

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA NO SETOR DA SAÚDE

JANE PAULA LOPES GOMES

**A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: INTEGRALIDADE DO ACESSO DA COBERTURA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte
2019

JANE PAULA LOPES GOMES

A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: INTEGRALIDADE DO ACESSO DA COBERTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública no Setor da Saúde.
Orientador: Daniele de Oliveira Xavier

Belo Horizonte
2019



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Programa Nacional de Formação em
Administração Pública - PNAP

ATA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO da Senhora **JANE PAULA LOPES GOMES**, REGISTRO Nº **2017759834**. No dia 07/05/2019 às 20:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Gestão Pública no Setor da Saúde - , para julgar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "**A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: INTEGRALIDADE DO ACESSO DA COBERTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE**", requisito para a obtenção do **Título de Especialista**. Abrindo a sessão, o orientador e Presidente da Comissão, X, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares de apresentação do TCC, passou a palavra ao aluno para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, seguido das respostas do aluno. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do aluno e do público, para avaliação do TCC, que foi considerado:

() APROVADO

APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA - PRAZO MÁXIMO DE 60 (SESSENTA) DIAS

() NÃO APROVADO

76 pontos (setenta e seis) trabalhos com nota maior ou igual a 60 serão considerados aprovados.

O resultado final foi comunicado publicamente ao aluno pelo orientador e Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 07/05/2019.

Prof. Daniele de Oliveira Xavier
(Orientador)

Daniele Oliveira Xavier

Prof. Cleverson Ramon Carvalho Silva

Ramon C.

Prof. Simone Evangelista Fonseca

Simone de Fonseca



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Programa Nacional de Formação em
Administração Pública - PNAP

MODIFICAÇÃO EM TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Modificações exigidas no TCC do aluno JANE PAULA LOPES GOMES,
número de matrícula 2017759834.

Modificações solicitadas:

Definir o problema de pesquisa na introdução. Ter visão mais crítica do tema na conclusão. Ajustar a progressão da saúde bucal em tabela linear.

O prazo para entrega do TCC contemplando as alterações determinadas pela comissão é de no máximo 60 dias, sendo o orientador responsável pela correção final.

Daniele de Oliveira Xavier

Daniele de Oliveira Xavier
(Orientadora)

Jane Paula Lopes Gomes

Assinatura do aluno: JANE PAULA LOPES GOMES

Atesto que as alterações exigidas Foram Cumpridas
 Não foram cumpridas

Belo Horizonte, 14 de maio de 2019

Professor Orientador

Daniele de Oliveira Xavier

Assinatura

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela vida, saúde e sabedoria para superar todos os limites.

Aos meus pais que mesmo ausentes, me deixaram a maior herança a fé a coragem e saber agir dentro da integridade, saudades.

Ao meu filho Paulo César Lopes Leonardi, pois foi através do incentivo, cooperação, compreensão e pelo enorme amor dedicado a mim, não deixando desistir, estou completando esta jornada.

À minha irmã Patrícia pela força e colaboração para concluir esta etapa.

A Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Econômicas, colegiado, direção, administração, funcionários que me propiciaram as condições para o alcance deste objetivo.

A minha orientadora, Daniele de Oliveira Xavier, pela receptividade, apoio, pelas palavras de incentivo e pelos conselhos para construção e aprimoramento deste trabalho.

Aos meus mestres, tutores Neiva, Simone, Narrayra, Ramon integrantes do Programa Nacional de Administração Pública meus agradecimentos pelo apoio, dedicação e por transmitirem seus conhecimentos, que contribuem para minha profissão.

Aos meus colegas de curso, por contribuíram na troca de saberes e de apoio constante.

Enfim a todos que colaboram de uma forma ou outra para que chegasse a esta etapa vitoriosa.

Deixo aqui registrado o meu eterno obrigado.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	14
2.1	A POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA.....	14
2.2	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL.....	15
2.3	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
2.4	A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
3	METODOLOGIA.....	21
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	23
5	CONCLUSÃO.....	29
6	REFERÊNCIAS.....	31

RESUMO

O Sistema Único de Saúde é o modelo assistencial de saúde no Brasil garante a todo o cidadão o acesso de forma universal, integral, equânime, longitudinal na linha do cuidado em saúde. Políticas Públicas promoveram o avanço em relação os modelos de atenção com foco na prevenção, promoção e ampliação das equipes de saúde nos níveis de atenção. Programa de Saúde da Família reorganizou o modelo de saúde na atenção primária ao promover o acesso aos serviços de saúde de forma humanizada e resolutiva com foco na família e na intervenção nos fatores condicionantes de saúde no território adstrito. A Política Nacional de Saúde Bucal passou por avanços estabelecendo além do incentivo financeiro aos municípios para inserir e ampliar as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família objetivando a mudança do modelo de atenção à saúde bucal para que sejam incorporadas e fortalecidas no Sistema Único de Saúde, a promoção e prevenção da saúde. Para este estudo foi realizada a metodologia descritiva exploratória de dados secundários com abordagem quantitativa dos indicadores de cobertura da saúde bucal no Programa de Saúde da Família no município de Belo Horizonte Minas Gerais entre 2011 a 2015. O resultado revelou impacto positivo na integralidade do acesso ao verificar a cobertura populacional e o aumento gradativo e das equipes de saúde bucal. Conclui-se que é necessário o olhar amplo para a saúde bucal para garantir o acesso integral e reduzir custos em procedimentos especializados.

Palavras-chave: Atenção Primária, Saúde Bucal, Políticas Públicas em Saúde, Estratégia Saúde da Família.

