

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL EM
UMA EQUIPE DE PSF EM CORINTO**

MARCELINO MOREIRA DA SILVA

Corinto - Minas Gerais
2012

MARCELINO MOREIRA DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL EM
UMA EQUIPE DE PSF EM CORINTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Andréia Maria Duarte Vargas

Corinto - Minas Gerais

2012

MARCELINO MOREIRA DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL EM
UMA EQUIPE DE PSF EM CORINTO**

Banca Examinadora

Professora Andréia Duarte Vargas – orientadora

Professora Maria Inês Barreiros Senna - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 03 /03 /2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele nada seria possível.

Dedico aos meus pais, irmãos e cunhadas pelo incentivo e cooperação e por compartilhar comigo momentos de tristeza e também de alegria.

Dedico a Maria Angélica, Ana Clara, Maria Eduarda e Samuel, meus sobrinhos que tanta alegria nos traz.

Dedico também a minha madrinha, tia Maria Geralda, por estar sempre presente na minha vida sendo assim uma pessoa que amo muito.

AGRADECIMENTOS

A Tutora Adriane Pinto Diniz, que tanto se empenhou para tornar o curso tão agradável.

Aos amigos do curso, que tornaram os momentos presenciais e os fóruns mais agradáveis. Agradeço principalmente àqueles que tanto me ajudaram em momentos difíceis de minha vida durante o curso.

A Andréia, minha orientadora, que não mediu esforços em ajudar-me na execução do TCC.

Ao nosso Prefeito Municipal, Nilton Ferreira da Silva e ao secretário de saúde Milton Geraldo da Silva, que empenharam na minha participação do curso para que através dele, melhorássemos a odontologia do município.

Assim diz o Santo, o Verdadeiro, que tem a chave de Davi, que abre e ninguém fecha, que fecha e ninguém abre. Conheço as tuas obras. Coloquei diante de ti uma porta aberta que ninguém pode fechar. Pois tens pouca força, mas guardaste a minha palavra e não negaste o meu nome.

Apocalipse 7-8

RESUMO

A importância da implantação de Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF), representa um modelo de possibilidade de mudança no modelo de atenção. Os modelos assistenciais em saúde bucal implantados anteriormente não conseguiram dar uma resposta satisfatória às necessidades da população. Buscou-se nesse trabalho analisar o perfil de implantação e atuação das ESB no PSF, identificando aspectos administrativos e operacionais destas equipes. A metodologia utilizada foi à revisão de literatura. Foram consultados os bancos de dados Lilacs, BBO, Scielo. Foram encontrados 10 artigos, 13 livros, 5 Teses, 1 monografia que foram selecionados após leitura dos resumos. Esse trabalho vai auxiliar na implantação das ESB no município de Corinto que somente recentemente implantou duas Equipes.

Palavras-chave: programa saúde da família, equipe de saúde bucal, política nacional de saúde bucal.

ABSTRACT

The importance of implementation of FHS (GGE) in the Family Health Program (PSF) model represents a possibility of change in model of care. The oral health care models implemented previously failed to give a satisfactory answer to the needs of the population. This work we sought to analyze the deployment profile and performance of ESB in the PSF, identifying administrative and operational aspects of these teams. The methodology used was a literature review. We consulted the databases LILACS, BBO, Scielo. We found 10 articles, 13 books, five Theses, a monograph that were selected after reading the abstracts. This work will assist in the implementation of ESB in the city of Corinth who only recently deployed two teams.

Keywords: family health program, dental health team, a national oral health policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos do Excepcionais
CAPS	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CD	Cirurgião-dentista
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DOU	Diário Oficial da União
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por amostra de Domicilio
PSF	Programa Saúde da Família
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	Introdução	12
2	Objetivos	14
3	Metodologia	15
4	Revisão de Literatura	16
	4.1 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil	18
	4.2 Saúde Bucal na ESF	20
5	Discussão	28
6	Conclusão.....	32
	Referências Bibliográficas	33

1 INTRODUÇÃO

Corinto é uma cidade situada a 200 km da capital mineira e ocupa geograficamente o centro de Minas. Possui 24.796 hab. e na área de saúde possui um hospital que se encontra desativado. Mas possui um Pronto Socorro muito bem estruturado que é capaz de prestar muitos atendimentos à população. Possui uma Policlínica, onde estão centralizadas as consultas médicas e odontológicas, e vários outros serviços que são prestados à população, como por exemplo, a farmácia e a central de vacinação. A cobertura da ESF é de 100% e recentemente (setembro de 2011), foi inaugurado a sétima e única UBS com espaço físico para ser inserida a Equipe de Saúde Bucal. O município oferecia um atendimento odontológico mutilador à população, pois durante anos, dois cirurgiões dentistas (CD) faziam cerca de 200 exodontias por mês. Parecia não haver interesse político em oferecer um atendimento digno aos usuários. O modelo assistencial em saúde bucal não dava uma resposta satisfatória às necessidades da população.

