

A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde

The National Policy on Oral Health in Brazil in the context of the Unified Health System

La Política Nacional de Salud Bucal en Brasil en el contexto del Sistema Único de Salud

Edson Hilan Gomes de Lucena

Coordenação Nacional de Saúde Bucal
Ministério de Saúde do Brasil

Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Coordenação Nacional de Saúde Bucal
Ministério de Saúde do Brasil

Maria Fátima de Sousa

Departamento de Saúde Coletiva
Faculdade de Ciências da Saúde
Núcleo de Estudos em Saúde Pública
Universidade de Brasília

RESUMO: O presente artigo discorre sobre o modelo de atenção em saúde bucal implantado no Sistema Único de Saúde do Brasil na última década. Este modelo pauta-se como uma política subsetorial que ao longo destes anos segue buscando a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Por meio de uma linha cronológica o estudo apresenta a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente como um modelo de atenção contra hegemônico às práticas odontológicas até então existentes no país. A reorganização dos níveis de atenção em saúde bucal, a criação de referências na atenção secundária, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), o financiamento diferenciado e a gestão descentralizada dos recursos financeiros mostraram-se capazes de ampliar as

ações de saúde bucal para mais de 90 milhões de habitantes. A evolução apresentada após a implantação do Brasil Sorridente, ocorrida no ano de 2004, comprova a maior inserção da atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, bem como a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde bucal em todo o Brasil.

Palavras-chave: saúde bucal; políticas de saúde; saúde pública

ABSTRACT: *This article discusses the model of care in oral health implanted in the Unified Health System of Brazil in the last decade. This model is guided a policy that over the following years trying to improve the quality of life of the population. Through a timeline study presents the National Policy on Oral Health - Smiling Brazil as a model of care against the hegemonic dental practices in the country until then. The reorganization of the levels of care in oral health, creating references in secondary care, through Specialized Dental Clinics and Regional Prosthodontics Laboratories, the differential funding and decentralized management of financial resources were able to expand the actions of oral health for more than 90 million inhabitants. The evolution*

shown after the implementation of Smiling Brazil, which occurred in 2004, testifies to the greater integration of oral health care in the National Health System as well as increasing the supply of shares and oral health services throughout Brazil.

Keywords: *oral health; health policy; public health*

RESUMEN: *En este artículo se discute el modelo de atención en salud oral implantado en el Sistema Único de Salud de Brasil en la última década. Este modelo es una política de guía subsectorial para que en los años siguientes se trate de mejorar la calidad de vida de la población. A través de un estudio de línea de tiempo se presenta la Política Nacional de Salud Oral - Brasil Sonriente como un modelo de atención contra las prácticas hegemónicas dentales en el país hasta entonces. La reorganización de los niveles de atención en salud oral, la creación de referencias en la atención secundaria, a través de clínicas especializadas en odontología y los Laboratorios Regionales de Prótesis, la financiación diferente y la gestión descentralizada de los fondos fueron capaces de amplificar las acciones de salud bucal por más de 90 millones de habitantes. La evolución muestra que después de la implementación de Brasil Sonriente, que se produjo en 2004, da testimonio de la mayor integración de la atención de la salud oral en el Sistema Nacional de Salud, así como aumentar la oferta de acciones y servicios de salud oral en todo Brasil.*

Palabras-clave: *salud oral; políticas de salud; salud pública*

INTRODUÇÃO

A tradição brasileira em políticas de saúde

bucal é resultante do modelo assistencial de corte materno infantil. Desta forma, objetivava os grupos populacionais constituídos por crianças e gestantes. Além disso, devido a fragilidade da participação do aparelho público no campo da prestação de serviços, vigorava uma prática fortemente curativa, com predominância do setor privado e uma tímida intervenção do setor público, restrita a procedimentos de baixa complexidade e exclusivo à atenção básica¹. Soma-se a isso um nível de exclusão muito importante, com grandes seguimentos populacionais que não acessavam ações de saúde bucal, tanto de promoção a saúde como ações assistenciais. Este quadro resultou em níveis de edentulismo elevados e grande parte da população desassistida.

Em 2004, dentro de uma nova conjuntura política lança-se a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, que investe na expansão da Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família, aumentando o repasse do nível federal para municípios e redefinindo suas ações. Inicia a implantação de uma rede de referência e contra-referência, através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), agrega a reabilitação protética, via Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e expande a cobertura da fluoretação da água de abastecimento público no Brasil.

