

## A SAÚDE BUCAL E O DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DA REDE DE CUIDADOS: UMA REVISÃO NARRATIVA

Ricardo Henrique Vieira de Melo; Mércia Lima de Melo; Francijane Diniz de Oliveira; Maria Betânia de Moraes Paiva; Alexandre Bezerra Silva

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, E-mail: ricardohvm@gmail.com*

### Resumo:

**Introdução:** as iniquidades em saúde bucal persistem até a atualidade, refletindo-se em estratificações de gerações, de gênero e de raça, influenciados pelos determinantes ambientais, políticos, psicológicos, sociais e econômicos. **Objetivo:** apresentar uma reflexão crítica sobre as características da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), esclarecendo o leitor acerca dos principais desafios encontrados na construção da rede de cuidados de Saúde Bucal no Brasil. **Metodologia:** trata-se de uma revisão narrativa. As referências literárias constituíram os sujeitos do estudo. Os critérios de inclusão foram os trabalhos que abordassem a PNSB e a Rede de Atenção em Saúde Bucal e envolvessem temáticas como implantação, avaliação e relatos de experiências. Foram criadas categorias analíticas referentes aos núcleos de sentido dos temas abordados, por meio da técnica de Análise Temática de Conteúdo. **Resultados:** foram identificados os desafios à implantação da rede de cuidado em saúde bucal. Desse objeto, emergiram sentidos relacionados com os aspectos: sócio-políticos, organizacionais, financeiro-econômicos, e recursos humanos; demonstrados nas evidências científicas que são descritas e exploradas ao longo do texto. **Conclusões:** a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal ocorre de diferentes maneiras, no território brasileiro, de acordo com a lógica da equidade e da integração das singularidades do processo de trabalho com a realidade local, segundo os preceitos da vigilância em saúde. É preciso amadurecer a formulação e o delineamento de estratégias de alcance das políticas norteadoras de programas prioritários e dos modelos de atenção para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Política de Saúde Bucal, Rede de Atenção à Saúde, Formulação de políticas.

### Introdução

Desde suas origens, a atenção odontológica brasileira sempre foi influenciada pela orientação técnica e estética, conforme os paradigmas de cada época, voltada para a elite econômica da população, caracterizando-se enquanto exercício profissional de um projeto político neoliberal, predominando quase que exclusivamente desta forma até meados do século XX. A sistematização progressiva do conhecimento científico favoreceu o desenvolvimento de uma prática de natureza mecanicista, fragmentada e excludente. As desigualdades sociais e econômicas historicamente vigentes entre as diversas classes sociais estão entre os determinantes principais das más condições de saúde bucal do povo (OLIVEIRA; MORAIS; GOES, 2014).

As iniquidades em saúde bucal persistem até a atualidade, refletindo-se em estratificações de gerações, de gênero e de raça, influenciados pelos determinantes ambientais, políticos, psicológicos, sociais e econômicos. No Brasil, as diferenças regionais e locais estão relacionadas geralmente à

falta de condições materiais e à relativa ausência de políticas públicas efetivas capazes de incluir os segmentos populacionais mais vulneráveis. Acrescenta-se a esse panorama, os dissabores causados pela hegemonia de um modelo curativo-mutilador, que sempre foi marca registrada do retrato das bocas brasileiras, pela estruturação de serviços odontológicos pontuais, sintomático e biomédico (MOYSÉS, 2013).

O perfil da atenção odontológica, no serviço público brasileiro, caracterizava-se pela assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, por meio de programas verticais direcionados apenas para a prevenção e reabilitação das sequelas das doenças cárie e periodontal. Nos dias atuais, essa realidade ainda se faz presente, em alguns municípios, traduzida pela menor acessibilidade da população adulta aos serviços odontológicos devido à priorização, por parte dos serviços de saúde, da atenção às crianças em idade escolar. Desse modo, as demais parcelas da população continuam ainda excluídas e dependentes de serviços meramente curativos e mutiladores, o que resulta numa baixa cobertura de atendimento (ANJOS ET AL., 2011).