Com a nova gestão foram contratados mais seis CD que continuam prestando atendimento na Policlínica, mas foram tomadas medidas para que cada dentista adotasse uma UBS para que fizesse o atendimento como se ele trabalhasse na UBS, mas isso somente para ir educando aos usuários e tentando mostrar que a UBS é a porta de entrada do serviço. O dentista faz um levantamento de necessidades e atende os pacientes de acordo com os princípios do SUS. O dentista não cumpre a jornada de trabalho de 8 horas, como recomenda o Ministério da Saúde, porque ele não está inserido no PSF, mas são feitos grupos operativos, palestras em entidades, e a parte preventiva nas escolas, visitas em asilos e foi disponibilizado, também, um consultório odontológico no APAE, o que trouxe grandes benefícios.

O que está deixando a desejar é a real implantação da Equipe de Saúde Bucal diretamente no PSF, para assim, seguindo os modelos assistenciais em saúde bucal, dar um atendimento digno aos nossos usuários, o que há mais de 10 anos não se via em nosso município. Agora contamos com o total apoio do gestor o que tem facilitado muito as ações. Segundo a Gerência Regional de Saúde do Estado de Minas Gerais, a nossa Equipe trabalha com muita dedicação, respeito e compromisso com os usuários.

Por esta razão, o objetivo do meu Trabalho de Conclusão de Curso será mostrar a importância de uma ESB dentro da ESF através de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema.

Busca-se, neste trabalho, contextualizar a saúde bucal como parte integrante das políticas de saúde no Brasil e a sua inserção no Programa Saúde da Família. Para tanto, serão resgatados aspectos relevantes da formação do SUS, seus princípios doutrinários e organizativos, a introdução do PSF como estratégia de mudança no modelo assistencial vigente, e a importância da inserção das Equipes de Saúde Bucal no PSF.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Determinar a importância da Equipe de Saúde Bucal dentro da Equipe de Saúde da Família.

Objetivos Específicos

- 1- Conhecer os princípios do Programa Saúde da Família;
- 2- Conhecer a Política Nacional de Saúde Bucal;
- 3- Conhecer os princípios de uma Equipe de Saúde da Família;
- 4- Verificar a importância de ter uma ESB vinculada ao PSF.

3 METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho incluiu uma revisão de literatura sobre o tema. Foram consultados os bancos de dados Lilacs, BBO, Scielo. As palavras chave utilizadas foram: programa saúde da família, equipe de saúde bucal, política nacional de saúde bucal. Foram encontrados 10 artigos, 13 livros, 5 Teses, 1 monografia que foram selecionados após leitura dos resumos. Foram utilizados, também, alguns textos do próprio curso de especialização.

Foi consultado, também, o site do Ministério da Saúde para consulta aos documentos oficiais.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) na constituição de 1988, regulamentado posteriormente pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990, determinou grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil. O reconhecimento da crise do modelo assistencial predominante, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visem à transformação de sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde (BALDINI *et al.*,2003). Dentro destas propostas de mudança surge o Programa Saúde Família (PSF) definido pelo Ministério da Saúde (MS) como: uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2001a).

A primeira etapa de sua implantação se iniciou em 1991 por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual tinha como unidade de ação a família. Este programa apresentou bons resultados, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil. A partir de 1994, iniciou-se a formação das primeiras equipes do Programa Saúde da família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL-2001a).

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) (2004), o Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia e parte integrante e fundamental do SUS, o qual vem avançando não uniformemente em todos os municípios com diversos desafios e dificuldades tais como; financiamento, modalidade de contratação, carência de profissionais, capacitação do pessoal, manutenção de quadros, execução financeira e outras. Baldini *et al.* (2003) e Calado (2002) abordaram tais aspectos e comprovaram as dificuldades levantadas em diferentes regiões do país.

Nos primeiros anos de implantação do SUS, este sistema não encontrou respaldo nas políticas governamentais e o aporte de recursos necessários ao desenvolvimento desse processo não foi realizado, agravando a crise do modelo assistencial que perdurava desde os anos 80.

Segundo o Ministério de Saúde, o modelo de assistência à saúde que ainda predominava no país caracterizava-se pela prática hospitalocêntrica, individualista e

de alto custo gerando alto grau de insatisfação em gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema. Desta forma, a rede básica de saúde, constituída pelos centros, postos e unidades básicas de saúde (UBS) se encontrava desqualificada e os níveis seguintes de atenção (secundário e terciário) se tornavam a porta de entrada do sistema (BRASIL, 2000b). Deste modo, para reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional levando a saúde para mais perto das famílias foi criado o PSF (RONCALLI, 2000; Brasil, 2000b; GONÇALVES, 2002).

