielo	RGO	2017	cont

## 7. DISCUSSÃO

### 7.1 Acesso

O acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de profunda discussão e debate do ponto de vista conceitual com consequências no nível de organização de rede de assistência. A conceituação de acesso é complexa pelas variáveis que envolve sua organização prática como, por exemplo, a demanda potencial, a possibilidade de oferta de serviços, a necessidade da população e a localização geográfica dos serviços e usuários. O acesso ainda dialoga com outra variável não menos complexa, a acessibilidade. Donadebian (2003) dividiu acesso em dois eixos: o sócio-organizacional e o geográfico (ou espacial), descrevendo entre os eixos uma interdependência. O acesso sócio-organizacional corresponde a uma gama de equipamentos públicos, institucionais, disponíveis para oferta de serviços em saúde, como unidades básicas de saúde, hospitais, centros de referência, laboratórios e etc. Já o eixo de acesso geográfico corresponde à capacidade do usuário de utilizar os serviços de saúde considerando seu deslocamento físico, social e cultural aos equipamentos públicos de serviços de saúde.

Analisar a oferta de serviços de saúde bucal pelo acesso, pelas suas desigualdades e pela forma de uso dos serviços odontológicos em uma Rede assistencial tem sido objeto de diversos estudos em publicações nacionais (ARAUJO *et al*, 2009; BALDINI *et al*, 2010; CAMARGO *et al* 2009). No estudo de Peres (2012) sobre a utilização de serviços no SUS, a procura por assistência em saúde bucal constituiu a terceira maior demanda. No campo da atenção básica, a PNSB inequivocamente se constituiu como uma importante ferramenta de continuidade e fortalecimento de financiamento específico para as eSB, ampliando a oferta da assistência em saúde bucal na atenção básica nos municípios, sem perder a característica de extensa atomização em base municipal de um sistema colocado como único, norteado em princípios fundamentais de integralidade, de universalidade e de equidade (OLIVEIRA, 2005), em que a existência de um desses princípios não pode ser entendida sem a inclusão dos outros dois. Estando os três princípios umbilicalmente interligados na concepção do sistema, o planejamento da oferta das ações em saúde bucal ficou sob jurisdição dos municípios, cabendo, conseqüentemente, à responsabilidade municipal a materialidade dos princípios da integralidade, universalidade e equidade. Para a realização prática desses princípios se faz necessário o cumprimento de etapas do planejamento local que incluem diagnóstico situacional, priorização de demanda, programação das ações a serem executadas, execução da assistência,

acompanhamento, e avaliação. Porém, todo ordenamento legal que institui o Programa Brasil Sorridente/PNSB passa ao largo da organização da oferta de serviços e da coordenação da rede de assistência, estando voltada majoritariamente para instalação de equipamentos públicos de saúde bucal. Os municípios têm experimentado as mais diversas formas de organização de oferta de serviços de saúde bucal na atenção básica cujo acolhimento dos usuários se dá por livre demanda, ou por ações programadas<sup>18</sup> ou por atendimentos de urgência<sup>19</sup>, acontecendo de forma mista ou exclusiva, sem que haja um padrão mínimo de qualidade (AGUILERA, 2013) ou presença de indicadores de acesso em saúde que tenham sido objeto do planejamento loco-regional para conformação da Rede.

Estudos selecionados, das mais diversas metodologias, apontaram a ampliação do acesso na atenção básica após a implantação da PNSB no SUS (COLUSSI *et al*, 2009; FIGUEIREDO e GOES, 2009; MAIA, 2008, 2010; COSTA JUNIOR, 2011) sem uma organização efetiva e racional da demanda, como aponta Fonseca *et al.* (2012) e Olivati *et al.* (2012). Ao analisar o perfil das urgências odontológicas em distintos municípios do interior do estado de São Paulo, os pesquisadores observaram uma sobrecarga de atendimentos de urgência de baixa complexidade clínica em unidades de pronto atendimento, que poderiam ser atendidos na atenção básica, mas acabaram transformando o pronto atendimento na porta de acesso fundamental do sistema de saúde, desorganizando a formação de Rede. Em estudo nacional (PERES, 2012), por exemplo, foi observado que entre os anos de 1998 a 2008 a grande ampliação no acesso dos serviços de saúde bucal foi evidenciada entre jovens de 07 a 19 anos, reportando assim ao antigo modelo de serviços odontológicos voltado a escolares.

Colussi (2009), em estudo sobre a produção ambulatorial em todos os níveis de atenção à saúde bucal no estado de Santa Catarina entre os anos de 2000 a 2006, observou um aumento da produção de procedimentos diretamente relacionado ao aumento de cobertura e ao aumento de equipamentos públicos instalados. Figueiredo e Goes (2009) observam em estudo importantes desigualdades de acesso aos serviços de saúde bucal, mas reconhecem o aumento de cobertura pela redução do número de pessoas que nunca foram ao dentista. Assim, apontam que o financiamento por indução foi importante para aumento do número de equipes de saúde bucal. Maia (2008, 2010), em estudo em todos os 92 municípios do estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 1998 a 2007, também observou aumento significativo do acesso aos serviços

---

<sup>18</sup> Oferta orientada na perspectiva de tratamento concluído ou alta clínica

<sup>19</sup> Oferta orientada pelo livre acesso baseado em episódios de dor ou sofrimento

de saúde bucal após a implantação da PNSB, mesmo com forte caráter de desorganização de redes de atenção, levando à desordens de acesso reforçando o componente de iniquidade.

Em estudo, Silva (2011) mostrou que altas coberturas de eSB são facilmente encontradas em municípios com pequeno porte populacional, haja vista que com pequeno número de equipes se alcança mais facilmente coberturas próximas a 100% da população. Scarparo (2015) identificou grande avanço da cobertura de eSB no estado do Rio de Janeiro de 2004 a 2010, porém ainda com baixa cobertura populacional, em torno de 31% da população total do estado. No formato de Rede de Atenção à Saúde configurada no SUS, a atenção básica é o elo de vínculo do indivíduo com o sistema e responsável pela continuidade do cuidado, mesmo que o usuário percorra outros níveis de atenção baseado em um cuidadoso sistema de referência e contrarreferência (ferramenta de encaminhamento recíproco de usuários entre os diferentes níveis de complexidade do sistema) (SERRA, RODRIGUES, 2010). A atenção de média/alta complexidade envolve cuidados em saúde de profissionais especializados e o emprego de tecnologia de alto custo de apoio diagnóstico e terapêutico não possibilita sua disponibilidade em todos os municípios do país (AGUILERA, 2013). Como o modelo dá ao gestor local liberdade de organização de redes municipais e não torna clara a organização e o financiamento de redes regionalizadas de atenção à saúde e nem aponta para a figura comum em países com sistemas universais de saúde de uma autoridade sanitária regional que organizaria essa Rede, ainda permanecem modelos inadequados de oferta, cobertura e gasto público em saúde (RODRIGUES, 2014).

Em estudo de Casotti *et al* (2014) sobre os resultados do 1º ciclo do PMAQ-AB, tendo como escopo as equipes de saúde bucal, foi constatado que dos usuários entrevistados sobre as 12.565 eSB avaliadas pelo programa, a simples marcação de consulta não é acessível a 34,5% dos usuários. Avaliou-se que 33% dos usuários que buscaram o atendimento foram atendidos no mesmo dia (demanda espontânea<sup>20</sup> e/ou casos de urgência) e 45,8% dos pacientes foram agendados no prazo de 2 a 15 dias após a marcação (demanda programada), chamando a atenção os dados da região Norte cujos dados se invertem (48,5% são atendidos no mesmo dia ou no dia seguinte e 39,7% são agendados no prazo de 2 a 15 após a marcação) e da região Sudeste (19,2% são atendidos no mesmo dia ou no dia seguinte, 19,1% são agendados no prazo de 16 a

---

<sup>20</sup> A lógica da demanda programada aponta para o cuidado continuado com alta clínica e a lógica da demanda espontânea aponta para atendimentos de urgência sem programação do cuidado.

30 após a marcação e 14% esperam mais de 30 dias entre a marcação e o atendimento na atenção básica).

Estudo de Peres *et al.* (2012) analisou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre os anos de 1998 a 2008 e constatou que nacionalmente no período a utilização de serviços assistenciais odontológicos ampliou-se em todas faixas etárias numa clara perspectiva da existência de uma demanda reprimida por esse tipo de cuidado em saúde. No período de 10 anos do estudo, o percentual de pessoas que nunca tinha procurado o dentista caiu em 30% da população. O aumento do acesso em serviços de saúde bucal à população durante a implementação da PNSB levou a um proporcional aumento da produção ambulatorial (CORRÊA GT, CELESTE RK, 2015), ampliando também a necessidade de contratação de recursos humanos. Referente às formas de contratação dos profissionais para composição das equipes de saúde bucal na atenção básica e dos profissionais de saúde bucal na média complexidade (CEO), os municípios, dentro de suas Redes, contratam profissionais das mais diversas formas com consequências ao processo de trabalho (FONSECA, 2014). Não havendo uma normatização no regramento da PNSB quanto à modalidade de vínculo profissional, apenas orientações gerais na PNAB sobre a importância do vínculo das eSB com território, a flexibilização das relações de trabalho apurada nos estudos somada à ampla oferta de contratações nos diversos municípios, resultam em reiteradas modificações dos profissionais (grande rotatividade profissional). A precarização do trabalho foi abordada no conjunto da flexibilização das leis trabalhistas. No caso do SUS, a precarização dos vínculos e das relações de trabalho tem algumas particularidades e consequências, fato que compromete a relação com a comunidade e a credibilidade do mesmo. Segundo os artigos analisados, há um consenso quanto ao fato de que os recursos humanos compõem uma vulnerabilidade essencial no programa, tanto no que diz respeito à contratação de mão-de-obra, quanto à capacitação, à motivação, à supervisão e à rotatividade no interior das equipes, além de baixos salários, condições inadequadas de trabalho e excesso de jornada de tarefas, influenciando na qualidade dos serviços prestados pelos profissionais aos usuários (LACAZ *et al.*, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2006).