Estas frentes potencializam a alteração do modelo assistencial no Brasil, incorporando a saúde bucal dentro dos preceitos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalização, a descentralização, equidade, a integralidade e o controle social. Portanto, a saúde bucal passa a se constituir como uma política estruturante de várias interfaces, apoiando-se nas ações de promoção à saúde,

no âmbito da atenção básica, na estruturação de uma rede de atenção à saúde, incorporando procedimentos e serviços de média e alta complexidade, e articulando ações de intersetorialidade, como a fluoretação das águas e ações de vigilância em saúde.

De forma sistemática, e entendendo saúde bucal como parte integrante das políticas públicas a serem adotadas para o enfrentamento dos desafios na efetiva concretização do SUS, tem o acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil ainda como um dos principais desafios a ser enfrentado pelos sistemas públicos e foi neste contexto que a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) foi estruturada.

Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – se constitui um marco histórico das políticas públicas uma vez que agrega em seu conteúdo discussões desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e apresenta, em seus pressupostos operacionais, os princípios do SUS. Ao trabalhar como principais linhas de ação a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família), da Atenção Especializada (por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias), adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal, o Brasil Sorridente se insere no conjunto de programas estratégicos na atual Política de Saúde no Brasil^{2,3}.

Com o objetivo de superar as desigualdades trazidas pela lógica tradicionalmente hegemônica de atendimento, o abandono e a

falta de compromisso com a saúde bucal da população, foram estabelecidas em 2004 no Brasil, as diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal buscam contemplar o estabelecido pela Constituição Federal do Brasil (Capítulo II, Seção II, Artigo 196; 1988): *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco e de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. Desse modo, tornou-se fundamental compreender saúde de um modo integral e universal, não apenas no que se refere ao acesso aos serviços, mas também se considerando as desigualdades sociais, visando políticas que reduzam as iniquidades ou falta de equidade sociais³.

A assistência odontológica pública no Brasil foi construída historicamente se restringido quase que completamente aos serviços básicos. Apresentando baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de inadequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde².

Para Sousa (2007) o Modelo de Atenção à Saúde Integral e Familiar é aquele capaz de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida, enquanto uma política pública que possa responder aos desafios contemporâneos em um mundo globalizado, representados pelas crescentes e dinâmicas transformações tecnológicas, sociais, políticas, culturais e ambientais⁴.

O Brasil Sorridente é desenvolvido por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Esta Política tem o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias por meio da estruturação e reorganização da atenção básica².

Atenção Básica em Saúde Bucal

No Brasil, o termo atenção básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É, portanto, uma formulação típica do SUS, que deixa claro os seus princípios e suas diretrizes organizativas e é incorporado pela Estratégia da Saúde da Família, a qual, a partir de sua criação, materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades⁵.

Segundo Souza e Roncalli (2007)⁶ a construção da atenção básica no SUS tem contado com a participação da saúde bucal, principalmente após a publicação da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu os incentivos financeiros de saúde bucal para o financiamento de ações e da inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Nessa Portaria a relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família era da seguinte

forma: Cada equipe de saúde bucal deveria atender em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes e para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deveriam ser implantadas duas equipes de saúde da família⁷.

Entretanto, somente após a edição da Portaria GM/MS nº 267, de 06 de março de 2001, foram regulamentadas as normas e diretrizes para a inclusão das ESB nas suas duas modalidades possíveis de implantação, a saber: modalidade I, composta por 01 Cirurgião-Dentista (CD) e 01 Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), e modalidade II, composta por 01 CD, 01 ASB e 01 Técnico em Saúde Bucal (TSB)⁸.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 673, de 03 de junho de 2003, os incentivos financeiros de implantação e custeio para ambas as modalidades foram reajustados. E estabeleceu que poderiam ser implantadas, nos Municípios, quantas equipes de saúde bucal fossem necessárias, a critério do gestor municipal, desde de que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerassem a lógica de organização da atenção básica. Ademais, a Portaria nº 673/GM, de 2003, permitiu uma redução da proporção de implantação, que era até então de uma ESB para cada duas ESF, para uma relação de 1:1, ou seja: uma ESB para uma ESF⁹.

A inserção da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar

resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

O processo de trabalho das ESB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, coordenação do cuidado, responsabilização e vínculo, estímulo à participação popular e controle social, planejamento e programação descentralizados (em consonância com a realidade local e necessidades identificadas junto à comunidade), avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados.

Com a implantação do Brasil Sorridente, até junho de 2011, o número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família passou de 4.261 para 20.763, um crescimento aproximadamente de 390%. Atuando em 4.843 municípios, o equivalente a 87% das cidades brasileiras com no mínimo uma ESB na

Estratégia Saúde da Família¹⁰.