Nesse contexto, a necessidade de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e, por conseguinte, de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal nessa área, impulsionou o MS, em 2000, a estabelecer um incentivo financeiro para reorganizar a atenção em saúde bucal, prestada nos municípios, fortalecendo o até então denominado Programa Saúde da Família (PSF). Infelizmente a consolidação desse movimento não se constituiu em iniciativa governamental primeira, ao menos no que se refere à saúde bucal, já que a criação do PSF com a conformação de uma equipe mínima composta por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, data de 1994.

A implantação da Equipe de Saúde Bucal se materializou apenas em 28 de Dezembro de 2000, por meio da Portaria Nº 1.444, frente aos alarmantes dados da PNAD, e sua regulamentação foi concretizada através da Portaria Nº 267, de 06 de março de 2001, que aprovou normas e diretrizes para inclusão da saúde bucal no PSF, documentadas no Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. Atualmente ainda existe uma distância considerável entre o quantitativo e a cobertura ofertada pelas equipes de saúde da família em relação às equipes de saúde bucal (BRASIL, 2002).

Estudos revelam que a inclusão da Saúde Bucal na equipe mínima de saúde da família e a posterior ampliação do escopo de programa (PSF) para Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitou um maior protagonismo na Atenção Básica, para a Saúde Bucal, bem como em relação à atenção de média complexidade, com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas

(CEO) que passaram a ser regulamentados pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida nacionalmente como Brasil Sorridente.

O Brasil Sorridente é, portanto, a PNSB do Sistema Único de Saúde (SUS), em cenário nacional desde 2004, e vem reorientar ações de saúde bucal na Atenção Básica, na Média e na Alta Complexidade, compondo uma Rede de Cuidados em Saúde Bucal. Essa política tem como pressuposto a incorporação das ações de saúde bucal à ESF para atuar na filosofia de um modelo de Vigilância em Saúde, garantindo uma rede de serviços e buscando a integralidade em Saúde Bucal (SOARES; PAIM, 2011).

De modo geral, o conjunto de ações do Brasil Sorridente propõe uma reorganização em todos os níveis de atenção, nos distintos espaços em que as ações de saúde bucal se materializam. Para tanto: recomenda a organização da atenção por meio da Atenção Básica, especialmente com a inclusão das ESB na ESF em todo território nacional; estabelece a possibilidade de acesso da população a tratamentos mais complexos, por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD); e orienta a adoção de critérios de acolhimento, particularmente por linha de cuidado ou condições de vida, que possam repercutir no aumento do acesso e na qualidade da atenção da população aos serviços de saúde bucal. Essas ações têm se tornadas efetivas no cuidado com a saúde bucal coletiva, pois os resultados principais da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal mostraram uma significativa melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira, quando comparado ao Projeto SB2000, apresentado em 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O índice CPO, aos 12 anos, apresentou uma redução de 26,2% em sete anos; Entre os adolescentes, de 15 a 19 anos, a redução no componente *cariado* foi de 35%; Em relação aos adultos e idosos, a redução no ataque de cárie é menos significativa, por conta da acumulação de sequelas da doença ao longo da vida. A redução de ataque de cárie, no grupo de 35 a 44 anos, foi de 17%. Essa mesma faixa etária vem conseguindo reduzir a incidência de cárie devido a um maior acesso aos serviços para restaurações dentárias. O percentual de pessoas sem problemas periodontais foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. O quantitativo reduzido dos problemas periodontais nos idosos é influenciado pelo grande número de dentes já perdidos. Alguns aspectos merecem considerações mais detalhadas, em relação ao *tamanho* do desafio de estruturação de redes temáticas em saúde bucal em um país continental (BRASIL, 2011).