Referente ainda à mão-de-obra, verdadeiros operadores da política junto à população/usuários, a formação profissional dos trabalhadores da saúde bucal traz forte lastro ainda com o modelo de saúde pré-SUS, ou seja, tecnicista, centrada em realização de procedimentos odontológicos (BALDINI, 2005; GODOI *et al.*, 2017). Como um todo, a reforma sanitária, idealizada na VIII Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de

Saúde Bucal, com suas bases garantidas nos artigos de nº 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, e regulamentadas nas leis orgânicas da saúde do início da década de 90 (leis nº 8080 e 8142), foi implantada à revelia de uma também fundamental reforma acadêmica de mesma magnitude, ou seja, mudou-se o modelo de oferta de serviços e de organização de Rede sem se considerar a formação de recursos humanos. Segundo estudo de Rosa (2005), o dentista inserido no PSF ainda traz uma organização de seu processo de trabalho de forma isolada “tanto na sua atuação, quanto no seu saber”. A odontologia, no conjunto das demais áreas da saúde, no interior do novo modelo de saúde passa, nos municípios, a replicar muitas vezes o antigo modelo ‘inampiano’, centrado em ações curativas e não de promoção e de produção de saúde. Segundo Corrêa e Celeste (2015), o aumento da produtividade das equipes, e consequente aumento do acesso aos serviços, refletindo o uso do serviço, está mais ligado ao modelo de saúde e aos processos de trabalho das equipes que propriamente com a simples provimento de profissionais e técnicos/auxiliares.

## 7.2 Efetividade

A efetividade se define como o alcance de objetivos traçados, ou seja, a melhora de indicadores de saúde bucal e a melhora da condição de saúde bucal da população no interior de Rede de “atendimento nos níveis de atenção de modo a buscar a integralidade” (BRASIL, 2004). Em outra perspectiva, a população tem uma espera de ter suas demandas de saúde bucal resolvidos pelo serviço (COLUSSI, 2011).

A busca pela efetividade passa pela integração dos serviços em redes de assistência que devem objetivar a eficiência e a racionalidade dos serviços produzindo economia, expansão da assistência, melhoria do acesso e evitar a duplicidade de serviço (SANTOS; ANDRADE, 2008). Para Calvo *et al.* (2012), ainda são fundamentais as buscas de esforços para que se efetivem a diminuição das disparidades de acesso, o aprimoramento do cuidado e a utilização dos indicadores epidemiológicos na área da saúde bucal para programação de ações assistenciais no território.

Estudos de base epidemiológicos têm demonstrado grande incidência de dentes cariados, perdidos e obturados e a consequente necessidade de utilização de serviços públicos de saúde bucal (BRASIL, 2004). Diante da demanda existente pelo uso de equipamentos públicos de saúde bucal, a integralidade do cuidado deve considerar barreiras de acesso e as características dos sistemas municipais de saúde, pois a efetividade visa a resolutividade dos

problemas de saúde bucal da população, ou seja, o serviço de saúde bucal disponível em uma rede de atenção à saúde soluciona os problemas de saúde dos usuários. Para avaliação da efetividade dos serviços de média complexidade odontológicos, em 2011 o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde criou o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica<sup>21</sup> (PMAQ-AB e PMAQ-eSB) e do CEO (PMAQ-CEO) com caráter indutivo da melhora do serviço, mas também como grande diagnóstico situacional da expansão da rede de saúde bucal no Brasil. Essa avaliação levou em conta um conjunto de indicadores<sup>22</sup>, autoavaliação e instrumento de avaliação<sup>23</sup>, na perspectiva de assegurar padrões de qualidade nacional, regional e locais mensuráveis.

Segundo Casotti *et al.* (2014), analisando os dados do 1º ciclo do PMAQ, constatou-se que quase metade das eSB no Brasil não possui qualquer protocolo orientando a gestão da clínica ou a organização do processo de trabalho das equipes indicando pouca racionalidade na rotina de assistência à saúde pelas equipes, diferentes dos CEO onde 78,2% dos odontólogos relataram existir fluxos definidos de referência e contrarreferência em suas rotinas de trabalho. Os dados do 1º ciclo do PMAQ, quando agrupados no componente saúde bucal, ainda apontam que 85,1% das eSB fazem acolhimento da demanda espontânea, mas somente 43,8% utilizam algum protocolo para acolhimento, resultado que dialoga com o baixo percentual de equipes que fazem busca ativa para identificar pessoas que necessitam de prótese dentária<sup>24</sup>, com menos da metade das equipes contendo fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca<sup>25</sup> (45,8%) e também com 59,1% das equipes fazendo registros e acompanhamentos de casos suspeitos/confirmados de câncer de boca<sup>26</sup>. Quando analisamos o tempo de espera para consulta de referência nos CEO, percebemos que a estomatologia é a especialidade que apresenta o maior tempo de espera, com 48,3% de todos os pacientes aguardando mais de 1 ano para consulta, chegando a 63,8% na região Norte e 56,5% na região Nordeste, indicando a fragilidade de uma rede preparada e com resolutividade para acolher esse paciente com suspeita de câncer.

---

<sup>21</sup> Criado mediante Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011.

<sup>22</sup> Foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete eixos estratégicos e tipificados segundo sua utilização (BRASIL, 2012). Indicadores de desempenho: utilizados para a certificação das equipes na Atenção Básica (AB), a partir de sua aferição; Indicadores de monitoramento: para acompanhamento regular sem influência na certificação final.

<sup>23</sup> A certificação final é obtida levando em consideração: indicadores dos serviços (20% da avaliação final no PMAQ eSB e 30% no PMAQ-CEO), autoavaliação (10% da avaliação final) e instrumento de avaliação (70% no PMAQ eSB e 60% no PMAQ-CEO da avaliação final)

<sup>24</sup> Apenas metade das equipes (50,5%) promovem ações para identificar pessoas que necessitam de prótese dentária (na região norte o percentual chega a 39,3%)

<sup>25</sup> O pior percentual é encontrado na região Norte (31%) e o melhor na região Sudeste (57,8%)

<sup>26</sup> Percentual chegando a 40,7% na região Norte

Referente a rede de cuidado para pontos de atenção especializados, foi observado que há mais CEO de referência (62,6%) para apoio à atenção básica do que protocolos de encaminhamento e referenciamento/contrarreferenciamento a esses pontos da rede (54,5%), assim como apenas 35,7% das equipes utilizam protocolos para solicitação de próteses dentárias a partir da UBS.

A implantação dos CEO inaugura uma política de saúde bucal de média complexidade em que um conjunto de procedimentos que fogem do escopo da atenção básica passam a ter um outro serviço de apoio de especialistas para que o atendimento integral à saúde do paciente seja alcançado. Assim sendo, os CEO só tem sentido no interior de uma Rede a partir de duas perspectivas: uma organizativa (como um serviço de saúde bucal distinto e complementar à atenção básica formando uma linha de cuidado) e outra de apoio (como um ponto de atenção ofertando às eSB serviços de maior complexidade tecnológica). Foram observados em estudos realizados (CHAVES SCL et al, 2012; CHAVES, 2010; SOARES, 2011; TOMASSI, 2011) sobre a implementação de CEO e suas rotinas nos municípios que esses equipamentos públicos servem tanto de porta de entrada do sistema local de saúde como competem na realização dos mesmos procedimentos que a atenção básica realiza, desvirtuando assim a essência desse aparelho público de média complexidade. Em estudos sobre os CEO realizados nacionalmente e, especificamente, na região Sul do Brasil (MOURA *et al.*, 2017) (GOES et al, 2012) foram observados que a maior parte dos CEO não cumprem as metas mensais de produção, estipulado em Portaria específica para o recebimento de recursos federais para gasto de custeio. Dentro das metas por especialidades odontológicas, a maior parte desse alcance foi atingida para o rol de procedimentos básicos, fazendo o serviço de média complexidade competir com o serviço de atenção básica, corroborando com o argumento anterior levantado por Chaves (2012; 2010), Soares (2011) e Tomassi (2011), colocando a média complexidade, na prática, como outra porta de entrada do sistema, tendo assim um sistema de dupla porta de entrada. Segundo Moura (2017), esse resultado encontrado pode indicar também baixa resolutividade da atenção básica, haja vista que a maior parte dos procedimentos realizados pelos CEO são procedimentos de atenção básica. Aguilera (2013), ao analisar municípios da região metropolitana de Curitiba, observou baixa resolutividade da atenção básica sobrecarregando a média complexidade. Ao analisar o cumprimento de metas de produtividade dos CEO do estado da Paraíba, entre os anos de 2007 a 2010, Freitas *et al.* (2016) concluiu que nenhum do tipo I e II cumpriu integralmente as metas, segundo portaria específica, exceto 1 CEO do tipo I, no ano de 2010. Todavia, segundo Freitas et al (2016) todos os CEO, principalmente os do tipo I apresentaram uma

grande produção de procedimentos típicos de atenção básica e que fogem do escopo dos procedimentos característicos da atenção especializada, em uma clara fotografia que os serviços de média complexidade ou servem como porta de acesso ao sistema ou apresenta atenção básica com grandes limitações para alcance da resolutividade. A baixa resolutividade da atenção básica foi também encontrada em estudo de Barbosa *et al* (2015), que analisou o perfil dos encaminhamentos para média complexidade através do sistema de regulação.