Abstract

The unified health system is the health care model in Brazil, guaranteeing all citizens access in a universal, integral, equitable, longitudinal way in the health care line. Public policies promoted the advancement in relation to care models focusing on prevention, promotion and expansion of health teams in the levels of care. The Family Health program reorganized the health model in primary care by promoting access to health services in a humanized and resolute way with a focus on the family and intervention on health conditioning factors in the Adstrite territory. The National oral health policy has undergone advances in addition to the financial incentive to municipalities to insert and broaden the oral health teams in the Family health strategy aiming at changing the model of oral health care to be Incorporated and strengthened in the unified health system, health promotion and prevention. For this study, we conducted the exploratory descriptive methodology of secondary data with a quantitative approach of the indicators of oral health coverage in the family health program in the municipality of Belo Horizonte, Minas Gerais, between 2011 and 2015. The result showed a positive impact on the integrality of access by verifying the population coverage and the gradual increase and the oral health teams. It is concluded that the broad look for oral health is necessary to ensure full access and reduce costs in specialized procedures

Keywords: Primary care, oral health, public health policies. Family health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS- Atenção Primária à Saúde

DATASSUS- Sistema de Informação em Saúde de Base Nacional

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NOB-SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

PNAB- Política Nacional da Atenção Básica

PNAD- Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios

PNPS- Política Nacional de Promoção a Saúde

PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal

POB – Procedimento Odontológico Básico

PSF- Programa de Saúde da Família

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde e Assistência

SUS-BH – Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

SUS - Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

A Oitava Conferência Nacional de Saúde a qual originou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi cenário da Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, com a discussão da odontologia de ampliar o acesso ao inserir as equipes na atenção básica e de que a saúde bucal seja integrante da saúde geral do indivíduo sendo necessário promover políticas públicas na atuação das equipes odontológicas na abrangência do acesso a população (Brasil, 1986).

O Sistema Único de Saúde, através da Constituição de 1988, garante o acesso universal com a atenção integral na linha do cuidado em saúde. Os avanços nas políticas públicas de saúde em relação aos modelos de atenção curativo ao de promoção e prevenção a saúde levou a reorganização dos serviços e aumento da cobertura em saúde da população (BRASIL, 2000).

Neste contexto de mudança e reorganização da atenção primária, em 1994, foi implantado Programa de Saúde da Família, definido pelo Ministério da Saúde como uma estratégia em que as ações de promoção, prevenção e recuperação a saúde dos indivíduos e da família são prioritárias em todo o seu ciclo de vida (BRASIL, 1998).

A Terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal, define diretrizes para a busca da universalidade e integralidade em todas as especialidades odontológicas abrangendo a atenção a todas as faixas etárias da população, desde a atenção básica até a cobertura das necessidades na atenção secundária, e de implantar e ampliar o sistema de informação descentralizado promovendo o geoprocessamento de indicadores em saúde bucal (BRASIL, 2005).

Segundo, Brasil (2008), o histórico de modelo de atenção à saúde bucal, em 1950 com o Sistema Especial de Saúde Pública e localizada em clínicas fora do âmbito público, em 1970 a mudança de espaço para as escolas, mas continuava com caráter excludente pelo enfoque estar no curativo restaurador e muitas das vezes mutilador, pois a prática da odontologia ser de custo elevado para tratamentos especializados onerava o serviço público, o primeiro movimento de prevenção com a aplicação de bochechos fluoretados, caracterizando o pensar em saúde bucal. A partir deste novo enfoque que se iniciou o movimento para a incorporação das equipes na atenção primária, focada na inclusão e na mudança do modelo assistencial baseado nos levantamentos epidemiológicos ao promover o planejamento das ações de intervenção em saúde bucal.

Carree (2019) disserta que o Programa Brasil Sorridente, proporcionou ampliar a cobertura com integralidade no acesso para a população, mediante mudanças na organização por meio do planejar saúde bucal através de estudos epidemiológicos. O conhecimento dos indicadores de um território adstrito permite que o procedimento em saúde bucal promova o fortalecimento da atenção primária onde estão inseridas as equipes odontológicas. Diante deste conhecimento a inserção na Estratégia de Saúde da Família foi o marco em política pública voltada para a odontologia.

A Estratégia de Saúde da Família reorganizou a Atenção Básica de acordo com as diretrizes norteadoras do SUS, com atuação de ações de promoção, prevenção e de atendimento integral e humanizado da população cadastrada na área adstrita, com visão multidisciplinar e multiprofissional na cobertura da atenção a saúde da população. A necessidade de reorganização da saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF), através da Portaria CM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, o Ministério da Saúde estabelece o incentivo financeiro aos municípios para subsidiar e ampliar o acesso da população as ações de cuidado integral a saúde (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde reorganizou a odontologia em todos os níveis da rede de atenção, em 2004 através da Política Nacional de Saúde Bucal estabeleceu os eixos de ações intersetoriais de atuação na prevenção e promoção de saúde bucal com cobertura a todos os ciclos de vida da população. Scherer (2018) abordou a integração entre as ESB e as ESF no Distrito Federal, analisou o trabalho das equipes quanto ao cumprimento das políticas públicas preconizadas e a organização deste trabalho multiprofissional, observou o conflito na organização do processo de trabalho entre a ESB e ESF. Este autor reafirma a necessidade de capacitação das equipes quanto à organização dos processos de trabalho, o município de Belo Horizonte realizou de forma participativa com foco na troca de saberes entre as varias categorias profissionais no âmbito da atenção primária.

Diante destas articulações de políticas públicas está a Política Nacional de Saúde Bucal a qual norteia as ações das equipes no âmbito da Atenção Primária a Saúde com as diretrizes das práticas em saúde nos níveis da Rede de Atenção corrobora com os princípios do SUS, como a universalidade e integralidade ao orientar o trabalho das equipes e garantir o acesso e cobertura da população com a inserção na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006).

A construção de uma política que atendesse as diretrizes do SUS, quanto ao cuidado integral em saúde bucal do individuo, sendo este coautor de seu processo de recuperação e prevenção

e promoção de sua saúde veio a ser instituída através de documentos com discussões em Conferências Nacionais de Saúde na qual foram abordados as práticas em saúde bucal no âmbito da atenção primária (Brasil, 2006).