Segundo Baldini et al.(2003):

“O reconhecimento da crise no âmbito da saúde Coletiva vem suscitando de propostas que visem à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde, dentre destas propostas de mudança surge o Programa Saúde da Família (PSF), (p.8).

O PSF teve seu início em 1994, criado pelo MS para dar seqüência à estratégia de saúde da família que começou com o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) em 1991, o qual tinha como unidade de ação a família e já apresentava bons resultados, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil.

“A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de saúde da família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da família (BRASIL, 2000 a, p.8).

Segundo o Ministério da saúde (BRASIL, 2001 a), a estratégia do PSF tem como base os princípios do SUS: integralidade, universalidade, descentralização e participação da comunidade. Sua estruturação operacional se dará a partir da Unidade Básica da Saúde (USB) e apresenta as seguintes características:

- **Caráter substitutivo:** O PSF não significa criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas.
- **Integralidade e hierarquização:** A unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.
- **Territorialização e cadastramento da clientela:** A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.
- **Equipe multiprofissional:** Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais – a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos – poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

4.1 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Nos primeiros tempos do Brasil colônia e posteriormente na fase imperial, não havia uma atuação organizada do Estado sobre o processo saúde-doença e a população era vítima das mais variadas doenças infecciosas, fazendo com que o Brasil ostentasse a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta. O Estado Brasileiro não apresentava uma forma sistemática de cuidar da saúde de seus habitantes (Oliveira & Souza, 1998) e, como eram poucos os conhecimentos científicos, os médicos ou os curandeiros pouco podiam fazer (BERTOLLI FILHO, 1999).

A Odontologia praticada nesta época restringia-se quase só às extrações dentárias. As técnicas eram rudimentares. Em 1840, surge em Baltimore (EUA) a primeira escola de Odontologia do mundo – Baltimore College of Dental Surgery – o

qual seria o modelo das escolas de odontologia do Brasil nos anos seguintes. Em 1884 são criadas as primeiras escolas de Odontologia do Brasil junto às faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e de Salvador (ROSENTHAL, 1995).

Após a Proclamação da República, as políticas de saúde se estabeleceram voltadas a atender interesses políticos e econômicos, seja no saneamento de espaços economicamente importantes, seja na assistência à saúde, visando manter o indivíduo como força de trabalho produtivo. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado se torna freqüente nas ações de saúde e os conhecimentos clínicos e epidemiológicos vão se ampliando, permitindo a elaboração de planos de combate às enfermidades (BERTOLLI FILHO, 1999), embora, segundo Oliveira & Souza (1998), as regiões que tinham pouca importância econômica ficavam excluídas das práticas sanitárias.

O modelo assistencial desenvolvido no País foi, desde os seus primórdios atrelado, ao desenvolvimento da previdência social que se inicia com o estabelecimento das CAPS (Caixa de Aposentadorias e Pensões), criadas através da lei Eloy Chaves em 1923. Segundo (Romano Eduardo), a lei Eloy Chaves (decreto legislativo nº. 4682, de 24-01-1923) implantava a CAPS para os empregados das empresas ferroviárias contemplando-os com os benefícios de aposentadoria por invalidez, aposentadoria ordinária (corresponde à atual aposentadoria por tempo de contribuição), a pensão por morte e assistência médica. Posteriormente os benefícios da lei Eloy Chaves foram estendidos aos empregados das empresas portuárias, de serviços telegráficos, de água, energia, transporte aéreo, gás, mineração, entre outras. No total foram 183 CAP que, mais tarde, foram unificadas na caixa de Aposentadorias e pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos.

Em relação à assistência à saúde bucal, observa-se que algumas CAPS incorporam algum tipo de assistência odontológica aos seus beneficiários, os consultórios surgem junto aos órgãos de assistência médica e ofereciam pelo menos atendimento emergencial. Este tipo de benefício é resultado das pressões dos trabalhadores e da conscientização dos empregadores da necessidade de que manter a saúde dos trabalhadores era fundamental para o processo produtivo (ABREU & WERNECK, 1998).

No campo da assistência aos escolares, Carvalho e Loureiro (1997) e Werneck (1994) apud Roncalli (2000) relataram serviços realizados nos estados de São Paulo e Minas Gerais:

...Pode-se dizer que a primeira evidencia de participação da Odontologia na saúde escolar tem, como data, o ano 1912, com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo, as quais, anos depois, se transformaram na Associação Paulista de Assistência Escolar... Já em 1938 se tinha, em Belo Horizonte, um serviço instalado em um Grupo Escolar e, no final dos anos de 1940, com a criação do Departamento Odontológico em Minas Gerais (WERNECK, 1994, p.17)

Em 1942, como esforço de guerra, foi criado o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) com cooperação do governo dos Estados Unidos, que tinha como objetivo organizar e operacionalizar as ações de saúde em áreas de matérias primas estratégicas (como a borracha). No início da década de 50, tem-se a criação do subsetor odontológico ligado ao Ministério da Saúde (MS), consolidando o caráter assistencialista, não universalizante e populista das políticas de saúde com exclusividade de atendimento aos grupos assalariados de maior peso econômico e politicamente mais mobilizados (COHN e ELIAS, 2001).