### 7.3 Continuidade

A continuidade do cuidado, na dimensão da integralidade da assistência, também sendo entendida como produção compartilhada de cuidado, dá à PNSB sua característica mais marcante. A implantação de CEO, abrindo a perspectiva do acesso aos usuários à média complexidade odontológica no SUS, foi a característica mais emblemática do início efetivo da PNSB e a concretização da Rede de assistência da atenção à saúde bucal. A concepção dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ofertou possibilidades para o desenvolvimento do sistema de referência e contrarreferência na área da odontologia, apontando para a possibilidade de cuidados continuados em saúde bucal (SERRA, RODRIGUES; 2010) que proporcionam pelo monitoramento da produção ambulatorial ferramenta importante para redução das iniquidades no SUS (MOURA *et al*, 2015). Em estudos Silva *et al*. (2007), Figueiredo e Goes (2009) e Colussi (2009) apontaram a pouca quantidade de publicações sobre a média complexidade em saúde bucal, porém revelaram em seus estudos uma desorganização da oferta de serviços.

Mendes (2010) ressalta a necessidade de se superar “os sistemas (municipais) fragmentados de atenção à saúde” que “se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população”. Relacionado à Rede de média complexidade disponível aos usuários, como citado anteriormente, a imensa maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte, não justificando uma Rede de média complexidade odontológica, só podendo oferecer serviços de atenção básica (RODRIGUES; SANTOS, 2011). Assim, os usuários são encaminhados para outros centros urbanos quando há políticas regionais de pactuação entre municípios, não garantindo de forma regular o acesso aos usuários aos níveis de maior complexidade da saúde, nem a universalização da cobertura, haja vista que acesso e

cobertura são indicadores também da média complexidade e não só da atenção básica (FLORÊNCIO DA SILVA, 2011).

Estudo de Giordany *et al.* (2017) analisando equipes participantes do 1º ciclo do PMAQ avalia que as eSB do tipo II, ou seja, que possui auxiliar e técnico de saúde bucal além do próprio odontólogo, estão presentes nas regiões com maior IDH do país e as regiões mais pobres, ou seja com menor IDH, e conseqüentemente com maiores demandas por serviços públicos de saúde, apresentam uma maior quantidade de eSB tipo I, quando comparado com a eSB tipo II, sendo uma equipe reduzida em recursos humanos. Por isso, o mesmo estudo observou uma maior quantidade de procedimentos de promoção e de prevenção nas eSB tipo II. Essa constatação corrobora com o estudo de Florêncio da Silva (2011), que acompanhou no período de 2002 a 2005 um maior aumento da implantação de eSB tipo I no estado de Pernambuco em detrimento das eSB tipo II. O estudo de Mattos *et al.* (2014) avaliou que os municípios com maiores orçamentos e melhores indicadores de saúde possuem maior capacidade instalada de ofertarem integralidade da assistência aos usuários.

Considerando a equidade na utilização de serviços assistenciais de saúde como um dos princípios doutrinários do SUS e com relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça, já que os indivíduos estão no interior de sistema de saúde universal, a assistência será ofertada de acordo com necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Assim, a expansão dos serviços de atenção básica em saúde bucal não fortaleceu a equidade, mas estimulou a iniquidade no SUS, o que Hartz (1971) conceituou como teoria da equidade reversa<sup>27</sup>.

Em estudo realizado por Scarparo (2015) em 92 municípios fluminenses no período de 2004 a 2010, ou seja, na totalidade de municípios do estado do Rio de Janeiro no período, os municípios foram separados em 3 categorias<sup>28</sup> por portes populacionais e foi contatada a ampliação do acesso aos serviços de assistência em atenção básica nas três categorias, porém referente à atenção especializada, a ampliação da implantação de CEO se deu de forma relevante nos municípios de médio e grande porte. Percebe-se, nesse estudo, um crescimento

---

<sup>27</sup> Hartz conceitua “teoria da equidade reversa” como a oferta de políticas e programas de saúde oferecidos a grupos populacionais que menos necessitam e “teoria do cuidado reverso” como a distribuição espacial de equipamentos de saúde disponibilizados a populações com melhores condições de saúde. Dessa forma, um conceito teórico alimenta outro e ambos fomentam fortemente a iniquidade da assistência a serviços e a irracionalidade na administração de recursos públicos.

<sup>28</sup> Municípios de pequeno porte (com até 30.000 habitantes), de médio porte (de 30.001 habitantes a 100.000 habitantes) e de grande porte (com mais de 100.001 habitantes). A estratificação realizada pela autora obedeceu a política de incentivo diferenciado às Equipes de Saúde da Família, conforme a portaria no 648 GM/MS (Brasil, 2006)

disforme dos equipamentos públicos de saúde bucal no Estado do Rio de Janeiro, não obedecendo a um padrão determinado ou estabelecido. Por exemplo, como houve um aumento de acesso aos serviços em virtude do aumento da implantação de equipamentos públicos de saúde bucal, é natural o acréscimo da produção de serviços na atenção básica. Ao analisar a produção de saúde bucal na atenção básica no Estado do Rio de Janeiro, houve um aumento de primeira consulta odontológica programática nos municípios de pequeno e grande porte e nos municípios de médio porte houve uma retração. Quanto aos procedimentos de atenção básica por habitante, percebeu-se sua ampliação em todos os municípios, levando ao aumento da continuidade do tratamento, porém notou-se no estudo de Mattos *et al.* (2014) a sobreposição da oferta de algumas ações, carência de outras e precária integração entre os serviços.

Em estudo de Rodrigues e Serra (2010), referente ao sistema de referência e contrarreferência na região metropolitana do Rio de Janeiro, observou-se baixa governança das gestões locais sobre a oferta de vagas da atenção básica para média complexidade, criando um perigoso funil e longa fila de espera, que gera angústia nos usuários e torna mais complexa a expectativa da integralidade do cuidado. Nesse estudo, os fatores que influenciam para a formação de longas filas de espera para especialistas são semelhantes aos observados em outros estudos, tais como: precário mecanismo de regulação de vagas e limitada oferta de serviços de média complexidade. No tocante à oferta de vagas na média complexidade, com especialistas, é de se supor que as vagas são disponibilizadas sem se calcular a real necessidade de absorção desses pacientes da atenção básica, como se a necessidade de tratamentos especializados tivesse que se adequar ao número de vagas disponibilizado e não o contrário. Em uma comparação utilizando um dito popular, é como se a oferta de vagas na média complexidade fosse um alfaiate que ao ver que o terno fica pequeno faz a alteração no freguês.

Em estudo realizado por Aguilera (2013), na região metropolitana de Curitiba, se observou na Rede de Atenção a Saúde Bucal que a oferta de acesso é insuficiente e desigual, fruto, de acordo com a autora, da pouca organização no planejamento dessa linha de cuidado e de intervenções assistenciais com forte marca ainda de antigos programas de saúde escolar. Como sintoma de uma Rede desorganizada, o estudo identificou longas filas de espera tanto na atenção básica quanto na média complexidade em saúde bucal. Sobre outro aspecto, Baldini (2011) em estudo na cidade de Ponta Grossa, no estado do Paraná, reforça que grupos com melhores condições socioeconômicas são os maiores usuários do serviço de saúde. Outro componente de iniquidade são os municípios com melhores condições que têm maiores possibilidades de oferta de atendimento integral. Dentro desses mesmos municípios, há grupos

específicos com melhores condições de saúde, tornando-se grupos com mais acesso aos serviços.

Alguns municípios analisados, como Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, tem seus sistemas de referência e contrarreferência orientados a partir do SISREG, sistema de informação *on-line* do DATASUS, responsável pela organização os fluxos de pacientes no interior de todas as Redes municipais de saúde (GIOVANELLA, 2009). O SISREG tem como principal objetivo a marcação centralizada de consultas em diversos pontos da Rede, definição de prioridades assistências e o monitoramento das filas de espera. Ainda assim, observou-se que mesmo com o SISREG diminuindo o absenteísmo e dando mais dinamismo à fila de espera, a efetividade de uma Rede depende da equação entre a oferta e a demanda, ou seja, a existência de uma oferta assistencial disponível de tal ordem capaz de absorver a demanda existente por serviços de saúde. Nesse sentido, as filas de espera são sintomas de uma oferta insuficiente para absorver determinada demanda, tornando o tamanho da fila de espera por serviços de saúde inversamente proporcional à sua necessidade, ou seja, fila de espera longa (grande) deduz Rede insuficiente (pequena), tornando a própria Rede ineficaz. Mesmo a classificação de risco do SISREG em alto, médio ou baixo derivado do diagnóstico e a orientação de prioridade de atendimento, não há solução para os vários problemas de Rede com baixa cobertura e para a pouca disponibilidade de equipamentos públicos em atenção especializada.

Barros (2003) ressalta que no conjunto das demais políticas de saúde nota-se uma expansão da oferta de serviços sem planejamento e sem programação das ações. A precipitação na implantação de equipamentos públicos nos mais variados níveis de assistência e a falta de normatização programática têm levado gestores a incorporar diversos serviços assistenciais no empirismo institucional ou na ausência de programação (BALDINI, 2011). Ainda referente à continuidade, Mattos *et al.* (2014) pondera que a vertiginosa expansão dos serviços de saúde bucal na atenção básica não acompanhou a tímida expansão da Rede de média complexidade, não garantindo assim a integralidade do cuidado aos usuários.