Em primeiro lugar, as diferenças regionais sinalizam uma maior urgência para organização de uma atenção mais integral nas regiões mais carentes do país. Os valores do CPO, estratificados por regiões, foram: norte (3,16); nordeste (2,63); centro-oeste (2,63); sudeste (1,72); sul (2,06). Os valores extremos (norte e sudeste) mostraram uma diferença de aproximadamente 84%. E o percentual de adolescentes sem problemas gengivais varia, nos extremos, de 30,8% na região norte a 56,8% na região sudeste. Um segundo fator importante, diz respeito aos problemas bucais que exigem a consolidação de especialidades odontológicas de difícil operacionalização nos lugares mais distantes do Brasil. Em relação às oclusopatias (mordida aberta, mordida cruzada, apinhamentos, desalinhamentos dentários, sobremordidas e protrusões), 38,8% dos indivíduos apresentaram problemas aos 12 anos. Em 19,9% dessas crianças, os problemas são leves, entretanto, 19,0% tiveram problemas oclusais severos ou muito severos. Entre os adolescentes, foi constatada uma redução de 52% nas necessidades de próteses, porém, 13,7% necessitam de próteses parciais em um maxilar (10,3%) ou nos dois maxilares (3,4%). Em relação aos adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorre em 68,8% dos casos, enquanto que nos idosos, de 65 a 74 anos, 23,9% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total superior e inferior (BRASIL, 2008).

No atual contexto nacional em que se encontra o processo de ampliação das redes de atenção em saúde, a conformação de uma rede de cuidados em saúde bucal dos brasileiros é emergente, tendo em vista que, com a PNSB a população além de estar mais próxima das ações de assistência, está mais informada sobre os cuidados e preocupações com a saúde bucal. Diante da ampliação da ESF, a ESB vem se mostrando um potente instrumento disseminador de informações sobre cuidados com a saúde. Porém, tal fato, ao mesmo tempo em que está associado a potencialidades, avanços e resolutividades, enfrenta também dificuldades e desafios, principalmente quando relacionada à atenção odontológica na perspectiva de rede integrada.

Os esforços para reorganização da atenção à saúde bucal têm sido realizados desde 2004, com a reformulação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), onde foram estabelecidas as diretrizes que ampliaram a atenção nos níveis secundário e terciário, e propuseram um processo de trabalho integrado por meio da organização de uma rede cuidados progressivos nessa área (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011). Essa lógica rompe com a histórica priorização de crianças e escolares em detrimento de outras camadas da população. O estabelecimento das linhas de cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho, no qual a eficiência das equipes de trabalho é um de seus pilares mais importantes.

A saúde bucal, apreendida conforme uma produção social, também é reflexa de negociações cotidianas, e está atravessada pelas intencionalidades dos sujeitos e corporações que a constroem e destroem, a partir de mediações teóricas, políticas, empíricas e simbólicas, fruto do tecido social tecido ou desfiado (SANTOS; ASSIS, 2010). Os caminhos e descaminhos de constituição da função cuidadora de suas equipes devem extrapolar a dimensão individual (bucal) para contemplar o horizonte da integralidade da atenção à saúde. Sua dívida social histórica, pela fragmentação desde a intenção do ato terapêutico, deve ser contextualizada em cada experiência, para que seja possível relativizar seus limites e possibilidades, e contribuir com novas reflexões acerca de sua práxis.

A busca de conhecimentos e o debate dessa problemática poderão trazer à tona evidências científicas capazes de facilitar a compreensão do processo de incorporação das ações da saúde bucal nas Redes de Atenção à Saúde. Nessa perspectiva, o objetivo deste artigo é apresentar uma reflexão crítica sobre as características das práticas odontológicas no setor público e a Política Nacional de Saúde Bucal, esclarecendo o leitor acerca dos principais desafios encontrados na construção da rede de cuidados de Saúde Bucal no Brasil.

## **Metodologia**

Este texto está caracterizado metodologicamente enquanto revisão narrativa buscando referenciais nos estudos da literatura científica odontológica, sem a preocupação de esgotar o tema. A revisão narrativa permite a descrição e discussão teórico-reflexiva de estudos já produzidos a respeito de um assunto relevante e atual, e viabiliza o acesso, bem como o processamento do conhecimento e de ideias novas acerca da temática estudada, possibilitando o seu emolduramento de forma sumarizada em um espaço temporal curto (LESSA ET AL., 2015).