Em relação à assistência à saúde bucal, observa-se que algumas CAPS incorporam algum tipo de assistência odontológica aos seus beneficiários, os consultórios surgem junto aos órgãos de assistência médica e oferecem pelo menos atendimento emergencial. Este tipo de benefício é resultado das pressões dos trabalhadores e da conscientização dos empregadores da necessidade de que manter a saúde dos trabalhadores era fundamental para o processo produtivo (ABREU & WERNECK, 1998).

4.2- Saúde bucal no PSF

Ao analisar a implantação das ESB no PSF torna-se importante um breve resgate dos modelos assistenciais, em saúde bucal, praticados no Brasil.

Até a década de 50, o modelo de assistência odontológica hegemônico era a odontologia de mercado praticada de forma liberal no espaço restrito da clínica e centrada no indivíduo doente, baseada no paradigma flexineriano (RONCALLI, 2000; CALADO, 2002). Conforme já descrito anteriormente, no setor público podem ser encontrados registros de serviços odontológicos pulverizados pelo país, porém, sem uma lógica programática definida (RONCALLI, 2000).

Nos anos 50, temos o início da estruturação de atividades odontológicas com base em programas, com duas modalidades de práticas: a fluoretação das águas de abastecimento público e a assistência a escolares através do Sistema Incremental (SI), o qual tinha como vertente ideológica a odontologia sanitária/social (RONCALLI, 2000; CALADO, 2002; NARVAI, 2002). A odontologia sanitária/social foi definida por Chaves (1962) como sendo: A disciplina da saúde pública que tem como missão o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde bucal da comunidade. (p. 11).

O Sistema Incremental se manteve hegemônico no Brasil por mais de 40 anos e acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em Odontologia (ABREU & WERNECK, 1998; RONCALLI, 2000).

Na década de 70, o SI começa a sofrer inúmeras críticas, pois não conseguia atingir os resultados esperados, apresentando-se como um modelo superado tanto do ponto de vista de sua eficácia, quanto, quanto da sua abrangência e cobertura. A partir daí, muitos municípios se tornaram “órfãos” do Sistema Incremental, necessitando elaborar seus próprios modelos assistenciais (OLIVEIRA et al, 1999; PINTO, 2000).

Segundo Narvai (2002), a importância transformadora da odontologia sanitária /social deu lugar a proposições reformistas da Odontologia simplificada/Integral. Estes modelos geraram clones por todo o País, mas na verdade, não chegaram a romper com a lógica programática do Incremental (OLIVEIRA et al, 1999).

A expressão “Saúde Bucal Coletiva” surge nos anos oitenta como uma estratégia centrada nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da Promoção da Saúde, o qual pretende romper com as odontologias adjetivadas, procurando recuperar para o trabalho em odontologia suas dimensões políticas, sociais, comunitárias, preventivas e integrais (RONCALLI, 2000; NARVAI, 2002).

Segundo Oliveira (1999), podem ser destacadas algumas tendências que chamaram a atenção e se replicaram em diversos locais a partir da criação do SUS: O Sistema Inversão da Atenção, a atenção precoce em saúde bucal (Odontologia para bebês) e os modelos estruturados a partir do núcleo familiar Saúde da Família que é objeto deste estudo.

A participação da saúde bucal nas atividades do PSF tem sido proposta desde sua criação e foi iniciada pioneiramente no município de Curitiba (PR). A partir daí, vários municípios tem tentado viabilizar formas de inclusão de ações de saúde bucal nos programas de Saúde da Família, tendo em vista que não é prevista, nas diretrizes do Programa, a participação da odontologia (RONCALLI, 2000, p.18).

Os resultados de uma Pesquisa Nacional por amostra de Domicilio (PNAD, 1998) divulgada em 2000, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstraram que, até então 29,6 milhões de Brasileiros nunca tinham ido ao dentista. Neste contexto, em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o Ministério da Saúde propôs como estratégia de reorganização da Atenção Básica à saúde, a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa saúde da Família (Brasil, 2000).

A inclusão de Equipes de Saúde Bucal no PSF teve a sua concretização com a Portaria GM 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF:

Art.3º Os municípios que se qualificarem nas ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição e com seguintes valores: Modalidade I – um cirurgião dentista (CD) e um auxiliar do cirurgião dentista (ACD) – R\$ 2.100(dois mil e cem reais. Modalidade II – Um cirurgião Dentista (CD), um auxiliar de cirurgião dentista (ACD) e um técnico em higiene dental (THD)- R\$ 2.800 (dois mil e oitocentos reais mês). (Brasil 2000a).