O Ministério da Saúde, em 2000 incorporou as equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família por meio de políticas públicas que organizou e financiou as ações em toda a rede de atenção, assegurando o acesso universal, equânime e integral a população. A constante análise de índices epidemiológicos de seu território e com o planejamento de suas ações mediante indicadores de avaliação em saúde bucal (BRASIL, 2004).

Diante da necessidade de avaliar os indicadores de programação, monitoramento da odontologia inserida no âmbito da Estratégia de Saúde da Família o presente estudo tem caráter relevante para os gestores ao ampliar o acesso a estes serviços e também de recursos para subsidiar as ações de saúde em seu município.

Neste cenário histórico de políticas públicas em saúde bucal sendo que perpassaram de excludentes a de novo modelo que atendessem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde como a universalidade e integralidade no atendimento em saúde bucal necessita de estudos para analisar o acesso no âmbito da atenção primária, políticas inclusivas e que possibilitam o planejamento das ações de forma que todas as faixas etárias tenham o acesso a este serviço (BRASIL, 2004).

Diante do contexto em saúde bucal no Brasil, a proposta deste estudo é de poder analisar se a cobertura do acesso integral com a inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da família no município de Belo Horizonte entre 2011 a 2015 justifica-se a seleção por ser período pós-capacitação das equipes de saúde das unidades de Atenção Primária a Saúde em Belo Horizonte por meio de oficinas realizadas nas próprias unidades onde as equipes participaram ativamente na construção da melhoria do processo de trabalho onde foi possível organizar os procedimentos através de análises dos indicadores conforme a territorialidade de cada unidade, estas oficinas aconteceram em duas etapas que se iniciaram 2009 e 2011 respectivamente (BELO HORIZONTE, 2012).

Realizado estudo descritivo exploratório retrospectivo de dados secundários, com abordagem quantitativa dos indicadores de cobertura da saúde bucal no Programa de Saúde da Família, para viabilizar a análise da cobertura do acesso na saúde bucal no município de Belo Horizonte Minas Gerais entre 2011 a 2015. A coleta dos dados foi por meio de consulta em

sitos eletrônicos nos Sistema de Informação em Saúde de Base Nacional (DATASUS) acessado em 16 de fevereiro de 2019, também de consulta pública dos relatórios anuais da cobertura populacional das ESF e ESB e do financiamento disponibilizado pelo MS, no Departamento da Atenção Básica/Secretaria de Atenção a Saúde/Ministério da Saúde acessado em 23 de março de 2019.

A análise e o cálculo dos resultados foram utilizadas planilhas eletrônicas do software Microsoft Excel (Windows) e pelo programa do Tabwin versão 3.2. Os resultados obtidos através da seleção dos indicadores de avaliação da saúde bucal na atenção primária em uma análise comparativa entre os períodos de 2011 a 2015 para a avaliação de ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica é caracterizada pelo conjunto de ações programáticas no cuidado em saúde, onde a promoção, prevenção, reabilitação, recuperação e manutenção da saúde são executadas pelas equipes multiprofissionais fundamentadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e pelas políticas públicas organizativas destas ações neste nível de atenção (BRASIL, 2012).

A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 regulamenta em todo o território nacional todas as ações de saúde no setor público e seus prestadores de serviços, determina que seja dever do Estado e direito do cidadão o acesso universal, integral, equânime a saúde. O Sistema Único de Saúde regulamentado por esta Lei é organizado em uma Rede de Atenção à Saúde, onde a Atenção Básica é organizada para atender as demandas de saúde de sua população adstrita, sendo esta a porta de entrada em toda rede de assistência à saúde, devendo garantir a integralidade no cuidado em saúde (BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria de nº 648 de março de 2006 a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que coordena e organiza as ações na atenção básica segundo a necessidade específica de cada território realizado por meio da avaliação e monitoramento, entre trabalhadores e gestores, dos indicadores epidemiológico e condicionante de saúde da população (BRASIL, 2006).

Segundo Brasil (2006), define as normas de funcionamento da Atenção Básica dentro da Rede de Atenção, em acordo com a Política Nacional da Atenção Básica que deve cumprir as ações de forma descentralizada, resolutiva identificando potenciais riscos, demandas e organizar de forma participativa as ações de enfrentamento com articulações intersetoriais, coordenar e ordenar o cuidado com a gestão clínica, controle do fluxo em rede por meio de ferramentas eletrônicas, a saúde bucal participa desta gestão ao inserir no prontuário eletrônico as informações contidas nas referências e contra-referência.

Segundo Giovanella e Mendonça, 2008, são atributos da atenção primária: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural, estas atribuições garantem a linha de cuidado em saúde da

população em todo seu ciclo de vida observando as especificidades de cada território sendo possível conhecer e planejar e descrever estas ações no plano de saúde municipal e assim garantir o repasse do financiamento do Sistema Único de Saúde.

A participação das três esferas de governo para que este nível de atenção é definido pelas contribuições como a pactuação dos processos em rede, do estímulo e apoio a ações da Estratégia de Saúde da Família, garantir a infraestrutura e financiamento tripartite, elaborar, coordenar e promover suporte para o alcance de metas estabelecido no plano de saúde do município com planejamento, avaliação, monitoramento dos indicadores epidemiológicos da população adstrita (Brasil, 2006).

Castro (2010) refere à atenção primária como predominante na agenda do Ministério da Saúde a partir de 1990 para a mudança do modelo de atenção centrado no biomédico para o de promoção e prevenção e reorganizar este serviço para a prática de ações que consolidem os princípios do Sistema Único de Saúde como a universalidade e integralidade. Neste contexto a inserção de equipes atuantes com população definida em território adstrito permite a organizar a demanda e promover saúde de forma humanizada.

Na atenção primária em saúde, nomenclatura atual da atenção básica, está inserida a saúde bucal sendo parte integrante do planejamento, avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas neste nível de atenção. As equipes planejam a linha de cuidado seguindo os diretrizes determinantes e norteadores da PNAB ao promover através da organização da demanda segundo a avaliação dos indicadores de produtividade definidos pelo acesso a primeira consulta programática, ações de prevenção e promoção da escovação supervisionada e de tratamento concluído da população assistida em relação às metas estabelecidas e da capacidade operacional das equipes de saúde bucal (BRASIL, 2004).