Estudo realizado por Goes (2015) sobre a ocupação espacial dos CEO nas 5 macrorregiões brasileiras, demonstrou que a maior parte dos CEO estava concentrada na região Nordeste e depois Sudeste, levando a crer que o princípio da equidade estava sendo levado à cabo, dado à grande fragilidade socioeconômica da região. Porém, nota-se também no mesmo estudo que a região Norte, também frágil socioeconomicamente, apresenta a menor concentração de CEO, mesmo não sendo a região sequer menos habitada, nos levando a crer que a equidade não foi um eixo central na distribuição desses equipamentos. Em outro estudo

de Goes (2012), observou-se que os CEO implantados estavam alocados em municípios mais populosos, com maiores volumes de receitas municipais para investimento, melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e, conseqüentemente, com melhores condições de saúde bucal, assim como Machado (2015) observou resultado semelhante em outro estudo. Podemos crer assim que a disponibilidade de serviços de média complexidade odontológica, na perspectiva da efetividade, está disponível a usuários que menos precisam do serviço quando comparados com os demais, fenômeno descrito na literatura como “lei do cuidado inverso<sup>29</sup>” (HART, 1971).

---

<sup>29</sup> *Inverse care law*, assim intitulado pela autora.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNSB, parte integrante e inerente ao SUS, é reconhecida pelos autores pesquisados como responsável pelo aumento do acesso aos serviços de saúde pública, ou seja, o programa Brasil Sorridente levou mais saúde pública a mais brasileiros e brasileiras. Cerca de quinze anos após a implementação da PNSB, podem ser observados importantes avanços na ampliação de uma Rede de cuidados em saúde bucal e consequente aumento de procedimentos realizados e recursos humanos contratados para efetivação da política (PERES, 2012). Houve um exponencial aumento de cobertura de equipes de saúde bucal na atenção básica, uma oferta efetiva de serviços de média complexidade em saúde bucal. Assim, como diz o ditado popular, não se deve jogar a “água suja fora da bacia, com criança e tudo”, uma analogia simples para expressar o cuidado de uma avaliação de determinada circunstância ao não olhar e ao não valorizar avanços importantes e significativos. A municipalização do sistema de saúde se deu sob a égide da redemocratização e no pressuposto do empoderamento dos atores locais na discussão do modelo de saúde mais conveniente para ofertar serviços aos usuários. Porém, a forma como o Estado brasileiro se organizou e se financia deformou a organização de redes integrais de cuidados em saúde. Diversos desafios para adequação da Rede de assistência a serviços odontológicos foram identificados, como veremos a seguir.

A confecção e a elaboração de um conjunto de protocolos que orientem os processos de trabalhos na atenção básica e média complexidade, como formas de organização do acesso, bem como um protocolo que estimule a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, conforme defendem diversos autores. A definição de fluxos e a oferta de serviços entre diferentes níveis do sistema e entre o mesmo nível do sistema no interior de uma rede assistencial deve buscar a não duplicidade de serviços ofertados, otimização de recursos humanos e financeiros e a maior efetividade das ações. Protocolos clínicos, sistemas de referência e contrarreferência, carteiras de oferta de serviços e regulamentação de determinadas ações trazem maior racionalidade para uma rede de saúde. Salienta-se ainda que apesar do grande percentual de municípios que implantaram as eSB após a implantação da política, observou-se neste estudo ainda uma baixa cobertura populacional, evidenciando que o número de equipes implantadas nos municípios ainda é diminuto, necessitando ser aumentado para que atendam a maior parte da população. Ainda, autores como Goes *et al.* (2012) apontam para necessidade da revisão do cardápio de serviços de especialidades pelos CEO, onde as maiores demandas por serviços, como endodontia, fossem ampliadas e especialidades com menores

demandas em saúde bucal fossem inseridas na perspectiva do planejamento loco-regional respeitando a especificidade de determinadas regiões de saúde.

Alguns estudos (ROCHA e GOES, 2008; ALMEIDA *et al.*, 2010; PEREIRA, 2012; MATTOS *et al.*, 2014) apontam que uma maior cobertura, logo maior acesso, nem sempre resultam em mais resolutividade de uma Rede de atenção à saúde bucal, fazendo do monitoramento e da avaliação de indicadores peça central no planejamento em saúde (CAMARGO, COELI e MORENO, 2007). Em estudo ocorrido no Paraná entre os anos de 2003 e 2006, Souza (2008) aponta para o vazio existente no tocante ao permanente e constante acompanhamento da expansão por indicadores de saúde bucal, corroborando com estudo de Fonseca *et al* (2014) e Mattos *et al.* (2014) que assinalam a fragilidade da avaliação da qualidade de saúde por apenas um indicador, por exemplo, acesso. Peres (2012) assinala que, embora a oferta de serviços de saúde bucal e a utilização dos mesmos tenha aumentado, há ainda enormes abismos referentes às diferenças entre os grupos sociais na utilização dos serviços, com clara desvantagem aos grupos economicamente mais frágeis.

Diversos países que possuem sistemas universais de saúde têm um modelo de metas de indicadores de saúde e de produção a serem alcançados (CORDEIRO *et al*, 2008). Em diferentes exemplos avaliou-se, pelas publicações selecionadas, um baixo percentual de cumprimento de metas ambulatoriais apresentado pelos CEO e fraco sistema de regulação, em que a média complexidade muitas vezes serve como porta de entrada do sistema, tornando urgente a revisão de seus parâmetros e marcos legais de implantação e funcionamento. Na atenção básica, com um modelo de saúde baseado no território e com responsabilidade sanitária das equipes sobre determinada população, a elaboração de metas de indicadores de saúde bucal passam a orientar a efetividade de serviços ofertados e da própria Rede de Saúde Bucal, tanto na atenção básica quanto na média complexidade odontológica. Através de indicadores de saúde bucal, é possível avaliar o alcance de resultados que tenham sido meramente planejados e mensurar a efetividade das ações em saúde. O Ministério da Saúde possui um conjunto de indicadores para mensurar a saúde da população, a saber, Pacto da Atenção Básica<sup>30</sup> e o Pacto pela Vida, e um ramificado sistema de informação em saúde. Porém, a expansão dos serviços de saúde bucal em seu ordenamento jurídico não foi balizada regimentalmente por esses indicadores. O alcance da equidade no sistema se faz pela mensuração de indicadores, tornando-

---

<sup>30</sup> 1) a cobertura da primeira consulta odontológica; 2) a razão entre os procedimentos coletivos e a população de 0-14 anos; e 3) a proporção entre as exodontias e as ações básicas individuais

se nuclear o constante monitoramento da produção ambulatorial e de um conjunto de indicadores de saúde bucal para dirimir iniquidades de acesso aos serviços assistenciais de saúde e para o correto planejamento de uma Rede.

Outro aspecto importante na análise da evolução da PNSB é o desenho de Rede, com foco na integralidade da assistência. O modelo de redes municipalizadas de saúde e o financiamento vertical pela lógica indutiva de implantação de programas específicos à oferta de serviços, como demonstrada acima, aponta para uma rede com crescimento amorfo de equipamentos públicos de saúde bucal onde os municípios passam a sobrepor serviços e desperdiçar recursos. O Decreto nº 7.508/2011 aponta para uma inversão de papéis na organização de Redes assistenciais, cabendo ao Ministério da Saúde induzir a criação de Redes loco-regionais de assistência, porém ainda sem autonomia financeira para essas regiões de saúde. Urge a necessidade do conjunto das políticas de saúde, para além da Política Nacional de Saúde Bucal, para a definição de determinadas áreas geográficas com base em escala populacional determinada, a fim de estimular a organização de redes de assistência de serviços em saúde. Há diversos obstáculos para criação de Redes regionais de saúde como, por exemplo, o sistema político eleitoral, que se baseia na lógica empoderamento do agente político sobre a demanda de saúde, e a responsabilização do orçamento pela autoridade sanitária regional, haja vista a necessidade de redesenho do pacto federativo. Assim, a situação descrita, em síntese, aponta para uma menor resolubilidade da política pública de saúde, possivelmente ocasionando a piora desnecessária das condições de saúde da população, além de sua qualidade de vida, sobrecarregando as unidades assistenciais do SUS.

Os resultados obtidos neste estudo apontam uma necessidade de aprofundamento da reforma acadêmica para formação de mão de obra no SUS. A mudança no perfil dos dentistas voltada para o modelo centrado no Saúde da Família, que buscam ações para além da intervenção clínica dificilmente é alcançada apenas com a implantação de equipamentos públicos e voltada à formação profissional tecnicista e hospitalocêntrica, pois o cirurgião-dentista e sua equipe estão basicamente envolvidos em atividades clínicas. O perfil do profissional e uma política de indução à novas práticas em saúde dialogam mais com a promoção, prevenção e produção de saúde no território do que simplesmente o credenciamento de equipes nos municípios por parte do Ministério da Saúde, não negando que existem especificidades estruturantes na odontologia que atribuem peculiaridades à saúde bucal e limitam suas ações, como a grande necessidade do uso de tecnologias duras (equipamentos, instrumentais e insumos) para prática de saúde bucal. Essa característica da odontologia cria

um campo de barreiras à modificação do padrão curativo, que tem sido incessantemente replicado pela formação universitária e pela indústria de equipamentos e insumos odontológicos, na lógica da oferta e do consumo de procedimentos à despeito de um modelo ampliado de saúde.