Parágrafo único. Os recursos financeiros mencionados serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde (Brasil, 2000a)

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos e de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, proteção e recuperação saúde bucal impulsionou a inclusão das ESB no PSF (MANFREDINE, 2005).

Segundo Silveira Filho (2001), as ações de saúde bucal no SUS são direitos básicos pautados na universalidade, na equidade e na integralidade, reside aí o grande desafio à incorporação de equipes de Saúde Bucal no PSF: tornar as ações de saúde bucal um direito de todos independente de idade, escolaridade ou classe social.

Em 06 de março de 2001, o Governo Federal editou a Portaria nº 267 (Portaria de Normas e Diretrizes da Saúde Bucal) (Brasil, 2001 c) que regulamenta a Portaria nº 1.444/GM/2000 e estabelece o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica descrevendo o elenco de procedimentos compreendidos na Atenção Básica (estabelecidos Na NOB 01/96 e NOAS 01/01). O Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica tem como objetivos:

- Melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- Orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa Saúde da Família;
- Assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo–restauradoras em saúde bucal;
- Capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;
- Avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF (BRASIL, 2001c).

Além disso, a Portaria nº. 267/2001 ainda estabelece as Bases para Reorientação das Ações de Saúde Bucal, estratégia para incorporação das equipes, atribuições de cada profissional da ESB, além das responsabilidades de cada esfera de governo e informações relativas ao financiamento das equipes.

Atribuições comuns aos profissionais de Saúde Bucal no PSF:

- Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família;

- Identificar as necessidades e as expectativas da população à saúde bucal;
- Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal;
- Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;
- Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal;
- Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde;
- Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas;
- Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal (Brasil, 2001c).

São atribuições específicas dos Cirurgiões Dentistas:

- Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade;
- Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS);
- Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita;
- Encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento;
- Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais;
- Coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal;

- Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;

- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo TSB e o ASB. Capacitar às equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;

- Registrar na Ficha D- Saúde Bucal, do Sistema de Informação de Atenção Básica- SIAB- todos os procedimentos realizados (BRASIL, 2001c).

São atribuições específicas dos THD:

- Realizar, sob a supervisão do cirurgião-dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento;

- Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião-dentista;

- Auxiliar o cirurgião dentista (trabalho a quatro mãos);

- Realizar procedimentos coletivos, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluoretados, na Unidade Básica de Saúde da Família e em espaços sociais identificados;

- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

- Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal;

- Registrar no SIA/SUS todos os procedimentos realizados no âmbito de sua competência (BRASIL, 2001c).

São atribuições específicas dos ACD:

- Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

- Realiza procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientação à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do TSB;

- Preparar o instrumental e os materiais de uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho;

- Cuidar da manutenção e da conservação dos equipamentos odontológicos;

- Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento;

- Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal;

- Realizar procedimentos coletivos, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados, na Unidade Básica de Saúde da Família e em espaços sociais identificados;

- Registrar no SIA/SUS todos os procedimentos realizados no âmbito de sua competência (Brasil, 2001c).

Segundo o MS, os municípios que queiram iniciar a implantação ou pretendem ampliar ações de saúde bucal vinculadas ao PSF deverão percorrer os seguintes passos:

- O município já deve ter equipes de saúde das famílias implantadas, ou em vias de implantação;

- É necessário elaborar um plano de implantação de saúde bucal no PSF;

- O município deverá submeter o Plano de Implantação ou Expansão das Ações de Saúde Bucal no PSF para aprovação do Conselho Municipal de Saúde;

- Depois da aprovação do plano pelo Conselho Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde deverá enviá-lo para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que enviará ao MS;

- O Ministério de Saúde publicará no Diário Oficial da União (DOU) a qualificação das equipes de saúde bucal vinculadas ao PSF de cada um dos municípios que apresentaram o pleito, os quais foram previamente aprovados pela CIB de seus Estados.

- O município deve cadastrar todos os profissionais da ESB no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL 2002).

Em 17 de março de 2004, o Ministério da Saúde lança o “Brasil Sorridente” definido como sendo uma política do governo federal com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Este novo público de atendimento odontológico apresenta cinco frentes de ação: ampliação do atendimento na rede básica, criação de centros de especialidades, ações educativas, implantação de próteses e fluoretação das águas (BRASIL, 2004b).

Um marco da nova política de saúde bucal do MS foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) realizada entre os dias 29/7 e 01/08 de 2004. Antes desta Conferência duas outras haviam sido realizadas. A 1ª CNSB em 1986

discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e afirmou a saúde bucal como: “parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e informação”. Além disso, esboçou um diagnóstico da situação de saúde bucal no país e apontou rumos para a inserção da odontologia no sistema único de saúde (BRASIL, 2004c).