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da Reforma Sanitarista e do resgate social com marco fundamental na Oitava Conferência Nacional de saúde, a qual teve como eixo principal: Saúde como direito e dever do Estado, objetivando a inclusão universal do acesso a toda a forma de assistência em saúde pública no país, organizando em rede de atenção, com a participação das três esferas de governo na formulação de políticas públicas, organização e do

financiamento das ações determinou a atenção primária como o primeiro contato da população na rede de assistência. A mudança do modelo biomédico e centrado nos hospitais para o de promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde inseridos na atenção primária a saúde, promove o diagnóstico das necessidades de cada território, planejamento, avaliação, monitoramento e reduz custos com agravos do estado de saúde permite à humanização do atendimento as demandas da população (BRASIL, 1990).

No Brasil, a primeira edição da Política Nacional de Saúde Bucal foi regulamentada por meio da Portaria GM 614 de 1989 posteriores a promulgação da Constituição Federal de 1988, priorizava a faixa etária em idade escolar e alocando as equipes de saúde bucal em ambiente escolar com ações preventivas e restauradoras básicas em detrimento de outra grande parte da população em descordo com o principio da universalidade e integralidade do acesso aos serviços odontológicos (BRASIL, 2009). Diante da baixa cobertura no acesso e da necessidade da mudança na organização da saúde bucal em 1993 a III Conferencia Nacional de Saúde Bucal como tema principal de “ Saúde bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social” levantou a discussão de uma nova política de saúde bucal inserindo os serviços no Sistema Único de Saúde garantindo o acesso equânime, universal e integral a toda a população (BRASIL, 2005).

Em 2004, o Ministério da Saúde atribuiu diretrizes organizativas a Política Nacional de Saúde Bucal, denominada de Brasil Sorridente e incentivo financeiro aos municípios para inserir as equipes na atenção primária com a articulação de políticas intersetorias e de comunicação em toda a rede de saúde, sendo a saúde bucal integrante da saúde geral do individuo, passando do modelo curativo-restaurador para o de promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco ao incorporar as práticas de ações programada e planejada ampliando o acesso a toda a população (BRASIL, 2004).

Segundo Teixeira, (2010, pag. 01)

“Planejamento é um termo largamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública, quanto na esfera privada”. Por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas em definir proposições e construir a sua viabilidade com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas “(TEIXEIRA, 2010, pag. 01)”.

Este modelo de organização da atenção em saúde bucal, baseado o levantamento epidemiológico dos fatores condicionantes de saúde e dos indicadores de cobertura do acesso,

permite as equipes o planejamento de suas ações por meio da avaliação, monitoramento dos dados armazenados nos sítios eletrônicos do Ministério da Saúde através de ferramentas de tecnologia da informação em saúde da produtividade local (Fischer, et al, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família reorganizou a assistência na atenção primária ao instituir as equipes de Saúde da Família centralizada na linha cuidado para a família e indivíduo por meio do diagnóstico local, planejamento multiprofissional e intersetorial inclusão da participação da comunidade neste processo e com ações de intervenção nos fatores condicionantes do processo de saúde doença (PEREIRA, 2012,).

Em Belo Horizonte, cenário de atuação desta pesquisa a saúde bucal segue protocolos em conformidade com as diretrizes e princípios do SUS, coordenando as ações das equipes de saúde bucal em toda a rede de assistência. Estes protocolos coordenam e pactuam o compromisso das equipes de saúde bucal com o SUS-BH de ampliar gradativamente o acesso aos serviços odontológicos, de atendimento em urgência, de reabilitar a estética e a função mastigatória por inserção de restaurações diretas e de confecção de próteses fixas e removíveis parciais ou totais e da intensificação de ações de promoção principalmente em grupos que apresentam maior vulnerabilidade social e de saúde (BELO HORIZONTE, 2006).

2.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia de Saúde da Família criada em 1994 e normatizada pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde em 1996 (NOBSUS/1996), reorganizou o modelo da atenção básica, esta estratégia promove a qualidade de vida da população ao intervir nos fatores de risco a saúde da população direcionada ao cuidado integral ao atuar com equipes multiprofissionais e intersetoriais no campo da atenção primária a saúde esta estratégia é entendida como a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica e de possibilitar e reorientar o processo de trabalho das equipes fundamentado nos princípios organizativos e de ampliar a resolutividade e impacto nos condicionantes de saúde dos indivíduos (Brasil, 2001).

A Equipe de Saúde da Família incorporada na atenção primária à saúde permite o diagnóstico local, conhecendo as necessidades de seu território possibilita ações de intervenção nos fatores que condicionam o processo de saúde doença, a proximidade do usuário e com sua

família garante maior adesão ao tratamento e nos programas de promoção e prevenção propostos pelas equipes (BRASIL, 2001).

Segundo CRUZ, 2009 apud STARFIELD, 2001, pag. 170;

“Além disto, traz, como atributos essenciais, a facilitação do primeiro contato da população com a atenção primária, o seguimento longitudinal das famílias (acompanhamento no tempo e no território), a integralidade e a coordenação das ações nos vários pontos de atenção”..

A Equipe de Saúde da Família organizada segundo os atributos de forma a sustentar as suas ações com o cadastramento das famílias e mapeamento de fatores como educação, moradia, saneamento básico possibilita planejar as intervenções nos condicionantes de risco e promover a qualidade de vida a sua população adstrita.

A equipe multiprofissional garante o cuidado integral composta por médico e enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família ou de família e comunidade, auxiliar ou técnico de enfermagem, agente comunitário, podendo ser acrescentado à saúde bucal com cirurgião dentista generalista, auxiliar e técnico em saúde bucal. A responsabilidade de programar as demandas em seu território sendo atribuída a cada equipe o planejamento do cuidado de no Maximo 4.000 pessoas sendo a média recomendada de 3.000, deve ser considerada o grau de vulnerabilidade caracterizada do menor para o maior (BRASIL, 2012).