Em diálogo com a formação profissional e também citado por diversos autores, têm-se a precariedade de vínculo profissional e a enorme gama de arranjos institucionais de contratações de dentistas e técnicos de saúde bucal. A flexibilidade da contratação se mostrou, nos estudos avaliados (LOURENÇO, 2009; SOARES, 2011; NARVAI, 2011; FLEURY, 2008), como uma maneira peculiar de precarização das condições de trabalho e de remuneração inspirada em questões de natureza econômico-política, em que o contratante (poder público) espera, dessa forma, ofertar aos usuários do sistema de saúde um profissional “bom, bonito e barato”, citando aqui um dito popular. Nesse estudo foi constatado que, quando se trata de saúde pública e, em última instância, da saúde humana e individual dos usuários da Rede, não são exitosas experiências de profissionais precarizados pelas relações contratuais e financeiras oferecidas pelo poder público, em grande parte municipal, haja vista que temos no Brasil um sistema de oferta de serviços assistenciais municipalizado. Tomassi (2008) e Oliveira (2016) argumentam que o trabalho precarizado traz consequências deletérias de efeito imediato e com repercussões de longo prazo na qualidade do serviço prestado, fazendo uma seleção curiosa dos profissionais, operadores da política, cujo perfil do agente público para efetivação da política não é considerado como pedra angular, mas quem aceita e se submete ao trabalho precarizado. “Portanto, ao invés do “bom, bonito e barato”, a experiência mostra que no máximo foi alcançado apenas “barato”. Segundo estudo de Oliveira (2016), no ano de 2006, quase metade (47,16%) dos dentistas contratados pelo poder público para trabalhos assistenciais no Brasil tinham precariedade de vínculo, como por exemplo, cargos comissionados, contratos temporários ou pagamento de salário através de recibos de pagamento de autônomo. Portanto, podemos dizer que a PNSB nasce em meio à pauperização das relações de trabalho e o cenário ao longo de sua implementação não se alterou. Após a implantação do Brasil Sorridente, em 2004, e dos CEO, em 2006, o Ministério da Saúde publicou estudo (BRASIL, 2006) intitulado “Recursos humanos nos serviços públicos municipais de saúde bucal no Brasil” que constata, como fotografia do momento, que apenas pouco mais de 1/3 dos dentistas no SUS (38,2%) eram concursados. Girard *et al* (2010), observou que em 2009 55,9% dos dentistas que prestavam assistência no SUS estavam com vínculo precário de trabalho, ou seja, a avaliação realizada em 2006 não se difere muito da fotografia do momento de outro estudo, mostrando

assim uma tendência, uma vez que não consta na PNSB nenhum caráter indutor de contratação de recursos humanos.

Isto posto, a efetiva implantação de equipamentos públicos de saúde bucal no SUS ampliou o acesso dos usuários, o que é um importante e admirável avanço, mas não criou uma Rede de saúde, que é um conceito muito mais profundo que o mero aumento do número de procedimentos odontológicos realizados, a saber: a implantação espacial dos CEOs se deu de forma tumoral sem obedecer critérios de elegibilidade; os protocolos de acesso aos serviços de saúde bucal não existem e sistemas de referência/contra referência ficam a critérios dos municípios sem que haja uma padronização efetiva dos fluxos; indicadores de saúde bucal não são observados na atenção básica e, como relatado por diversos autores, a grande maioria dos CEOs não cumprem as metas mínimas de produção, sem que haja qualquer monitoramento que busque aperfeiçoar o cumprimento das metas; não há uma memória de cálculo que justifique o porque das metas a serem realizadas pelos CEOs são as estabelecidas nas portarias específicas; e, finalmente, no tocante a regulação, fundamental ferramenta de promoção de equidade, a iniciativa de implantar um sistema de regulação fica a critério das prefeituras .

Por outro lado, a implantação e a implementação da PNSB possibilitaram um grande salto quantitativo no acesso aos serviços públicos de saúde bucal no SUS, porém por mais esforços que sejam feitos pelos governos no tocante à saúde bucal, como qualquer outra área do setor saúde, urge a necessidade de intervenções para além do escopo da saúde bucal. Alterações de padrões epidemiológicos dialogam fortemente com a políticas para além da assistência em saúde como investimentos em alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais. Peres (2012) afirma, em seu estudo, que o grau de utilização dos serviços de saúde bucal sofre influência direta de duas variáveis: renda e escolaridade, sendo essas variáveis umbilicalmente ligadas, haja vista que quanto maior a escolaridade maior também a renda, em análises populacionais. O fortalecimento de uma saúde pública integral, universal e de qualidade que melhore indicadores de saúde e padrões sanitários passam por políticas econômicas e sociais, não relativizando a importância da correta e racional política de planejamento de assistência em saúde.

## 9. REFERÊNCIAS

ALMEIDA et al. **Ações preventivas em saúde bucal desenvolvidas na estratégia de saúde da família: como os dentistas estão avaliando os resultados no seu processo de trabalho?** Cad. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 578-586, 2010.

AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira Ulinski; FRANCA, Beatriz Helena Sottile; MOYSES, Simone Tetú; MOYSES, Samuel Jorge. **Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores.** Rev. Adm. Pública. 2013, vol.47, n.4, pp.1021-1040

AQUILANTE, Aline Guerra; ACIOLE, Geovani Gurgel **O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(1):239-248, 2015

ARAÚJO, L. M. et al. **Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS.** Cad. RH Saúde, Brasília, v.3, p.163 -173, 2006.

ARAÚJO, CS; Lima RC; Peres MA; Barros AJD. **Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil.** Cad Saúde Publica. 2009;25(5):1063-72. DOI:10.1590/ S0102-311X2009000500013

ARRETCHE, M.T.S. **Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas.** In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. São Paulo: IEE/PUC, Cenpec, Cedac, 2001.

BARBOSA , Nayara Roberta de Andrade; CRUZ , Aline Fernanda; LACERDA , Júlio César Tanos de; RESENDE , Renata Gonçalves. **Perfil de encaminhamentos à Estomatologia do hospital Odilon Behrens** Arq Odontol, Belo Horizonte, 51(2): 67-75, abr/jun 2015

BALDANI MA, Antunes JLF. **Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy.** Cad Saúde Publica 2011; 27(Supl. 2):272-283

BALDANI MH, BRITO WH, LAWDER JAC, MENDES YBE, SILVA FFM, ANTUNES JLF. **Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda.** Rev Bras Epidemiol. 2010;13(1):150-62. DOI:10.1590/S1415-790X2010000100014

BOBBIO, N. **Teoria do ordenamento jurídico.** 10a ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 1999.

BARROS; Sandra Garrido de; CHAVES, Sônia Cristina Lima. **O SIA-SUS na saúde bucal** [Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(1) : 41 - 51] Volume 12 - Nº 1 - jan/mar de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério

da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf) . Acesso em 08 jan 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Versão Preliminar** - Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Saúde Bucal Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013-2014. 2015. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_Metodologica\\_certificacao\\_esb.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_Metodologica_certificacao_esb.pdf). Acesso em 08 jan 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)** - Fichas Técnicas dos Indicadores. 2013. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/assets/simplificadas.pdf>. Acesso em 08 jan 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 14 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria/MS 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 Republica Federativa do Brasil, Brasília, 29 mar. de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica. 2013; 28(1): 23-39. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf) Acesso em: 8 dez 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

\_\_\_\_\_. **Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998 : Brasil** / IBGE, Departamento de Emprego e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 96p.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial Nº 1.646, de 5 de agosto de 2014**. Institui o componente GraduaCEO - Brasil Sorridente, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências. Disponível:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1646\\_05\\_08\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1646_05_08_2014.html). Acesso em: 19 de janeiro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil:

Recursos Humanos nos serviços públicos municipais de Saúde Bucal; Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/NESCON/ FM/UFMG. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de saúde Brasil: 2010 a 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 599/GM**, de 23 de março de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde** [periódico na internet]. Brasília; 2004. Extraído de [[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)] acesso em [8 de julho de 2018]

Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. **Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços**. Cad Saude Publica. 2009;25(9):1894-1906. DOI:10.1590/S0102- 311X2009000900004

CALVO, M. C. M. et al. **Avaliação da atenção primária em saúde bucal**. In: GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 181-194.

CASOTTI, E; CONTARATO, P. C.; FONSECA, A. B. M.; BORGES, P. K. O.; BALDANI, M. H. **Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 140-157, out 2014.

CHAVES S. C. L. ET AL. **Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):3115-3124, 2012

CHAVES SCL, BARROS SG, CRUZ DN, FIGUEIREDO ACL, MOURA BLA, CANGUSSU MCT. **Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado**. Rev Saude Publica 2010; 44(6):1005-1013.

COLUSSI, C.F.; CALVO, M. C. M.. **Modelo de Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(9):1731-1745, set, 2011

COLUSSI, C. F.; NICKEL, D. A.; CALVO, M. C. M.; CAETANO, J. C.; SILVA, A. C. S. Análise da evolução da produção de procedimentos odontológicos de média e alta complexidade na rede de serviços públicos de Santa Catarina. Cadernos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 17 (4): 939-950, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A.; POUVOURVILLEG, P.J.P.; CONTANDRIOPOULOS, D. **À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI siècle**. In:Pomey MP, Poullier JP (éditeurs). Santé publique. Paris: Elipses; 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. [A. do livro] Z M A Hartz. Avaliação em Saúde. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1997, pp. 29-48.

\_\_\_\_\_. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** Ciênc. Saúde coletiva;11(3):705-711, jul.-set. 2006.

CORDEIRO, H et al. Tempus-Actas de Saúde Coletiva, Vol. 2, No 2 (2008). Tempus, v. 2, n. 2, 2008 *apud* OHA (ONTARIO HEALTH ASSOCIATION). Regional health Authorities. In Canadá, lessons from Ontario. Toronto: OHA; 2002. p. 1 e 16.

COSTA JÚNIOR, S. **Programa Saúde da Família - Cuidados com o Câncer Bucal: a experiência de Resende, no Estado do Rio de Janeiro.** 1ª Ed., São Paulo. Editora: Napoleão 2012.