A 2ª CNSB, realizada em 1993, teve como tema central: “- A saúde bucal, como um direito de cidadania” e aprovaram diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, indicando as características de um novo modelo de atenção em saúde bucal no país, indicando as características de um novo modelo de atenção em saúde bucal e dos recursos necessários, propondo formas para o financiamento, e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde, e defendendo a descentralização das ações (BRASIL, 2004c).

O tema central da 3ª CNSB foi: “Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social”, que foi discutido a partir de quatro eixos temáticos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal. Cerca de 90 mil pessoas estiveram diretamente envolvidas neste processo de discussão da saúde bucal, através da participação em 2.542 Conferências Municipais ou Regionais e das 27 Conferências estaduais de Saúde Bucal. O relatório final se constituiu em uma série de proposições indicando novos rumos para a política nacional de saúde bucal que pudessem produzir as mudanças necessárias para assegurar, a todas as pessoas, acesso a ações e serviços de saúde bucal com qualidade (BRASIL, 2004).

5 DISCUSSÃO

Segundo Alves Sobrinho e Souza municípios já dispõem de algum tipo de rede assistencial, mesmo de baixa cobertura (2002), os primeiros anos de sucesso do PSF foram marcados pela sua instalação em municípios de pequeno e médio porte. Manfredine (2005) cita que alguns argumentos poderiam explicar esta situação, como o fato dos maiores populacionais, sendo que isto talvez tenha sido um fator que não tenha estimulado a adoção da estratégia da saúde bucal no PSF em municípios maiores ou então a dificuldade de expansão de serviços públicos no período posterior à sanção da Lei de Responsabilidade Fiscal. Além disso, pode-se destacar também que, como a cobertura populacional é o critério para o aumento nos valores do repasse dos recursos para a manutenção das equipes de PSF, os municípios menores são privilegiados, pois com poucas equipes podem atingir uma grande cobertura recebendo o teto dos recursos.

A portaria 673/GM (BRASIL, 2003) alterou a relação entre ESB e ESF determinando que pudessem ser implantadas, a critério do gestor municipal, quantas equipes de saúde bucal fossem necessárias, desde que não ultrapassem o número existente de ESF. Através desta medida, a população adscrita sob responsabilidade de cada ESB passou a ser de no máximo 4.500 hab. por equipe.

O Ministério da Saúde recomenda, também, que para maior resolutividade do serviço deve-se disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento e sugere que de 75% a 85% da hora clínica do CD seja dedicada à assistência e de 15% a 25% para outras atividades, sugerindo ainda cautela no desenvolvimento freqüente deste profissional (CD) para ações coletivas e enfatizando que as atividades educativas e preventivas em nível coletivo devem ser executadas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar, cabendo ao CD planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las (BRASIL, 2004a).

Segundo o MS (BRASIL, 2004a), outro aspecto fundamental desta estratégia diz respeito ao processo de trabalho. Ao colocar ao setor saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo” afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação traz o desafio de se trabalhar em equipe.

Observa-se, portanto, uma necessidade de evolução na interação os vários profissionais do PSF, este distanciamento talvez possa ser explicado por fatores como a inserção tardia das ESB no PSF, pela formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de saúde bucal que discutam a abordagem do indivíduo como e pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo das ESB, impedindo-a de interagir com os demais profissionais.

A atuação da equipe de saúde bucal não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico- odontológico. A equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objetos das suas práticas. A ESB deve ser – e se sentir- parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção (BRASIL, 2004a).

A precarização das relações de trabalho dos profissionais das ESFs é um dos grandes problemas ainda enfrentados no desdobramento desta estratégia. No sentido de tentar equacionar as relações trabalhistas, o MS organizou em agosto de 2003 o “Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS”, com a participação de Sindicatos, Conselhos de Saúde, Organizações Internacionais e representantes das três esferas de governo, para propor alternativas de combate às relações precárias de trabalho na saúde.

Neste encontro foi proposta, pelo Ministério da Saúde, a criação de uma comissão para formular políticas nacionais capazes de solucionar essas questões, estabelecer diretrizes e coordenar ações para desprecarização das relações de trabalho. Dentre essas ações, destacam-se o cadastramento nacional dos trabalhadores com vínculos fragilizados, estudos de viabilidade de alternativas de contratações e de impacto financeiro.

Segundo o MS (Brasil, 2001b), a seleção dos profissionais para as ESFs deveria ser por teste seletivo interno, concurso público ou por recrutamento externo através de contratação em regime de CLT (consolidação das leis trabalhistas), todavia, estudos demonstram que, no estado de MG, apenas 33% dos municípios relataram vínculos estáveis (teste seletivo interno e concurso externo), os demais (67%) relataram outras formas de seleção e contratação como credenciamento,

indicação política, nomeação, licitação, terceirização, contratos por cooperativas, contrato temporário, contrato de prestação de serviços, etc. Este resultado é semelhante ao encontrado em pesquisa realizada em 2002 pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva – NESCON/UFMG, juntamente com a Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos do MS, onde em nível nacional 70,9% dos dentistas foram contratados por vínculos temporários ou prestação de serviços, sendo que, na região Sudeste, este tipo de contratação é relatada em 56,4% dos casos (BRASIL, 2003a).