2.4 A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Ministério da Saúde estabelece incentivo financeiro aos municípios para a incorporação das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF), através da Portaria CM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, reorganizando o processo de trabalho das equipes e garantir o acesso integral a população em cuidado de saúde bucal (BRASIL, 2000).

A reestruturação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004, através do Programa Brasil Sorridente promoveu a melhoria do acesso à saúde bucal ao superar as desigualdades e o aumento da oferta dos serviços odontológicos na atenção primária, potencializou o suporte

nacional em todos os níveis de atenção ao definir as diretrizes norteadoras das ações em saúde bucal inserida na rede de atenção a saúde (BRASIL, 2004).

Soares e Paim (2011), diserta sobre as estratégias de reorganização da PNSB e evidenciou a saúde bucal como política pública norteadora das ações, apesar dos indicadores revelarem a redução do percentual de indivíduos que nunca foram ao dentista no Brasil, o acesso ainda está condicionado à condição econômica, renda e taxa de desemprego.

A inserção a equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família é considerada o direcionamento rumo à integralidade das ações, permite esforço conjunto frente aos determinantes sociais do processo saúde-doença, apesar de que ainda seja limitador ao acesso em alta complexidade (BRASIL, 2000).

As equipes de saúde bucal inseridas no PSF foram definidas pela modalidade I consta de um Cirurgião Dentista (CD) uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e modalidade II com um CD, uma ASB e uma Técnica em Saúde Bucal (TSB) o planejamento das ações parte da troca de saberes, com atuação de forma multidisciplinar. Os procedimentos executados são além do curativo restaurador com enfoque para a promoção, prevenção e educação em saúde e com avaliação dos indicadores de acesso como a primeira consulta programática, escovação supervisionada e tratamento concluído com abrangência a todo o ciclo de vida da população e executados mediante as atribuições de cada categoria profissional, garantindo o financiamento por produtividade (BRASIL, 2018).

Soares, et al (2011) realizou estudo em bibliografias publicadas com enfoque na atuação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família delimitou entre 2001 e 2008 com objetivo em sua pesquisa de conhecer o perfil das publicações ao avaliar o impacto das ações da ESB no acesso e condições de saúde bucal da população e concluíram que os municípios não desempenham o preconizado pelo Ministério da Saúde. Este autor corrobora com os estudos mais recentes onde é notada a deficiência na cobertura do acesso a saúde bucal no âmbito da atenção básica.

Segundo Boareto (2011), a saúde bucal tem maior importância ao se tratar da qualidade de vida da população e da essencialidade de prover ferramentas para ampliar o âmbito das ações e estudo das mudanças do perfil epidemiológico da população, sendo essencial a inserção da saúde bucal na ESF como forma de promover o acesso integral a saúde do indivíduo.

A programação das demandas é uma forma de planejamento em saúde, por este método as equipes organizam as demandas e avaliam, monitoram os indicadores de cobertura do acesso em sua área adstrita e garantem o repasse do financiamento do Fundo Nacional de Saúde para subsidiar as ações em seu município (BRASIL, 2004 e LOURENÇO, 2009).

3 METODOLOGIA

Realizado estudo descritivo exploratório retrospectivo de dados secundários, com abordagem quantitativa dos indicadores de cobertura da saúde bucal no Programa de Saúde da Família, para viabilizar a análise da cobertura do acesso na saúde bucal no município de Belo Horizonte Minas Gerais entre 2011 a 2015.

A coleta dos indicadores de cobertura do atendimento das equipes de saúde bucal na atenção primária, os de primeira consulta odontológica, escovação supervisionada e tratamento concluído realizada por meio de consulta no sítio eletrônico de armazenamento do Ministério da Saúde (MS) nos Sistema de Informação em Saúde de Base Nacional (DATASUS) acessado em 16 de fevereiro de 2019, também de consulta pública dos relatórios anuais da cobertura populacional das ESF e ESB e do financiamento disponibilizado pelo MS, no Departamento da Atenção Básica/Secretaria de Atenção a Saúde/Ministério da Saúde acesso em 23 de março de 2019, conforme quadro 1.

Quadro 1: Descrição dos sites de busca dos indicadores para a análise dos resultados, Belo Horizonte 2011-2015.		
FONTE	AREA TEMÁTICA	INDICADORES
DAB/SAS/MS. (www.Saude.gov.br)	D. Atenção Básica/ESB/ESF/população cadastrada	Cobertura do acesso, população, ESF, ESB.
SAI/SUS/ DATASUS/ Tabnet (www.datasus.gov.br)	Produção de Marcação para avaliação (PMA)	1ª consulta programática, Tratamento concluído Escovação supervisionada.
MS/ DAB/e-Gestor (egestorab. saude.gov.br)	Relatório público do Histórico de Cobertura	Cobertura de ESB/ESF na Atenção Básica
MS/ Fundo Nacional de Saúde(http://portalfns.saude.gov.br)	Financiamento da Atenção Básica/ESF/ESB	Piso fixo de financiamento da Atenção Básica, piso variável da saúde bucal e incentivo por ESB.

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Para a análise dos indicadores e cálculo dos resultados foram utilizadas planilhas eletrônicas do software Microsoft Excel (Windows) e pelo programa do Tabwin versão 3.2. Os resultados obtidos através da seleção dos indicadores de avaliação da saúde bucal na atenção primária em uma análise comparativa entre os períodos de 2011 a 2015 para a avaliação de ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte.

Este estudo sinaliza a necessidade de novas pesquisas com abordagem em indicadores de cobertura do acesso, pois a literatura que aborda o tema limitou-se a poucas publicações recentes, sendo a saúde bucal um tema a ser explorado desde que foi inserida no âmbito da Estratégia de Saúde da Família e deve receber avaliação por meio de análises de indicadores para a melhoria do acesso integral em saúde da população leva ao cumprimento das políticas públicas implantadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Secretaria Municipal de Belo Horizonte que coordena todo o trabalho da rede de Saúde de Belo Horizonte, está dividida em Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar, Regulação da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde. São mais de 180 unidades distribuídas por toda a cidade.