BALDANI, Márcia Helena, FADEL, Cristina Berger, POSSAMAI, Taisiane; QUEIROZ, Márcia geny Schweitzer. **A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1026-1035, jul-ago, 2005

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-8, 1990.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care.** Nova York: Oxford University Press, 2003.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In.: BARREIRA, M.C.R.N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais.** São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

\_\_\_\_\_. A importância da avaliação de Políticas Públicas In VIVARTA, Veet (coord.) **Que País é esse?: Pobreza, desigualdade e desenvolvimento humano e social no foco da imprensa brasileira.** São Paulo: Cortez . série mídia e mobilização social;v.42003

ESPING-ANDERSEN, G. **The three worlds of welfare capitalism.** New Jersey: Princeton University Press. 1990.

FERNANDES, J. K. B. et al . **Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade?** Caderno de Saúde Pública, v. 32, n. 2, e00021115, 2016.

FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A.; Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os CEO em Pernambuco, Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 (2) 259-267, fev., 2009.

FREITAS, C. H. S. M.; LEMOS, G. A.; PESSOA, T. R. R. F.; ARAUJO, M. F.; FORTE, F. D. S.. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. In: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, jan-mar 2016.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p. 743-752, 2008.

FLORÊNCIO DA SILVA, S.; LIMA MARTELLI, P. J. D.; SÁ, D. A. D.; CABRAL, A. P. D.; CASTIM PIMENTEL, F.; SILVA MONTEIRO, I. D.; SÁ VIEIRA MACEDO, C. L. (2011).

Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1)

FONSECA, D. A. V.. et al., Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 269-277, 2012.

FRICHEMBRUDER, K. **Centros de Especialidades Odontológicas: Perfil dos coordenadores e dos cirurgiões-dentistas do RS e desenvolvimento de critérios de desempenho**. 2011. 131 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, Paulo Henrique Silva; JÚNIOR, Orlando Luiz do Amaral; SILVA; Daniel Demétrio Faustino; TORRES, Luísa Helena do Nascimento; UNFER, Beatriz; GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral. Inequalities of oral health teams distribution in Brazil In: **Stomatos**, Vol. 23, Nº 45, Jul./Dez. 2017

GIOVANELLA, L. **Solidariedade ou Competição: Políticas e sistemas de atenção à saúde na Alemanha**. Rio de Janeiro. Editora FioCruz, 2001.

GIOVANELLA L et al Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):783-794, 200.

GIRARDI, Sabato N. et al. **Trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família**. Divulgação em Saúde para debate, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, 2010.

GODOI H et al. Rede Regionalizada de Atenção à Saúde Bucal sob o Foco da Governança. In: **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(9):e00133516

GOES PSA et al Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 Sup:S81-S89, 2012

HART JT. **The inverse care Law**. Lancet 1971; 1(7696):405- 412.

HARTZ, Zulmira MA; SILVA LMS, (Org). **Avaliação em Saúde: dos modelos Teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador. Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz; 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta Satélite de Saúde, Brasil 2007 — 2009. Contas Nacionais, número 37, Rio de Janeiro, 2012.

KANT, I. **Crítica da razão pura**. 3a ed. Lisboa: Fundação C. Gulbenkian;1994.

KORNIS, George Edward Machado; MAIA, Leila Senna; FORTUNA, Renata Ferraiolo Peixoto. **Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais**. *Physis*. 2011, vol.21, n.1, pp.197-215

LACAZ, F. A. C. et al. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnólogo em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.253-263, 2010. Disponível em: . Acesso em: 09 ago. 2017.

LETÁCIO, C. **Do Programa Saúde da Família ao Brasil Sorridente: O caminho da integralidade em saúde bucal**. 2009, 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

LOPES ALM; FRACOLLI LA. Revisão Sistemática De Literatura e Metassíntese Qualitativa: Considerações Sobre Sua Aplicação Na Pesquisa Em Enfermagem. In: **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 771-8

LOURENÇO, Eloisio C. et al. **A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.14, p.1367-1377, 2009.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. Dphil, MBBS, , FFPH; ROCHA, Marcia Gomes. Introduction to the Special Edition on the Brazilian National Program to Improve Primary Care Access and Quality (PMAQ). In: **Journal of Ambulatory Care Management**: April/June 2017 - Volume 40 - Issue - p S1–S3

MACHADO FCA *et al.* Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4):1149-1163, 2015.

MAIA, L. S., KORNIS, G. E. M. A Reorganização da Atenção à Saúde Bucal frente aos incentivos federais: a experiência fluminense. In: **Revista APS**. Juiz de Fora, v 13, n 1, p. 84-95, jan/mar 2010.

MANFREDINI, M.A. Planejamento em Saúde Bucal. In: Pereira AC, organizador. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ArtMed;2003. P. 50-63.

MATTOS *et al.*, A inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n. 5 p. 2297-2305, 2010.

MENDES, ÁQUILAS (2005). **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo**

(1995- 2001). Tese (Doutorado) – Instituto de Economia Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 422 p.

\_\_\_\_\_ (2012). Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec Editora.

MERHY, E. E. **O arcabouço institucional institui, mas também exclui.** [2003]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a03v08n2> . Acesso em: 06/02/2016.

MINAYO, M.C.S. Organizadora. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** 15ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000, p. 181.

MOURA, Flávio Renato Reis de; TOVO, Maximiano Ferreira; CELESTE, Roger Keller. Cumprimento de metas dos Centros de Especialidades Odontológicas da Região Sul do Brasil. In: **Rev. salud pública** [online]. 2017, vol.19, n.1, pp.86-93. ISSN 0124-0064.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Revista Eletrônica Tempus Actas em Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, 2011.

OLIVEIRA, José-Luiz Carvalho de, SALIBA, Nemre Adas. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. In: **Ciênc. saúde coletiva**. 2005, vol.10, suppl., pp.297-302.

OLIVATI FN, BRANDÃO GAM, VAZQUEZ FL, PARANHOS LR, PEREIRA AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. In: **RFO** 2010; 15(3):245-250.

OLIVEIRA, R. S.;MENDONÇA H. M. M.. Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: limites da política nacional de saúde bucal.In: Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14,supl. 1, p. 119-137, 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos,opciones de política y hoja de ruta para suimplementaciónenlas Américas.** Washington, HSS/IHS/OPS, Serie La Renovación de laAtención Primaria de Saludenlas Américas, 2010.

PATTON, MQ. **Utilization Focused Evaluation:** The News Century Text. 3rd ed. Thousand Oaks,Califórnia:Sage Publications, 1997.

PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia de Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 449-462, mar., 2012.

PERES, K.G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. In: **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 250-258, abr. 2012.

PIOLA, SF., et al. **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde.**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 19-70.

PIOLA, S.F.; PAIVA, A.B.; SÁ, E.B.; SERVO, L.M.S. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Texto para Discussão nº 1846. Brasília: Ipea, 2013.

PUCCA JÚNIOR, G.A.; LUCENA, E.H.; CAWAHISA, P.T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. In: **Brazilian Oral Research**, v. 24, supl.1, p. 26- 32, 2010.

RAWLS, J. **Teoria da Justiça**. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

ROCHA, R. A. C. P., GOES, P. S. A. A Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, Dez., 2008.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, ciências, saúde – Manguinhos**, v.21, n.1, 37-60, 2014.

RODRIGUES, Paulo H.A.; KORNIS, George E.M. **Os descaminhos do direito à saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social. 1999.

RODRIGUES, P. H.A.; SANTOS, I.S. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. Rio de Janeiro: Atheneu. 2011.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, v. 201, n. 12, p. 37-59, 2014.

ROSA WAG, LABATE RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. In: **Ver Latino-Am Enfermagem**, 2005.

SALIBA, N. A. et al. Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. In: **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 18, n. 48, p. 62-66, 2010.

SCHERER CI; SCHERER MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. In: **Rev Saúde Pública** 2015, p.49-98.

SOARES CLM, PAIM JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador. In: **Cad Saúde Publica** 2011, 27(5), p.966- 974

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. Redes interfederativas de saúde. In: Silva, Silvio Fernandes (org). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: IDISA –CONASEMS, 2008. p. 35- 65.

SERRA, Carlos G.; RODRIGUES, Paulo H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. In: *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-86, 2010.

SILVA SF *et al* Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. In: ***Ciência & Saúde Coletiva***, 16(1):211-220, 2011

SCHERER CI & SCHERER MDA Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente In: ***Rev Saúde Pública*** 2015, p.49-98.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SOUZA, D. S.; Visão político-programática da participação da saúde bucal na ESF: uma visão no âmbito estadual. In: Moysés, S. T.; Kriger, L.; Moysés, S. J. **Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes Médicas: 2008, p.21-46.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001, p.111.

TOMASI, Elaine et al. Perfil sócio demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. In: ***Cadernos de Saúde Pública***, Rio de Janeiro, n. 24, S193-S201, 2008.

TOMASI E, FACCHINI LA, THUMÉ E, PICCINI RX, OSORIO A, SILVEIRA DS, SIQUEIRA FV, TEIXEIRA VA, DILÉLIO AS, MAIA MFS. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. In: *Cien Saude Colet* 2011; 16(11), p.4395-4404.

TRAVASSOS, C. Evangelina X. G. De OLIVEIRA; Francisco VIACAVA. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. In: ***Ciência & Saúde Coletiva***, 11(4), p.975-986, 2006.

VELASCO, H. ; DÍAZ DE RADA, A. **La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela**. Madrid: Trotta, 1997.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. In: ***Ciência & Saúde Coletiva***, v. 9, n. 3, p.711-724, 2004.

VIACAVA, F.; UGÁ M.A.D.; PORTO, S. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. In: ***Ciência & Saúde Coletiva***, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

VIANA, ANA L. **Modelos do Estado na área da saúde**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social. 1995.