Essa categoria de artigo, segundo Rother (2007), permite ao leitor a aquisição e atualização de conhecimentos sobre uma temática específica em um curto período de tempo, fomentando a educação continuada. A revisão narrativa estabelece relações entre produções anteriores e contemporâneas, identificando os temas relevantes e recorrentes, indicando novas perspectivas, contribuindo para a consolidação de uma área do conhecimento.

Apresenta-se uma seleção de textos e interpretações, sujeitas às subjetividades dos autores, certamente influenciadas pelos percursos de cada parte, durante o trânsito nos diversos níveis de atenção em saúde e em contextos locais variados. As referências literárias constituíram os sujeitos

do estudo. Os critérios de inclusão foram os trabalhos que abordassem a Política Nacional de Saúde Bucal e a Rede de Atenção em Saúde Bucal e envolvessem temáticas como implantação, avaliação e relatos de experiências.

Após leitura dos trabalhos selecionados, foi realizada a análise criteriosa do material selecionado por meio de síntese qualitativa a partir dos preceitos da Técnica de Análise de Conteúdo, sistematizada por Bardin (2011), nas etapas de pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Por consequência, surgiram categorias analíticas referentes aos núcleos de sentido dos temas abordados explicitadas a seguir.

## **Resultados e discussão**

Foram identificados os desafios à implantação da rede de cuidado em saúde bucal. Assim, a leitura fluante, seguida de releitura do conteúdo e de interpretação das semelhanças e divergências dos trechos mais significativos, permitiu elencar, a partir deste objeto, quatro categorias temáticas de sentidos relacionadas com os aspectos: sociopolíticos, organizacionais, financeiro-econômicos, e recursos humanos.

- Aspectos sóciopolíticos

A atuação do governo é fundamental no momento da implementação das políticas de saúde bucal. As instituições deveriam seguir políticas escritas, que incluiriam as diretrizes e as responsabilidades dos implementadores, pois a ausência de um projeto explicitado produz dificuldades não apenas no campo da análise política como internamente para a reprodução na ponta do sistema (VILASBÔAS; PAIM, 2008).

No caso do Brasil Sorridente, a concepção de um projeto prévio facilitou o processo da sua implementação. Dessa forma, a saúde bucal foi incorporada na agenda política transformando a Área Técnica de Saúde Bucal em Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Contudo, a governabilidade do sistema depende, dentre outros fatores, do capital político do dirigente, ou seja, seu poder ou peso político. A negociação política está relacionada quase sempre ao objetivo de levantar recursos complementares ao incentivo financeiro do governo federal e o fomento e articulação com outros programas, a exemplo do Pró-Saúde (SILVA ET AL., 2010).

Entretanto, em relação à esfera micropolítica, a consolidação dos esforços para estruturação da rede temática de saúde bucal, influenciada pela singularidade que caracterizou sua evolução

histórica, encontra dificuldades para superar o modelo de atenção que predominou durante quase três décadas, focado nos grupos populacionais tradicionalmente priorizados pela odontologia pública. Neste sentido, esteve relacionada com muita capilaridade às questões de organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucais.

O empoderamento ou *empowerment*, de indivíduos e grupos, pode emergir a partir de um processo de ação social, no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas, pela interação com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade social e pessoal e possibilitando a transformação de relações de poder. O agir cotidiano dos sujeitos pode ser compreendido enquanto uma micropolítica, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram. A produção da vida se dá a partir de um trabalho vivo, dinâmico, não estruturado e de alta possibilidade inventiva, entretanto as normas, muitas vezes, impõem amarras aos trabalhadores, limitando sua capacidade criativa (ANDRADE; VAITSMAN, 2002; FRANCO, 2006).

Silveira Filho (2008) apontou diversos desafios com relação às perspectivas de impacto sócio-político, entre eles: a capacidade de resolver 85% dos problemas de saúde na comunidade; efetuar a contento as ações de vigilância à saúde; humanizar ações e práticas de saúde através do protagonismo das equipes; inclusão de ações intersetoriais, ampliando as ações de promoção à saúde; identificar e fortalecer as redes de proteção social; aumentar a satisfação da comunidade; utilizar ferramentas de gestão para ampliar a qualificação da atenção à saúde; efetivar a avaliação e monitoramento permanente das ações; e desenvolver os processos de formação, capacitação, educação permanente e regulamentação do trabalho em saúde.