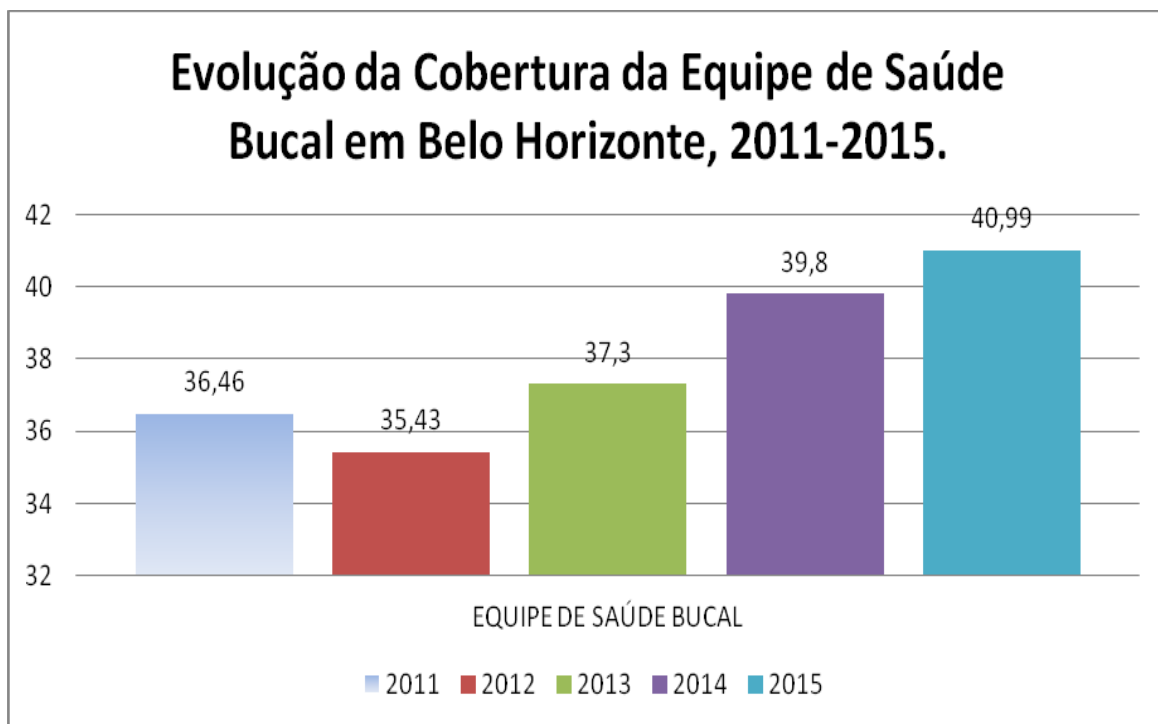
Belo Horizonte conta hoje com 152 centros de saúde, cinco Unidades de Referência Secundária, o Hospital Municipal Odilon Behrens, nove Centros de Referência em Saúde Mental, nove Centros de Convivência, nove Centros de Especialidades Médicas, um Centro Municipal de Oftalmologia, um Centro Municipal de Imagem, cinco Laboratórios Distritais, dois Centros de Reabilitação, dois Centros de Referência em Infectologia, dois Centros de Atenção em Saúde do Trabalhador, um Centro de Especialidades Odontológicas, oito Unidades de Pronto Atendimento em Saúde, três Centros de Esterilização e um Centro de Controle de Zoonoses e 76 academias da cidade (BELO HORIZONTE, 2014).

A população de Belo Horizonte, segundo Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística são de 2.375.151 pessoas com estimativa para 2018 de 2.501.576 pessoas. No ano 2015, os índices do IDEB de alunos dos anos iniciais da rede pública obtiveram média de 6.2 no IDEB e dos alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.4, com media salarial de 3,5 salários mínimos e taxa de ocupação de 53.1% (IBGE, 2010).

Segundo Fonseca, 2017, os fatores sociais, econômicos, demográficos e de comportamento coletivo e individual da população em seu território exerce influencia sobre o modelo político, organizacional da assistência à saúde bucal.

A análise verificou a ampliação das equipes de saúde bucal e da cobertura do acesso medida por meio da proporção de ESB e relação à ESF, dos procedimentos operacionais básicos que são os indicadores de programação e monitoramento e da proporção do repasse do financiamento para das ações da saúde bucal na atenção primária em Belo Horizonte.

A proporção de cobertura das equipes de saúde bucal em Belo Horizonte passou 261 equipes de saúde bucal ao final ano de 2011 para 304 em 2015 com cobertura de 36,46% da população para 40,99%, ao final de 2015. Nota-se que mesmo com o crescimento gradativo a cobertura populacional não atingiu 50% da população, conforme explanado no Gráfico 1.



Fonte: e-Gestor Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2019.

A característica doutrinária e organizativa do SUS norteia as políticas públicas de saúde no Brasil, sendo assim a Estratégia de Saúde da Família busca efetivar os princípios da universalidade, integralidade e equidade ao propiciar aumento gradativo da cobertura da população aos serviços odontológicos no âmbito da atenção primária (Brasil, 2000).

A evolução de inserção das ESB em relação às ESF na cidade de Belo Horizonte passou 87% equipes de saúde bucal ao final ano de 2011 para 104 %, ao final de 2015. Apesar da proporção significativa das equipes nota-se que ao final do ano de 2014 houve decréscimo de 1,01% da proporcionalidade entre as equipes no ano de 2014, conforme tabela 2.

Segundo Belo Horizonte, 2014, O Ministério da Saúde com a implantação do Programa Mais Médico causou prejuízo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Esta informação do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte confirma o que foi revelado na análise dos dados com queda da informação das equipes no ano de 2014 impactando também no repasse do incentivo financeiro para o município, conforme Tabela 4.