**WHO. World Health Statistics 2010. Genebra, 2010.**

ZANETTI, C. H. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde:** o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80. 1993. 110 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993.

ZANETTI, C. H. **A utilidade como função para universalidade e equidade:** uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal no saúde da família. 2005. 210 f. Tese (Doutorado em ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

ZANETTI, C. H. G. **Opinião:** A inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS, 2001. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2016.

## 10. ANEXOS

### ANEXO I

Segundo a Portaria nº 600, de 23 de março de 2006, o monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEO, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS, conforme segue:

§ 1º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos, é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 - restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 - restauração de dente permanente posterior.

§ 2º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia, é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 - obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 - retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

§ 3º Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.

§ 4º A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO será suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades acima citadas, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal.

a) Para os CEO Tipo 1:
80 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGI VAIS (POR SEXTANTE);
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.
60 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE) ;
0414020081 ENXERTO GENGIVAL;
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);
0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).
35 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;
0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;
0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRADICULAR;
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.
80 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;
0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;
0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS;
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVÉOLO-DENTÁRIAS;
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR;

0404020623	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;
0404020674	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;
0414010345	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;
0414010361	EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;
0414010388	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;
0401010082	FRENECTOMIA;
0404010512	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR
0404020038	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;
0404020054	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;
0404020089	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;
0404020097	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;
0404020100	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;
0404020313	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;
0404020631	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR;
0414010256	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL/ ORO-NASAL
0414020022	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;
0414020030	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);
0414020049	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;
0414020057	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;
0414020065	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;
0414020073	CURETAGEM PERIAPICAL;
0414020090	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;
0414020146	EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE;
0414020170	GLOSSORRAFIA;
0414020200	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;
0414020219	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;
0414020243	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);
0414020278	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);
0414020294	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXÓSTOSES;
0414020359	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;
0414020367	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;

0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.
a) Para os CEO Tipo 2:
110 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.
90 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE) ;
0414020081 ENXERTO GENGIVAL;
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);
0414020162 GENGIVOPLASTIA(POR SEXTANTE);
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).
60 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;

0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;
0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRADICULAR;
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.
90 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;
0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;
0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS;
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVÉOLO-DENTÁRIAS;
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR;
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;
0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;
0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;
0414010361 EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;
0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;
0401010082 FRENECTOMIA;
0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;
0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;
0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;
0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;
0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE
0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MA XILO-MANDIBULAR

0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL
0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;
0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;
0414020170 GLOSSORRAFIA;
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;
0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.
a) Para os CEO Tipo 3:
190 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;

0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.
150 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE) ;
0414020081 ENXERTO GENGIVAL;
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);
0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).
95 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;
0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BIRADICULAR;
0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRADICULAR;
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.
170 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;
0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;
0307010058 TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS;
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS;

0404020577	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;
0404020615	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR;
0404020623	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;
0404020674	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;
0414010345	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;
0414010361	EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;
0414010388	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;
0401010082	FRENECTOMIA;
0404010512	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;
0404020038	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;
0404020054	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;
0404020089	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;
0404020097	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;
0404020100	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;
0404020313	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;
0404020631	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR;
0414010256	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL
0414020022	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;
0414020030	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);
0414020049	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;
0414020057	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;
0414020065	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;
0414020073	CURETAGEM PERIAPICAL;
0414020090	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;
0414020146	EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;
0414020170	GLOSSORRAFIA;
0414020200	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;
0414020219	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;
0414020243	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);
0414020278	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);

0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;
414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.

## ANEXO II

Legislação	Característica	Ator	Evento
Port. 1.444GM (29/12/2000)	Estabelece incentivo financeiro para as ESB no PSF com limitação de implantação de uma ESB para cada duas ESF	GM	Inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. Após implantada, a ESB receberia R\$5.000,00 como recurso de implantação, R\$1.083,00 como recurso de custeio para ESB mod. I e R\$1.333,00 para as ESB mod. II . <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=85&amp;data=29/12/2000">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=85&amp;data=29/12/2000</a> .
Port. 267GM (07/03/2001)	Aprova as normas e diretrizes de inclusão das ESB no PSF	GM	Regulamenta a port. 1.444GM. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=67&amp;data=07/03/2001">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=67&amp;data=07/03/2001</a>
Port. 396GM (08/04/2003)	Reajusta os valores dos incentivos financeiros de custeio das ESB no PSF	GM	Reajuste de 20% nos valores mensais repassados para as ESB mod. I (R\$1.083,00 para R\$1.300,00) e para as ESB mod. II (R\$1.333,00 para R\$1.600,00). <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=94&amp;data=08/04/2003">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=94&amp;data=08/04/2003</a>
Port. 673GM (04/06/2003)	Atualiza o teto das ESB no PSF	GM	Equiparação de implantação entre ESB e ESF, estabelecendo o teto de uma ESB para cada ESF <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=44&amp;data=04/06/2003">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=44&amp;data=04/06/2003</a>
Port. 366GM (14/01/2004)	Criação da Comissão de Assessoramento da Coordenação Geral de Saúde Bucal	GM	Constitui grupo técnico para participar na definição de instrumentos técnicos e normativos como apoio à elaboração e desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal. <a href="http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=16/01/2004&amp;jornal=2&amp;pagina=19&amp;totalArquivos=28">http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=16/01/2004&amp;jornal=2&amp;pagina=19&amp;totalArquivos=28</a>
138ª Reunião Ordinária do CNS (14/01/2004)	Decisão da realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal	CNS	Decisão do Conselho Nacional de Saúde favorável para a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. <a href="http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_04.htm">http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_04.htm</a> .
Port. 74GM (22/01/2004)	Reajusta os valores dos incentivos financeiros das ESB no PSF e insere os procedimentos de prótese na atenção básica.	GM	Reajuste de 20% no valor do incentivo de implantação repassado para as ESB (R\$5.000,00 para R\$6.000,00), reajuste no valor de custeio repassado para as ESB mod. I (R\$1.300,00 para R\$1.700,00), para as ESB mod. II (R\$1.600,00 para R\$2.200,00) e inclusão dos procedimentos clínicos de prótese dentária na Atenção Básica. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=55&amp;data=22/01/2004">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=55&amp;data=22/01/2004</a> .

Legislação	Característica	Ator	Evento
Reunião Ordinária CIT (12/02/2004)	Aprovação das Diretrizes da PNSB na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).	CIT	Discussão e aprovação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal em reunião da CIT. <a href="http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28797">http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28797</a> .
Port. 318GM (04/03/2004)	Convocação para a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal	GM	Assinatura pelo Ministro da Saúde da portaria que convoca a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=40&amp;data=05/03/2004">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=40&amp;data=05/03/2004</a> .
Diretrizes da PNSB (17/04/2004)	Lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente	Presidente da República	Diretrizes da PNSB: <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf</a>
Port. 518GM (25/03/2004)	Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade	GM	Estabelece o valor máximo permitido de fluoreto por mg/L de água e o número mínimo de amostras para o controle da qualidade da água dos sistemas de abastecimento, para fins de análises. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=266&amp;data=26/03/2004">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=266&amp;data=26/03/2004</a> .
3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal	Realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal	CNS	Realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal entre os dias 29 de julho e 04 de agosto de 2004 em Brasília-DF. Relatório final: <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rel_final_cnsb.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rel_final_cnsb.pdf</a>
Port. 1.570GM (29/07/2004)	Estabelece critérios, normas e requisitos para implantação e habilitação dos CEO e LRPD	GM	Cria estabelecimentos de referência para a atenção especializada em saúde bucal (CEO I e CEO II) e habilita laboratórios de próteses dentárias. <a href="http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=30/07/2004&amp;jornal=1&amp;pagina=71&amp;totalArquivos=196">http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=30/07/2004&amp;jornal=1&amp;pagina=71&amp;totalArquivos=196</a> .

Legislação	Característica	Ator	Evento
Port. 1.572GM (29/07/2004)	Estabelece o financiamento das próteses dentárias	GM	Estabelece o financiamento de R\$30,00 por prótese produzida. <a href="http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=30/07/2004&amp;jornal=1&amp;pagina=73&amp;totalArquivos=196">http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=30/07/2004&amp;jornal=1&amp;pagina=73&amp;totalArquivos=196</a> .
Port. 283GM (22/02/2005)	Possibilita a antecipação do recurso de implantação dos CEO	GM	Antecipação de recursos de implantação dos CEO <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=44&amp;data=23/02/2005">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=44&amp;data=23/02/2005</a>
Port. 1.063GM <sup>a</sup> (04/07/2005)	Revoga a Port. 1570GM, cria o CEO tipo III e estabelece critérios, normas e requisitos para implantação e habilitação dos CEO e LRPD	GM	Esta portaria cria o CEO tipo III e mantém um porte populacional mínimo de 100.000 habitantes para implantação do LRPD. Esta portaria foi revogada pela Port.2.442GM <sup>b</sup> (09/12/2005). <a href="http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=05/07/2005&amp;jornal=1&amp;pagina=43&amp;totalArquivos=176">http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=05/07/2005&amp;jornal=1&amp;pagina=43&amp;totalArquivos=176</a> <sup>a</sup> <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=36&amp;data=12/12/2005">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=36&amp;data=12/12/2005</a> <sup>b</sup>
Port. 2.439GM (08/12/2005)	Política Nacional de Atenção Oncológica	GM	Lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica <a href="http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html">http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html</a>
Port. 714GM (19/12/2005)	Define as atividades a serem realizadas pelas UNACON e CACON	GM	Esta portaria define a atividade de odontologia entre as atividades técnico-assistenciais que devem ser realizadas em regime ambulatorial e de internação de rotina e de urgência. <a href="http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html">http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html</a> .
Port. 599GM (24/03/2006)	Revoga a Port. 1570GM, cria o CEO tipo III e estabelece critérios, normas e requisitos para implantação e habilitação dos CEO e LRPD	GM	Substitui a Port. 1.063GM e estabelece que os LRPD poderão se credenciar sem a necessidade de terem um porte populacional mínimo. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=51&amp;data=24/03/2006">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=51&amp;data=24/03/2006</a> .
Port. 600GM (24/03/2006)	Atualiza os valores de financiamentos dos CEO	GM	Mantém os valores de financiamento anteriormente publicados na portaria 1570GM e estabelece o financiamento para o CEO tipo III sendo R\$80.000,00 como recurso de implantação e R\$15.400,00 como recurso mensal de custeio. <a href="http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=24/03/2006&amp;jornal=1&amp;pagina=52&amp;totalArquivos=104">http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=24/03/2006&amp;jornal=1&amp;pagina=52&amp;totalArquivos=104</a> .