- Aspectos organizacionais

Entre os principais desafios a serem enfrentados, referente à categoria de recurso organizacional, estão as dificuldades na referência dos pacientes para ações de média e alta complexidade, no desenvolvimento de ações intersetoriais e nas estratégias de programação, como diagnóstico epidemiológico e avaliações das ações. Nesse contexto, a prática clínica enfrenta uma restrição nos serviços de saúde bucal, caracterizada pela baixa assistência de média e alta complexidade, configurando a saúde bucal, em muitas realidades municipais, apenas como uma porta de entrada ao sistema e, por consequência, um beco sem saída.

Neste escopo, encontra-se a dificuldade de integração das Equipes de Saúde Bucal com as Equipes de Saúde da Família e com outros atores necessários para o enfrentamento dos

determinantes sociais de saúde. Este problema pode ser minimizado pela programação de reuniões periódicas para que o planejamento local possa ser compartilhado entre as equipes de saúde e as lideranças comunitárias. Outros fatores associados com a desorganização das práticas foram: as fragilidades na adoção de critérios de priorização da atenção, muitas vezes sem justificativa epidemiológica e/ou social; a dificuldade de interação entre os níveis de maior complexidade; a limitação de uso de ferramentas logísticas e de gestão; e a restrição de ações exclusivas aos grupos prioritários (gestantes, crianças, escolares). Esses aspectos organizacionais dificultam a mudança de práticas e distanciam os serviços de saúde bucal de um atendimento equitativo voltado à vigilância a saúde, sinalizando a persistência de dificuldades no planejamento de ações de saúde bucal a partir das necessidades da população (GODOI ET AL., 2013).

Um importante desafio, para a integração dos serviços, diz respeito à criação e o fortalecimento da regulação, quanto à organização de fluxos, prontuários eletrônicos e ampliação dos serviços. A ausência de mecanismos eficientes de referência e contra referência, entre os níveis de atenção, principalmente em relação à alta complexidade, revela dificuldades no estabelecimento de sistemas logísticos que possam garantir a integração e articulação entre os diversos pontos da rede (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002). Também percebemos a falta de participação da sociedade civil, gestores e trabalhadores, nos espaços de debate e deliberação, para que ocorra, de forma eficaz, a negociação, a pactuação e a geração de consensos, capazes de viabilizar condutas mais adequadas e coerentes na resolução dos problemas compartilhados.

Entre os aspectos organizacionais que desafiam a estruturação da saúde bucal/atenção básica no SUS estão: consolidar a atenção básica como nível primário na hierarquia da atenção à saúde através do processo de municipalização; organizar as redes de atenção à saúde a partir do leque de serviços da atenção primária; qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família como coordenadora da atenção, superando a visão reducionista enquanto mero programa; otimizar os recursos disponíveis; ampliação do financiamento nos três níveis de gestão do SUS; implantação e modernização dos sistemas de gestão disponíveis; interferência na formação, capacitação, contratação e ampliação da força de trabalho de nível técnico e superior; e diminuição das desigualdades sociais ampliando ações em busca da equidade (GODOI ET AL., 2013).

- Aspectos financeiros e econômicos

Em um contexto de baixa governabilidade econômica, atribuído principalmente à baixa autonomia financeira, a falta de gerência dos limitados recursos pode ser responsável por



desencadear muitos outros processos que, direta ou indiretamente, mantém relação com a saúde bucal, desde a implantação até a manutenção dos serviços, tipo: a negociação de contratos diversos, com fornecedores ou empresas de manutenção; a garantia de pagamento da folha de pessoal; os serviços complementares e/ou terceirizados; a regularidade na aquisição e fornecimento de equipamentos, insumos, e tecnologias materiais, necessárias ao bom desenvolvimento do processo de trabalho odontológico (SILVEIRA FILHO, 2008).