Além disso, dos dezoito municípios que informaram não estar em condições de responder à pesquisa, quinze relataram motivos políticos como demissão de secretários de saúde, de coordenadores de saúde bucal ou dissolução total de equipes. Aparentemente, este fato se repetiu por todo país, pois o MS encaminhou aos municípios um documento (aviso-circular nº. 013/GM de 28/10/04), assinado pelo Ministério da Saúde, informando sobre uma onda de denúncias sobre demissões “políticas” pós-eleições de 2004 do PACS/PSF/SB, esclarecendo que seriam realizadas auditorias pelo DENASUS (Departamento Nacional de Auditoria do SUS) e, se comprovadas às denúncias, os repasses do MS seriam suspensos, o que se configuraria em uma medida de peso, contudo esta se apresentou paliativa não atingindo a raiz e não resolvendo o problema.

Segundo o MS (BRASIL, 2000c), o PSF ao priorizar a atenção básica, não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão. O PSF deve estar articulado com os demais níveis de atenção e conhecendo a sua população, com suas necessidades tem a possibilidade de ordenar os encaminhamentos, racionalizando o uso dos recursos terapêuticos mais caros.

Portanto, as ESFs estando inseridas na atenção básica, no primeiro nível de ações, devem articular a referência e contra-referência dos serviços de saúde.

Ao analisar-se a questão aberta observa-se que o discurso mais freqüente descrito por dentistas, coordenadores e até secretários de saúde é com relação aos recursos financeiros, seja quanto à baixa remuneração dos profissionais, falta de materiais de prevenção e promoção da saúde, falta de estrutura física. Todos entendem que o MS deveria repassar mais recursos, não havendo a compreensão de que o município é responsável pelos serviços e co-responsável pelo financiamento e, este último, deveria complementar o incentivo do governo federal.

No início do programa, através da Portaria MS nº 1.444/2000, os municípios que se qualificassem para as ações de bucal receberiam incentivo financeiro anual variável no valor de R\$ 13.000,00 (treze mil reais) para a modalidade I (CD + ACD) ou R\$ 15.600,00 (quinze mil e seiscentos reais) para a modalidade II (CD+ ACD+ THD). Além destes valores, era estabelecido o pagamento de um incentivo adicional no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por equipe implantada para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos, em parcela única (BRASIL, 2004b). Houve, portanto, um aumento considerável nos incentivos das ESB no ano de 2004, ou seja, na modalidade I: R\$ 20.400,00 e na modalidade II; R\$ 26.600,00 (Brasil, 2004d), e atualmente segundo Portaria 15.999 e 1602 de 09/06/2011, a modalidade I recebe R\$ 25.200,00 e modalidade II: R\$33.600,00 e como incentivo, R\$ 7.000,00, o que, no entanto, não supre todas as necessidades das ESB, havendo a necessidade de complementação pelos municípios, e, segundo Alves Sobrinho & Souza (2002) é essencial também a ampliação da participação dos estados no financiamento do PSF.

6 CONCLUSÃO

Observa-se uma evolução quantitativa das ESB, possibilitando um maior acesso aos serviços de saúde bucal, todavia diferenças e dificuldades estão presentes em virtude das realidades locais e do aspecto político em que a estratégia esta inserida.

No nosso município, em que a odontologia foi por anos esquecida, pode-se notar que das sete UBS, somente duas tem espaço físico para ser implantada as ESB, sendo uma modalidade I e outra de modalidade II. Todavia, dependemos muito do apoio do setor administrativo para implantação dessas Equipes, e mesmo sendo de interesse político essa implantação, esbarramos com vários obstáculos como a oferta de baixos salários em que o profissional deve ter a jornada de trabalho de 8 horas/dia e um salário de R\$ 1.600,00, o que dificulta muito a contratação dos cirurgiões dentistas. Estão claros os vários benefícios da implantação da ESB, tanto no papel preventivo que é um trabalho muito satisfatório, como no curativo, na organização da demanda, e até benefícios políticos que uma ESB traz, enfim um melhor andamento de todo serviço odontológico, que passa a seguir o modelo assistencial adequado, o que nosso município sempre foi carente. Com todos esses benefícios e mesmo todos sendo cientes que um sorriso com dentes saudáveis é a porta de entrada de uma pessoa, a odontologia, infelizmente, ainda não conseguiu convencer os políticos da sua importância.