Legislação	Característica	Ator	Evento
Port. 648 GM (29/03/2006)	Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica	GM	Estabelece as responsabilidades de cada esfera do governo para o cumprimento dos princípios da Atenção Básica. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=71&amp;data=29/03/2006">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=71&amp;data=29/03/2006</a>
Port. 650 GM (29/03/2006)	Reajusta os valores dos incentivos financeiros de implantação das ESB no PSF e estabelece novos incentivos de incentivo de custeio para as ESB.	GM	Reajusta o valor do incentivo de implantação das ESB de R\$6.000,00 para R\$7.000,00 e passa a transferir 50% a mais do recurso de custeio para as ESB que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos. <a href="http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=29/03/2006&amp;jornal=1&amp;pagina=76&amp;totalArquivos=168">http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=29/03/2006&amp;jornal=1&amp;pagina=76&amp;totalArquivos=168</a> .
Port. 939GM (21/12/2006)	Criação do Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal - CTA-VSB”	GM	Constitui um grupo técnico para assessorar o Departamento de Atenção Básica – Área Técnica de Saúde Bucal - DAB/SAS/MS, na identificação de prioridades, formulação de diretrizes técnicas na área de Vigilância em Saúde Bucal, bem como em avaliações sistemáticas da qualidade das informações. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=151&amp;data=22/12/2006">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=151&amp;data=22/12/2006</a> .
Resolução 406 CNS (12/09/2008)	Criação da Comissão Intersetorial de Saúde Bucal (CISB) do CNS.	CNS	Constitui u uma comissão para assessorar o Pleno do Conselho Nacional de Saúde em assuntos relacionados à saúde bucal. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=341&amp;data=29/10/2008">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=341&amp;data=29/10/2008</a> .
Port. 2.849 GM (22/10/2008)	Reajusta os valores dos incentivos financeiros de custeio das ESB no PSF	GM	Reajuste no valor de custeio repassado para as ESB (R\$1.700,00 para R\$1.900,00/mês) e para as ESB mod. II (R\$2.200,00 para R\$2.450,00). <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=61&amp;data=22/10/2008">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=61&amp;data=22/10/2008</a> .
Port. 3.066 GM (22/12/2008)	Reajusta os valores dos incentivos financeiros de custeio das ESB no PSF	GM	Reajuste no valor de custeio repassado para as ESB mod. I (R\$1.900,00 para R\$2.000,00) e para as ESB mod. II (R\$2.450,00 para R\$2.600,00). <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=88&amp;data=24/12/2008">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=88&amp;data=24/12/2008</a> .

Legislação	Característica	Ator	Evento
Port. 302GM (17/02/2009)	Estabelece a possibilidade de vínculo das ESB às EACS	GM	Estabelece que profissionais de Saúde Bucal que estejam previamente vinculados a Estratégia Saúde da Família possam ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde EACS. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=37&amp;data=18/02/2009">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=37&amp;data=18/02/2009</a> . Replicação em abril de 2009 <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=31&amp;data=30/04/2009">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=31&amp;data=30/04/2009</a>
Port. 2.371GM (07/10/2009)	Institui, no âmbito da Política PNAB, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel – UOM”	GM	Possibilitou a compra de UOM pelo Ministério da Saúde e envio destas aos municípios prioritários. Vinculou esta UOM a uma ESB e repassou R\$3.500,00 em parcela única para a compra de instrumentais e R\$4680,00/mês como recurso de custeio. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=111&amp;data=09/10/2009">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=111&amp;data=09/10/2009</a> .
Port. 2.372GM (07/10/2009)	Cria plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as ESB na Estratégia Saúde da Família	GM	Todas as ESB implantada a partir de outubro de 2009 passaram a ter o direito do recebimento de uma cadeira odontológica completa. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=112&amp;data=09/10/2009">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=112&amp;data=09/10/2009</a> .
Port. 2.373GM (07/10/2009)	Altera a portaria 599GM	GM	A partir desta portaria, o gestor poderá credenciar o CEO com recursos próprios e a solicitação de implantação de LRPD pôde ser feita por meio de ofício encaminhada à CGSB do Ministério da saúde: <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=112&amp;data=09/10/2009">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=112&amp;data=09/10/2009</a>
Port. 2.374GM (07/10/2009)	Reajusta os valores da prótese dentária, altera a modalidade de financiamento e amplia o rol de procedimentos de prótese	GM	Esta portaria reajustou os valores de referência das próteses dentárias para R\$60,00 em média, inseriu o financiamento no teto da Média e Alta Complexidade dos municípios, Estado e Distrito Federal e ampliou procedimentos possíveis de serem realizados pelos LRPD. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=112&amp;data=09/10/2009">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=112&amp;data=09/10/2009</a>

Legislação	Característica	Ator	Evento
Port. 1.032GM (05/05/2010)	Inserir financiamento da atenção em saúde bucal no nível hospitalar	GM	Possibilitou o financiamento do atendimento de pessoas com necessidades especiais em âmbito hospitalar. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=50&amp;data=06/05/2010">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=50&amp;data=06/05/2010</a> .
Port. 2.898GM (21/09/2010)	Atualiza a portaria 600GM	GM	Esta portaria manteve os valores dos financiamentos de implantação e custeio publicados, porém atualiza os códigos e as porcentagens dos procedimentos a serem cumpridos nos CEO. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=54&amp;data=23/09/2010">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=54&amp;data=23/09/2010</a> .
Dec. 7.336 (20/10/2010)	Alteração da estrutura regimental do Ministério da Saúde	Presidente da República	Coordenação Geral de Saúde Bucal passou a fazer parte da estrutura regimental do Ministério da Saúde
Port. 3.728GM (01/12/2010)		GM	Publicação da portaria que nomeia o Coord Geral de Saúde Bucal
Port. 718SAS (20/12/2010)	Criação de novos procedimentos possíveis de serem realizados no CEO	SAS	Possibilitou que os procedimentos de implantodontia e ortodontia fossem realizados nos CEO. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=100&amp;data=31/12/2010">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=100&amp;data=31/12/2010</a> .
Relatório final do SB Brasil 2010	Apresentação dos principais resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal pelo Ministro da Saúde	Ministro da Saúde	Divulgação dos resultados principais da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010 pelo Ministro da Saúde: <a href="http://www.saude.gov.br/bucal">www.saude.gov.br/bucal</a>
Diretrizes do componente indígena da PNSB	Brasil Sorridente Indígena	Ministro da Saúde	Lançamento das diretrizes do componente indígena da Política nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS em 19 de abril de 2011. <a href="http://www.saude.gov.br/bucal">www.saude.gov.br/bucal</a>
Port. 211SAS (13/05/2011)	Reajusta os valores da prótese dentária	SAS	Reajusta em cerca de 65% do valor de custeio mensal aos municípios habilitados com LRPD. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=73&amp;data=16/05/2011">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=73&amp;data=16/05/2011</a> .

<b>Legislação</b>	<b>Característica</b>	<b>Ator</b>	<b>Evento</b>
Dec. 7.492 (02/06/2011)	Lançamento do Plano Brasil sem Miséria	Presidenta da República	Lançamento do Plano Brasil sem Miséria do qual a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil sorridente passou a fazer parte.
Port. 1.464 GM (24/06/2011)	Atualização da lista dos procedimentos do SUS	GM	Atualizou a lista de procedimentos publicada pela portaria nº 2.898GM de 21 de setembro de 2010
Port. 1.599GM (11/07/2011)	Reajusta os valores dos incentivos financeiros de custeio das ESB no PSF	GM	Reajuste no valor de custeio repassado para as ESB mod. I (R\$2.000,00 para R\$2.100,00/mês) e para as ESB mod. II (R\$2.600,00 para R\$2.800,00). <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=50&amp;data=11/07/2011">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=50&amp;data=11/07/2011</a> .
Port. 1654GM <sup>c</sup> (19/07/2011) Port. 576SAS <sup>d</sup> (19/07/2011) Port. 2396GM <sup>e</sup> (13/10/2011)	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	GM	Participação do profissionais de saúde bucal no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=79&amp;data=20/07/2011">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=79&amp;data=20/07/2011</a> . <sup>c</sup> <a href="http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=20/09/2011&amp;jornal=1&amp;pagina=79&amp;totalArquivos=184">http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=20/09/2011&amp;jornal=1&amp;pagina=79&amp;totalArquivos=184</a> . <sup>d</sup> <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=74&amp;data=14/10/2011">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=74&amp;data=14/10/2011</a> . <sup>e</sup>
Port. 2.488GM (21/10/2012)	Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica	GM	Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica <a href="http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=48&amp;data=24/10/2011">http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=48&amp;data=24/10/2011</a> .