O maior crescimento foi registrado na região Sudeste (620%), seguido pelas regiões Norte (545%), Nordeste (359%), Sul (312%) e Centro-Oeste (211%). O estado com maior percentual de ampliação no número de equipes foi o Rio de Janeiro (2.206%), seguido por Pará (1.447%), Roraima (1.275%) e Bahia (810%). A única unidade que registrou redução no número de equipes foi o Distrito Federal, onde a quantidade caiu de 20 para 19 entre dezembro de 2002 e junho de 2011¹⁰.

Quando analisamos a distribuição das ESB de acordo com porte populacional dos municípios brasileiros verificamos que o maior número dessas Equipes encontram-se nos municípios de até 30 mil habitantes (57% em 2002 e 50,5% em 2011) seguido pelos municípios maiores de 100 mil habitantes (19,9% em 2002 e 25,7% em 2011).

Quanto a média de cobertura populacional das ESB, os municípios de até 30 mil habitantes também apresentam os melhores resultados, tanto em 2002 quanto em junho de 2011 (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das Equipes de Saúde Bucal por porte populacional, dezembro de 2002 e junho de 2011, Brasil.

População	Dez/02				Jun/11			
	Município	População	Nº ESB	Média de Cobertura de ESB*	Município	População	Nº ESB	Média de Cobertura de ESB*
0 - 30.000	4.619	47.245.269	2.444	18%	4.495	46.667.883	10.486	78%
30.001 - 50.000	408	15.385.860	481	11%	462	17.337.035	2.530	50%
50.001 - 100.000	307	21.551.198	489	8%	325	22.314.204	2.423	38%
> 100.001	226	88.200.866	847	4%	283	104.436.677	5.324	18%
Total	5.560	172.383.193	4.261	9%	5.565	190.755.799	20.763	38%

Fonte: Histórico dos Municípios (site: http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php) e IBGE.

*Base populacional de cobertura para as Equipes de Saúde Bucal= 3.450 pessoas.

Solla et. al.¹¹, destacam o forte papel indutor do nível federal de gestão do SUS, que por meio de novos mecanismos de financiamento garantiu forte expansão de cobertura da atenção básica, por intermédio das equipes de saúde da família e incorporação dos profissionais de saúde bucal, neste nível de assistência.

Recursos Federais para a Saúde Bucal na Atenção Básica

O segundo reajuste das Equipes de Saúde Bucal, após a inclusão no Programa Saúde da Família aconteceu em 2004, por meio da Portaria GM/MS nº 74, de 20 de janeiro de 2004, que estabeleceu novos valores aos incentivos de custeio mensal para as ESBs, que passaram a receber R\$ 1.700,00 e R\$ 2.400,00, de acordo com a modalidade implantada – I e II, respectivamente. Ademais, esta portaria determinou que as ESBs passassem a receber R\$ 6.000,00 como incentivo adicional para implantação, em parcela única. Para as equipes já implantadas, a referida portaria determinou o pagamento de R\$ 1.000,00 em parcela única, como incentivo adicional para a compra dos materiais permanentes utilizados nas fases clínicas de confecção de próteses¹².

Em março de 2006, com a publicação da Portaria GM/MS nº 648, aprovando e regulamentando a Política Nacional de Atenção Básica, ficou estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do MS para reorganizar a atenção básica e assim este programa passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF)¹³. Ainda em 2006, em março, a Portaria GM/MS nº 650 reajustou o incentivo adicional das ESBs (modalidades I e II) para R\$7.000,00, entendendo-o como um recurso destinado à investimentos nas Unidades Básicas de Saúde e à realização do Curso Introdutório¹⁴.

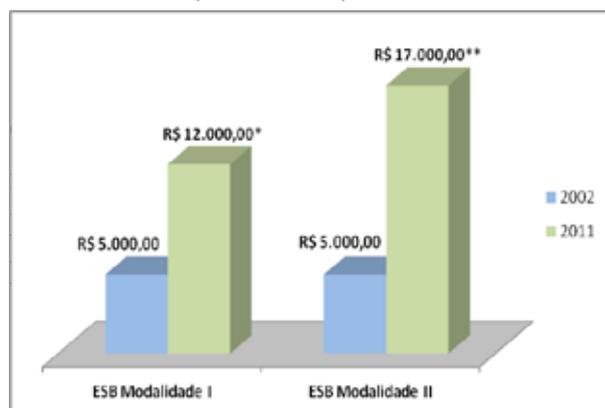
Outra Portaria GM/MS nº 1.434, de 14 de julho de 2004, que ressalta o princípio da equidade, aumenta em 50% o incentivo financeiro na Equipe de Saúde da família e Equipe de Saúde Bucal, privilegiando municípios com população inferior a 30.000 habitantes, baixo índice de desenvolvimento humano, com populações quilombolas ou assentamentos, objetivando melhorar o acesso aos serviços de saúde, diminuir desigualdades regionais e aumentar a cobertura da estratégia de Saúde da Família¹⁵.