Tabela 2: Evolução da ampliação da saúde bucal em relação à saúde da família em Belo Horizonte, 2011-2015.

ANO	População	ESF	ESB	ESF/ESB	
	N	N	N	%	%
2011	2.385.640	301	261		87
2012	2.395.785	304	275	0,949	90
2013	2.479.165	293	299	0,920	102
2014	2.491.109	314	296	-1,01	94
2015	2.502.557	293	304	0,974	104

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informação Ambulatorial do SUS/ Siasus/BH 2019.

Lourenço, 2009; diserta que a ampliação das equipes de saúde bucal na Atenção Primária foi de forma tardia em relação à ESF consequentemente foi fator dificultador da interação entre as equipes multiprofissionais e de diferentes formas de implantação, impactando diretamente na cobertura da população.

Ao analisar os indicadores de cobertura de acesso à saúde bucal em Belo Horizonte, apesar de a inserção das equipes na Estratégia de Saúde da Família o total de procedimentos básicos permitiu o acesso a este serviço, observa que os dados de maior relevância e em todo o período analisado foi o de promoção à saúde caracterizada pelo indicador de escovação supervisionada totalizando 5.086.778, este indicador comprova uma das propostas do Programa de Saúde da Família que prioriza as ações de promoção e prevenção. Outro indicador de cobertura é o percentual entre primeira consulta e tratamento concluído que apresentou crescimento gradativo de 2,2 % em 2011 para 4,08% em 2014 com redução em 2015 de 3,76%. Conforme elucidado na Tabela 3.

Tabela 3: Evolução dos POB em saúde bucal Belo Horizonte, 2011 a 2015.

Quantidade apresentada de Procedimentos Odontológicos Básicos					
	1ª consulta programática	Escovação supervisionada ²⁰¹⁴	Tratamento odontológico	Total	% Entre 1ª consulta e Trato. Concluído
ANO	N	N	N	N	%
2011	144345	295002	319208	758555	2,21
2012	157051	959128	422650	1538829	2,69
2013	168007	1337882	676746	2182635	4,03
2014	158257	1281523	645484	2085264	4,08
2015	175457	1213243	644042	2032742	3,67
Total	803117	5086778	2708130	8598025	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB-2019.

Segundo BRASIL, 2018, a consulta programática é caracterizada pelo primeiro ingresso do indivíduo na atenção a saúde bucal, nesta é realizada o diagnóstico clínico e estabelecido o plano de tratamento, podendo gerar outras consultas até ser concluído o tratamento encaminhamentos para atenção secundária e também de ações de promoção aos cuidados de saúde bucal, este fator garante a integralidade do acesso.

O protocolo de saúde bucal, instituído pela Secretaria Municipal de Saúde a Assistência (SMSA) de Belo Horizonte, por meio de pacto firmado entre gestor e equipes de saúde

estabeleceu critérios de avaliação e monitoramento das ações realizadas nas unidades de atendimento definidas por proporção entre tratamento concluído em relação às primeiras consultas e as ações de promoção, prevenção e manutenção, realizadas em totalidades de usuários que passaram por primeira consulta independente da codificação de saúde bucal. O sistema de informação de produtividade da odontologia na Atenção Primária em Belo Horizonte passou a ser totalmente informatizado no ano de 2013 (BELO HORIZONTE, 2014).

O financiamento da Atenção Básica é realizado pelas três Esferas de Governo e com repasse para o Fundo Municipal de Saúde de cada município garantindo os recursos e insumos necessários para as ações de saúde. Especificamente para a saúde bucal a Política Nacional de Saúde Bucal do ano de 2000 estabeleceu o incentivo aos municípios para a implantação das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2000).

Este estudo revelou que no Município de Belo Horizonte o repasse para o total das ações na atenção básica foi com aumento crescente à saúde bucal revelou decréscimo no repasse e no incentivo por implantação das ESB, este fator pode estar associado à instabilidade do Sistema de Cadastro de Estabelecimento de Saúde e também no planejamento anual de saúde do município. Enquanto a saúde da família recebeu repasse do Fundo Municipal de Saúde para o ano de 2011 de 84,11% e de 53,63% em 2015 do total de repasse da Atenção Básica a Saúde Bucal apenas 12,48% em 2011 e de 9,50% em 2015 e 0,56% e 0,04% respectivamente. Este fator revela a necessidade de um sistema de informação com maior consistência e de cumprir a determinação estabelecida na PNSB de equipar as equipes sendo uma de SB para cada uma de SF em municípios com população maior de 10.000 habitantes.

Tabela 4: Transferência para atenção básica, incentivo para saúde bucal por ano de competência, Belo Horizonte 2011 a 2015.

BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA POR PISO VARIÁVEL

ANO	Atenção Total (R\$)	Básica R\$	Saúde da Família		Saúde BUCAL		Incentivo SB	
			R\$	%	R\$	%	R\$	%
2011	49.967.200,00	42.029.200,00	84,11	6.233.500,00	12,48	280.000,00	0,56	
2012	59.269.715,00	47.919.825,00	80,85	8.061.790,00	13,60	98.000,00	0,17	
2013	65.498.903,00	40.960.998,00	62,54	7.160.205,00	10,93	42.000,00	0,06	

2014	68.756.040,84	41.049.021,00	59,7	7.417.200,00	10,79	7.000,00	0,01
2015	87.518.108,00	46.939.498,00	53,63	8.282.110,00	9,50	35.000,00	0,04

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informação Ambulatorial do SUS/ Siasus/BH.

Segundo, BRASIL, 2006, os incentivos para a implantação das ESB nos municípios além de custear as ações garante também a aquisição de equipamentos odontológicos repassado diretamente pelo Ministério da Saúde, revela que a condição de manutenção e de aquisição de novos equipamentos promove o aumento da produtividade e conseqüentemente o acesso ao atendimento odontológico pela população.

O financiamento para a atenção básica é definido pelo piso fixo caracterizado pelo financiamento total das ações e pelo piso variável onde esta contemplada a saúde bucal são repassados fundo a fundo em conformidade com o relatório de gestão dos entes federados.