Hoje, Corinto já possui duas ESB já cadastradas e aprovadas pelo MS e fomos contemplados com a Unidade Móvel Odontológica, que o MS distribuiu para cinco municípios em Minas; Unidade esta que é cadastrada em um PSF para atender à zona rural. Mas, para realizar este sonho, de ver tudo em andamento, como coordenador da Saúde Bucal, preciso de total apoio da administração, e mais vontade política, para assim oferecer uma odontologia digna aos nossos usuários, onde o profissional deve com certeza ser valorizado, e envolvido com toda a Equipe, para assim mostrar os benefícios que uma odontologia exercida com profissionalismo, dedicação, doação e amor pode trazer ao nosso município.

Enfim, ainda é cedo para avaliações do pouco que foi implantado, mas o monitoramento é essencial para o sucesso do planejamento e isso está sendo previsto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU, M.H.N.G; WERNECK, M.A.F. Sistema incremental no Brasil:uma avaliação histórica. **Arquivos em Odontologia**. 1998; 34 (2): 121- 31.
2. ALVES SOBRINHO, E.J.M., SOUZA, M.F. **O PSF nos grandes municípios: São Paulo, um investimento à parte!** In: SOUZA MF. (Org). Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002.
3. BALDINI, M.H., FADEL, C.B., POSSAMAI, T., QUIEIROZ, M.G.S.. A inserção da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná. Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2003; 8suppl 2: 91-2.
4. BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**, 3ª Ed.Saúde: Ática ; 1999.
5. BRASIL, 2000a. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Abrindo a porta a Dona Saúde entrar; uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: MS;2000.
6. BRASIL, 200b. Ministério da saúde. **Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de incentivos financeiros**. Portaria nº. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Disponível em: URL: [HTTP://www.saude.gov.br/programas/bucal/principal.htm](http://www.saude.gov.br/programas/bucal/principal.htm). [2002 Dez 14].
7. BRASIL, 2000c. Departamento da atenção básica. Secretaria de políticas de saúde. **Informes técnicos institucionais: programa saúde da família**. Ver Saúde Pública. 2003; 34 (3): 316-9.
8. BRASIL, 2001a. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília: MS; 2001.
9. BRASIL, 2001b. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS; 2001.
10. BRASIL, 2001c. Ministério da Saúde. **Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal**. Portaria nº. 267, de 06 de março de 2001. Diário Oficial da União. Brasília; 07 de março de 2001, seção 1 p 67.
11. BRASIL, 2002, Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal**: MS: 2002.

12. BRASIL, 2003a. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises.** / Organizado por Falcão A. et al., Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2003.
13. BRASIL, 2004a. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.** Brasília: MS; 2004.
14. BRASIL, 2004b. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. **Manual do programa Brasil sorridente.** Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.ctf?id_area=406 [2005 Abril 4]
15. BRASIL, 2004c. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. **3ª Conferência de Saúde Bucal. [Relatório Final].** Brasília: MS 2004.
16. CALADO, G.S. **A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da família: principais avanços e desafios.** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola nacional de saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz; 2002.
17. CARVALHO, C.L., LOUREIRO, C.A. A inserção da odontologia na saúde escolar. **Cad. Odont.** 1997. 1 (1): 43-57. Apud: Roncalli A G. A Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade, e integralidade em saúde bucal coletiva. [Tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.
18. CHAVES, M.M. **Odontologia sanitária.** Washington: Oficina Sanitária Pan-americana; 1962.
19. COHN, A; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** São Paulo: Cortez; 2001.
20. CUNHA, E.S. **História da odontologia no Brasil (1500-1900).** 2ed. Rio de Janeiro: Científica; 1952. Apud: Roncalli A G. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. [Tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.
21. GONÇALVES, C.A. **A política de saúde bucal no Brasil e o programa de saúde da Família (PSF): uma nova perspectiva?**[Monografia]. Piracicaba: Faculdade de odontologia de Piracicaba da Universidade estadual de Campinas; 2002.
22. MANFREDINI, M.A. **Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil.** In: Dias AA., organizador. Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas. São Paulo: Santos; 2005.

23. NARVAI, PC. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2ed. São Paulo: Santos; 2002.
24. OLIVEIRA, A.G.R.C, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**. 1999. 2:9 – 14.
25. OLIVEIRA, A.G.R.C.; SOUZA, E.C.F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: **Odontologia social: textos selecionados**. Natal: UFRN; 1998. 8: 11 -21.
26. PINTO, V.G. **Saúde bucal Coletiva**. 4ed. São Paulo; 2000.
27. RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade, e integralidade em saúde bucal coletiva**. [Tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.
28. ROSENTHAL, E. **A Odontologia no Brasil – História**. Jornal APCD. São Paulo: out. 1995.
29. WERNECK, M.A.F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. [Tese]. Niterói, Universidade Federal Fluminense. 1994. Apud: Roncalli A G. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. [Tese]. Araçatuba: universidade estadual Paulista, faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.