Em outubro de 2008, a Portaria GM/MS nº 2.489 definiu novos valores de incentivo financeiro para o custeio mensal das ESBs, que assim passaram a receber R\$ 1.900,00 e R\$ 2.450,00 de acordo com a sua modalidade de implantação¹⁶. Seguida, no mesmo ano, da Portaria GM/MS nº 3.066, reajustando mais uma vez os valores dos incentivos federais para o custeio mensal das ESBs. Assim estas equipes passaram a receber R\$ 2.000,00 e R\$ 2.600,00¹⁷.

Atualmente as ESBs receberam o último reajuste por meio da Portaria GM/MS nº 1.599, de 9 de julho de 2011, que definiu os seguintes valores do incentivo financeiro das Modalidades 1 e 2, no valor de R\$ 2.100,00 e R\$ 2.800,00, respectivamente¹⁸.

Os incentivos financeiros de implantação das ESBs tiveram um reajuste, no período de 2002 a 2011, de 140% para modalidade I e 240% para a modalidade II (Gráfico 1). Já os recursos de custeio mensal, no mesmo período, foram reajustados em 94% e 110%, respectivamente (Gráfico 2).

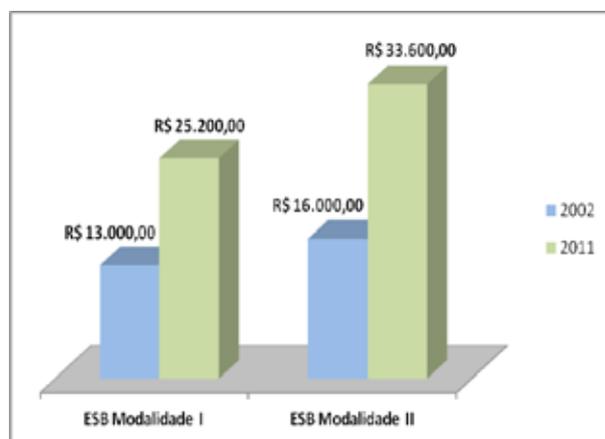
Gráfico 1. Incentivos financeiros federais para implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, 2002 e 2011, Brasil.



* Considerando os R\$ 7.000,00, parcela única, mais o valor de referência da doação de uma cadeira odontológica completa.

** Considerando os R\$ 7.000,00, parcela única, mais o valor de referência da doação de duas cadeiras odontológicas completas.

Gráfico 2. Incentivos financeiros federais anuais para custeio mensal das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, 2002 e 2011, Brasil.



As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam, fundamentalmente, para o fortalecimento da atenção básica e para a ampliação da oferta de serviços, assegurando também o atendimento nos níveis de atenção secundário e terciário, de modo a buscar integralidade da atenção¹⁹.

Atenção Secundária em Saúde Bucal

Com a expansão do conceito de atenção básica e o consequente, aumento na oferta e diversidade dos procedimentos fazem-se necessários, também, investimentos e a organização da média e alta complexidade na efetivação dos princípios do SUS. Dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS de 2002 indicaram que no Brasil os serviços especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Este dado evidenciou a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial para média complexidade ambulatorial e para a alta complexidade hospitalar não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica²⁰.

Segundo o Ministério da Saúde a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento²¹.

Para a implementação da rede especializada de saúde bucal no Brasil, o Ministério da Saúde cria os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Que de acordo com a Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006, são serviços de referência para realizar procedimentos especializados, que não são

oferecidos pela rede de Atenção Primária tais como: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais²².

O número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) cresceu 767% entre 2004 a setembro 2011¹⁰. Em números absolutos a maior quantidade de CEOs encontra-se na região Nordeste (341) seguido das regiões Sudeste (309), Sul (104), Norte (58) e Centro-Oeste (55).

O Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal – SB-2003²³ reforça uma demanda social histórica, quando aponta um elevado edentulismo, principalmente para a população adulta e idosa e a pouca posse da prótese. Para oferecer uma oportunidade de intervenção, o Ministério da Saúde edita a Portaria GM/MS nº 1.572, de 29 de julho de 2004, que cria os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)²⁴.