O relatório de gestão do município elucidando o alcance das metas estabelecidas pelo Plano Anual de Saúde, o Pacto de Saúde elencados os diagnósticos locais com a necessidade da população adstrita ao território. Este é instrumento de planejamento em saúde e além de organizar e coordenar as ações propostas e pactuadas entre gestor e equipes permite a avaliação, monitoramento e financiamento para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

5 CONCLUSÃO

A atuação constante das equipes de saúde bucal na rede de atenção a saúde deve ser estimulada e aprimorada em relação aos conceitos e princípios do Sistema Único de Saúde, principalmente na linha de cuidado integral, longitudinal da saúde de seus usuários, em atendimento as articulações de políticas públicas como a Política Nacional da Atenção Básica e da Política Nacional de Saúde Bucal. O esforço do governo em efetivar integração entre estas políticas necessita de um olhar amplo ao verificar o objetivo primordial da Estratégia de Saúde da Família que é a promoção de saúde.

Incentivos a pesquisas sobre acesso a saúde bucal deve ser estimulada por meio de estudos que venham divulgar os benefícios para a saúde geral em se tratando da odontologia, uns vêem que a saúde bucal não está dissociada a saúde geral dos indivíduos e a necessidade de ampliar o acesso e da cobertura para a população respeitando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A Política Nacional de Saúde Bucal que estabeleceu as diretrizes para a organização dos serviços da odontologia no SUS, e o cumprimento do gestor em ampliar as equipes na rede de atenção deve ser efetivada com ações de integração entre as equipes de saúde da família e em toda a rede de atenção, percebe que a odontologia caminha isoladamente na Estratégia de Saúde da Família ao verificar a proporcionalidade entre a implantação e financiamento em relação às equipes de saúde da família.

Conclui-se neste estudo que houve impacto positivo na integralidade do acesso ao verificar a cobertura populacional e do aumento gradativo das equipes de saúde bucal apesar destes fatores os indicadores de procedimentos odontológicos básicos apresentarem proporção inferior ao desejado com cobertura inferior a 10% para o município de Belo Horizonte. Torna-se necessário um olhar diferenciado do gestor em relação ao cumprimento das normas organizativas do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal com a integração equiparada entre as equipes, sinalizando que o repasse do financiamento dos atendimentos

com maior cobertura para a população permite maior resolutividade na atenção primária, a qualidade de vida para a população e reduz gastos públicos com encaminhamentos e atendimentos em níveis especializados da rede de atenção a saúde.

O indicador de cobertura apresentado por meio de estudos de análise da atenção primária deve contribuir para novo modelo de gestão, onde a interação entre saúde bucal e saúde da família ampliem os incentivos financeiros.

6 REFERÊNCIAS

Antunes JFL, Narvai PC. **Políticas de Saúde Bucal no Brasil, e seus impactos sobre as desigualdades em saúde.** Ver. Saúde Pública. 2010; 44(2): 360-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000002>. \acesso em 21 de março de 2019.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte- Secretaria Municipal de Saúde- Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte- **Recomendações Para Organização do Processo de Trabalho no Nível Local, 2014**, p.8-9. Disponível em: <portalpbh. pbh. gov.br>. Acesso em 10 de Janeiro de 2019.

Boareto, P.P. **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF).** Dissertação de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais – MG, 2011.

Brasil. Portaria no 1.444. **Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.** *Diário Oficial da União* 2000; 28 dez.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 03 de fevereiro 2019

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, **8ª Conferência Nacional de Saúde- 1ª Conferência de Saúde Bucal- Relatório Final.** Brasília 10-12 de Outubro de 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção à Saúde.** Brasília: MS; 2006.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais.** Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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).

Carrer, Fernanda Campos de Almeida. **SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir** /São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

Castro ALB, Machado CV. **A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(4): 693-705, abr, 2010.

Chaves SCL et al.. **Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado** Rev. Saúde Pública. 2010

Cruz, D.B; *et al.* **Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: Uma perspectiva a partir da Equipe de Saúde Bucal**. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 2009.

Fischer TK, Perez KG, Kupek E, Peres MA. **Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil**. Rev Bras Epidemiol. 2010; 13(1): 126-38.

Fonseca, E.P; etal **Análise do acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil**. ABCS Health Sci. 2017; 42(2): 85-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i2.1008>

GIOVANELLA, L. *et al* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora. Fiocruz, 2008.

Lourenço. E.C. *et al.* **A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1): 1367-1377 2009.

Mattos, Grazielle Christine Maciel; etal. **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, 19(2): 373-382 2014.

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária a Saúde em Belo Horizonte. Oficina I - **Análise da Atenção Primária a Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

Pereira CRS et al. **Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(3): 449-462, mar, 2012.

Sanchez Heriberto Fiuza, et al. **A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 201-214, jan./abr. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00020>. Acesso em 13 de maio de 2019.

Scherer CI, Scherer MDA, Chaves SCL, Menezes ELC. **O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?** SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 2, P. 233-246, OUTUBRO 2018.

Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo para atenção básica em saúde bucal.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2006b.

Soares CLM, Paim JS. **Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no município de Salvador, Bahia, Brasil.** Cad Saúde Pública. 2011; 27(5): 966-74.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500014>

Soares FF et al. **Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(7): 3169-3180 2011.

Stedile NLR *et al.* **Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(10): 2957-2971 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152010.15142014

STARFIELD, B. Basic concepts in population health and health care. **J Epidemiol Community Health**, London, v. 55, n. 7, p.452-454, July 2001.

Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002

Teixeira, Carmen Fontes. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.** Enfoques Teóricos- Metodológicos do Planejamento em Saúde. Salvador: EDUFBA, 2010.

Viana IB, Martelli PJJ, Pimentel FC. **Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009.** Rev Bras Promoção Saúde. 2012; 25(2): 151-60.
<http://dx.doi.org/10.5020/2223> 8. Andersen RM. Revisiting the Behavioral