Existe, inegavelmente, o desafio econômico para que os municípios possam realizar suas contrapartidas, no tocante às obras e adequações necessárias na infraestrutura dos consultórios odontológicos das unidades de saúde, de acordo com o padrão mínimo preconizado pela ESF, equacionando a racionalização dos gastos com a equidade e justiça social. Também se faz necessário a ampliação do número de equipes de saúde bucal inseridas à ESF para equiparação com as equipes de saúde da família. Esta relação desproporcional pode ser explicada pela regulamentação da inclusão das equipes de saúde bucal ter ocorrido de forma mais tardia.

Entre as limitações e desafios a serem superados, está o apoio financeiro respeito à operacionalização dos sistemas logísticos e de governança, para que seja possível a integração dos serviços de saúde bucal na totalidade de suas complexidades, inclusive com os aspectos de ampliação do quantitativo de equipes de saúde bucal atuando de acordo com a conjuntura atual da vigilância à saúde, contribuindo para o processo de expansão e crescimento da cobertura populacional (SANTOS; ASSIS, 2010).

- Aspectos relacionados aos Recursos Humanos

Entre as razões para a escolha da Saúde da Família como campo de atuação profissional, a oportunidade de emprego foi citada como maior motivador para adentrar o trabalho nas equipes de Saúde da Família, sendo possível afirmar que a ESF vem se tornando um modelo importante de inserção de profissionais no mercado de trabalho, especialmente para aqueles em início de carreira (SILVA ET AL, 2010). Entretanto, ainda persistem: a existência incipiente de planos de cargos e salários, múltiplas formas de inserção dos profissionais de saúde bucal (contratos temporários, concurso público e terceirizações) e precarização dos vínculos empregatícios. Além disso, a insuficiência de dentistas na rede e os limites de gasto com salários, decorrentes da Lei de Responsabilidade Fiscal, restringiram a oferta de serviços para a população.

Nesse contexto, as questões relativas aos recursos humanos foram entraves à política de saúde bucal. O reduzido número de profissionais, as ausências de qualificação, bem como as várias

formas de inserção deles nas Secretarias Municipais de Saúde, criaram um cenário heterogêneo para os profissionais de saúde bucal municipais, apresentando múltiplos projetos em disputa, que dificultaram o processo de implementação da política, considerando que exige do gestor maior perícia para formação de projetos comuns (BALDANI ET AL., 2005).

Foram identificados alguns desafios propostos aos profissionais da ESF: que eles sejam especialistas nos problemas mais frequentes na comunidade; que pratiquem a saúde baseada em evidências; que desenvolvam ações de baixa densidade tecnológica, entretanto, de alta complexidade, envolvendo os determinantes sociais das doenças nas ações de promoção de saúde. Enfim, que possam compreender a Atenção Básica: enquanto conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; com foco no núcleo familiar e na comunidade; com responsabilização compartilhada, evitando clientelismos e corporativismos; reconhecendo a territorialização; buscando a constituição de vínculos; aplicando ações intersetoriais; valorizando saberes e práticas culturais; e estimulando a participação social (SILVEIRA FILHO, 2008).

Uma situação muito comum envolve a diferença entre o quantitativo de profissionais auxiliares em relação ao número de dentistas, que dificulta a racionalização do processo de trabalho odontológico e a adoção de práticas que incrementam a cobertura. Também ocorre um déficit de profissionais especialistas ou falta de estruturação dos CEO para algumas especialidades, principalmente para ortodontia, odontopediatria, reabilitação oral e implantodontia, necessárias para ampliar a oferta de procedimentos especializados em quantidade e qualidade suficientes para assegurar o princípio da integralidade e a resolutividade da RAS. Alguns municípios não ofertam tratamento endodôntico para molares (GODOI ET AL., 2013).

Incentivos à educação permanente em serviço (capacitações, atualizações, troca de experiências exitosas), podem contribuir para minimizar a concepção biomédica herdada de uma formação cartesiana, que preparou a força de trabalho para atuar na metragem reduzida do consultório dentário, sem considerar a contento as ações de promoção da saúde e de prevenção dos agravos, fora do quadrado de atuação específica. O sucesso da estratégia saúde da família é, antes de tudo, resultante de uma mudança na atitude dos profissionais de saúde bucal que atuem na atenção básica, organizando sua agenda de maneira a compatibilizar as ações intra e extra clínicas, nos diferentes turnos de trabalho da equipe (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002).