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, outra frente de atuação do Programa Brasil Sorridente, são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e próteses fixas unitárias. Por meio da Portaria GM/MS nº 74, de 20 de janeiro de 2004, os procedimentos de moldagem e entrega da prótese total foram incluídos na Atenção Básica²⁵.

Para apoiar a confecção das próteses totais, removíveis e fixas unitárias, foram instituídos recursos financeiros repassados para os municípios ou estados por faixa de produção,

sendo que o valor unitário de cada prótese acima citada atualmente é de R\$ 100,00.

CONSIDERAÇÕES

Com a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente além da expansão e criação dos serviços odontológicos, reorientou-se completamente o modelo assistencial. Iniciou-se a implantação de uma rede assistencial de saúde bucal, horizontal e vertical, que articula não apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações multidisciplinares e intersetoriais. Esse parece ser um dos grandes desafios da odontologia, se constituir como uma área da integralidade, conformando uma rede de atenção à saúde que supere as especificidades odonto-biológicas.

Com a implementação do Brasil Sorridente passou-se a desenvolver um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que envolve a promoção da saúde, prevenção das doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas democráticas e participativas, contando com um trabalho em equipe e dirigida à populações que assumem a responsabilidade do cuidado com a saúde bucal, considerando o aspecto dinâmico do território que se vive. O Brasil Sorridente tem possibilitado a ampliação e qualificação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida. Ela está articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Cabe registrar que o aumento dos repasses federais para atenção básica, em especial para

a equipe de saúde bucal, possibilitou uma forte indução para ampliação do número de equipes em atividade. Entre dezembro de 2002 e junho de 2011 observa-se um aumento de 91,8% no número de equipes de saúde da família, 387% no número de equipes de saúde bucal e 40,8% no número de agentes comunitários de saúde.

Na atenção secundária, a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias possibilitaram a criação e estruturação da rede de saúde bucal nos municípios, lembrando que até então os serviços especializados de saúde bucal eram restritos quase que exclusivamente para aqueles que tinham recursos para comprarem os serviços na rede privada de saúde.

A alteração de quadros populacionais não será alcançada exclusivamente dentro de consultórios odontológicos. Impactos epidemiológicos são produtos de ações intersetoriais, onde a prática odontológica é parte integrante e constituinte de um todo que agrega outras ações setoriais, educacionais, ambientais, sociais, entre outros.

REFERÊNCIAS

1. Pinto, VG. Prevenção da cárie dental: a questão da fluoretação do sal. *Rev. Saúde Pública.* 1982; 16(1): 66-72.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
3. Pucca-Jr GA, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. Oral Health Policies in Brazil. *Braz Oral Res.* 2009; 23:9-16.

4. Sousa MF. Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

5. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. *Ciênc. saúde coletiva.* [acesso 29 set. 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=pt.>.

6. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(11):2727-39.

- 7.. Brasil. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.

8. Brasil. Portaria GM/ MS nº 267, de 06 de marco de 2001. Define as Diretrizes e Normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. *Diário Oficial da União* 2001; 07 mar.

9. Brasil. Portaria GM/MS nº 673, de 03 de junho de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos programas de saúde da família, de agentes comunitários de saúde e as ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e da outras providencias. *Diário Oficial da União* 2003; 24 abr.

10. Brasil. Sala de Situação. [acesso 28 set. 2011]. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>.

11. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Palma JLL. Mudanças recentes no financiamento

federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2007; 7(4): 495-502.

12. Brasil. Portaria GM/MS nº 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros as ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimentos de moldagem para prótese e da outras providencias. Diário Oficial da União 2004; 22 jan.

13. Brasil. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de marco de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 29 mar.

14. Brasil. Portaria GM/MS nº 650, de 28 de marco de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2006; 29 mar.

15. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.434, de 14 de julho de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União 2004; 15 jul.

16. Brasil. Portaria GM/MS nº 2.489, de 21 de outubro de 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da

União 2008; 22 out.

17. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2008; 24 dez.

18. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.599, de 9 de julho de 2011. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2011; 11 jul.

19. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2011; 21(1): 197-215.

20. Martelli PJJ. Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2008.

22. Brasil. Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

(LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2004.

24. Brasil. Portaria GM/MS n° 1572, de 29 de julho de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. Diário Oficial da União 2004; 30 jul.

25. Brasil. Portaria GM/MS n° 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. Diário Oficial União 2004; 22 jan.