## **Conclusões**

Essa revisão permitiu observar que a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal ocorre de diferentes maneiras, no território brasileiro, de acordo com a lógica da equidade e da integração das singularidades do processo de trabalho com a realidade local, segundo os preceitos da vigilância em saúde.

Deste modo, de acordo com cada comunidade, seus desafios, potencialidades, abordagens pessoais e qualidade de acesso ao serviço, variam conforme o nível de organização social e cultural do local beneficiado com a política. Os aspectos apontados enquanto núcleos de sentido estão separados ou divididos apenas didaticamente. Suas interfaces se entrelaçam tornando difícil, muitas vezes, sua classificação.

Vale destacar que os principais problemas e dificuldades que vêm sendo vivenciados ao longo da implantação da PNSB, na trajetória da construção da rede de cuidado, identificadas durante o desenvolvimento deste trabalho, não são exclusivos da odontologia enquanto campo da saúde, mas refletem o que se apresenta nas demais políticas públicas como um todo.

É preciso o amadurecimento na formulação e no delineamento de estratégias de alcance das políticas norteadoras de programas prioritários e dos modelos de atenção, bem como a compreensão do caráter permanentemente construtivo dessa estratégia, para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando seus princípios filosóficos (universalidade, equidade, integralidade) e diretrizes operacionais (participação popular, descentralização, hierarquização e regionalização).

## Referências

ANDRADE, G.; VAITSMAN J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2002. v.7, n.4, p.925-34.

ANJOS, F.S.; MESTRINER, S.F.; BULGARELLI, A.L.; PINTO, I.C.; JÚNIOR, W.M. Equipes de saúde bucal no Brasil: avanços e desafios. **Cienc Cuid Saúde**. 2011. v.10, n.3, p.601-607.

BALDANI, M.H.; FADEL, C.B.; TAISIANE, P.; QUEIROZ, M.G.S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2005. v.21, n.4, p.01-10.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Programa de Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil**. Brasília: Editora MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília: Editora MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica 17**. Brasília: Editora MS, 2008.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

GODOI, H.; MELLO, A.L.S.F.; CAETANO, J.C.; ZANARDI, E. Rede de Atenção Saúde Bucal: Limitações e Desafios em um Município Catarinense de Grande Porte. **Saúde & Transformação Social**. 2013. v.4, n.4, p.69-77.

LESSA, G.; KUEHLKAMP V.M.; ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R. Análise de políticas públicas de saúde: revisão narrativa. **Cogitare Enferm**. 2015. v.20, n.1, p.191-7.

MOYSÉS, S.J. Redes de atenção e organização de ações e serviços de saúde bucal. In: MOYSÉS, S.J. **Saúde coletiva**: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2013. p. 103-116.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Moysés SJ, Gevaerci SP. **Os dizeres da boca em Curitiba**: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 2002. P. 133-62.

OLIVEIRA, R.S.; MORAIS, H.M.M.; GOES, P.S.A. A prática odontológica ontem e hoje: origens e desenvolvimento da assistência odontológica no Brasil. In: GOE, P.S.A. **Gestão da prática em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 13-24.

ROTHER, ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta paul. enferm**. 2007. v.20, n.2, p.5-6.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. **Saúde bucal**: da fragmentação à integralidade. Feira de Santana: UEFS, 2010.

SILVA, C.S.R.; SILVA, M.A.M.; SOUZA, M.C.A.; PAULA, R.C.P. Desafios enfrentados pelo gestor municipal para implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Vassouras/RJ. **Revista Pró-UniverSUS**. 2010. v.1, n.1, p.43-54.

SILVEIRA FILHO, A. D. A Saúde Bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). In: BOTAZZO C, OLIVEIRA MA. **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde**: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras, 2008. P. 31-49.

SOARES, C.L.M.; PAIM, J.S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2011. v.27, n.5, p.966-974.

VILASBÔAS ALQ, PAIM JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad Saúde Pública**. 2008. v.24, n.6, p.1239-1250.