**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Diretrizes de saúde bucal nas políticas de
atenção primária em cinco países selecionados:
uma revisão integrativa**

João Victor Inglês de Lara

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão.

**São Paulo
2018**

Diretrizes de saúde bucal nas políticas de atenção primária em cinco países selecionados: uma revisão integrativa

João Victor Inglês de Lara

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão.

**Versão Corrigida
São Paulo
2018**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Lara, João Victor Inglês de

Diretrizes de saúde bucal nas políticas de atenção primária em cinco países selecionados : uma revisão integrativa / João Victor Inglês de Lara; orientador Prof. Dr. Paulo Frazão. -- São Paulo, 2018.

93 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

1. Saúde bucal. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas de saúde. I. Frazão, Paulo, orient. II. Título.

*A todos que me inspiraram a olhar mais longe,
dedico este trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Palavras são capazes de descrever, de construir, de traduzir, de transmitir. Aproveito este momento e, através de palavras, agradeço aos que fizeram parte desta jornada. Sem vocês, nada disso seria possível.

Ao Prof. Dr. Paulo Frazão, que me acolheu no mestrado, e que não hesitou em me orientar nos diversos (e tortuosos) caminhos que o mundo da ciência nos proporciona.

Às Profs. Dras. Aylene Emília Moraes Bousquat, Doralice Severo da Cruz Teixeira e Márcia Helena Baldani Pinto, por terem se disponibilizado a participar da avaliação deste trabalho.

À Prof. Aylene Emília Moraes Bousquat, pelos trabalhos compartilhados, pelos livros emprestados e por ter sido sempre tão generosa.

À Prof. Dra. Doralice Severo da Cruz, pelas minuciosas colocações e por me inspirar a sempre olhar mais longe.

À Prof. Dra. Márcia Helena Baldani, por mostrar a mim que a odontologia pode ir muito além do que um estudante de graduação consegue enxergar.

À Prof. Dra. Cleide Lavieri Martins, pelas oportunidades de acompanhar suas disciplinas e “aprender a ensinar”.

Aos Professores do curso pós-graduação das Faculdade de Saúde Pública e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por sua grande dedicação em transmitir conhecimento.

À Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e todo seu corpo docente e de funcionários, que fazem deste um lugar de excelência.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Biblioteca da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo auxílio na busca das referências.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro através da concessão da bolsa.

À oportunidade concedida a mim pela *Bavarian Summer Health School* através do curso de verão, pela grande experiência e um novo olhar em saúde e tecnologia.

Em especial:

À minha família, que mesmo com a distância, me deu a base para chegar até aqui. Agradeço todos os dias à minha mãe, Nerci Fátima Inglês de Lara, educadora, batalhadora e minha maior inspiração. Obrigado por nunca ter me

deixado de fora de suas orações. Também agradeço à minha tia, Sandra Mara Andrade Cruz, que não deixou um dia passar sem um carinhoso telefonema, e assim me fazia lembrar que não estava sozinho.

Ao Murilo Vargas que, com muita paciência e generosidade, me auxiliou nos momentos de construção e revisão deste trabalho.

Aos meus colegas de pós-graduação, que me acompanham nos momentos dessa jornada.

Aos amigos que fiz em São Paulo, que foram minha família e meu refúgio nos momentos de riso, e também naqueles onde a cidade grande nos faz sentir tão pequenos.

Aos meus amigos do Paraná que estiveram comigo, longe ou perto.

À tantas outras pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

À todas as oportunidades que me construíram, desconstruíram e me trouxeram até aqui,

Muito obrigado!

um bom poema
leva anos
cinco jogando bola,
mais cinco estudando sânscrito,
seis carregando pedra,
nove namorando a vizinha,
sete levando porrada,
quatro andando sozinho,
três mudando de cidade,
dez trocando de assunto,
uma eternidade, eu e você,
caminhando junto

Paulo Leminski, 1991.

RESUMO

LARA, J. V. I. **Diretrizes de saúde bucal nas políticas de atenção primária em cinco países selecionados:** uma revisão integrativa. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Introdução: Historicamente, a saúde bucal é considerada um componente à parte dos sistemas de saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) oferece uma oportunidade de produzir saúde de forma integral. Para tanto, diretrizes são necessárias a fim de orientar a formulação de políticas capazes de modificar a organização desses sistemas. **Objetivo:** Produzir uma análise comparativa sobre as diretrizes relativas ao componente saúde bucal das políticas de APS em cinco países com sistemas de saúde universal. **Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura científica e cinzenta. Documentos científicos e técnicos referentes a Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido e Brasil; do ano 2000 a 2016; em inglês, português, espanhol e francês foram considerados. Critérios de exclusão foram definidos. A análise de conteúdo foi realizada nos documentos selecionados baseada em aspectos da saúde bucal na APS. As categorias integralidade da assistência; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; e equipe de saúde bucal foram definidas para analisar aspectos conceituais das diretrizes. **Resultados:** Quarenta e dois estudos foram selecionados para compor a revisão integrativa. Os resultados indicam que Reino Unido e Brasil encontram-se em estágio mais avançado na integração da saúde bucal na APS que os demais países. Quanto à integralidade da assistência, a dimensão horizontal foi mais destacada, sugerindo sincronia da saúde bucal com outras áreas na provisão da assistência. Ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção de doenças são complexas, no entanto, parecem ser efetivas para expandir a atenção à saúde bucal em outros setores. Fluoretação e ações conjuntas com o setor de educação são consagradas. Equipes multiprofissionais amplas com participação dos profissionais de saúde bucal são preconizadas. Enfoque interdisciplinar, inclusão de profissionais de nível médio e educação permanente foram temas recorrentes. **Conclusão:** Quarenta anos após a Declaração de Alma-Ata, nota-se esforços para a integração da saúde bucal nas políticas de APS, contudo, esta ainda representa um importante desafio para os sistemas de saúde.

Descritores: Saúde bucal, Atenção Primária à Saúde, políticas de saúde.

ABSTRACT

LARA, J. V. I. **Oral health guidelines in the primary care policies of five selected countries: an integrative review.** Dissertation (Master's Degree in Public Health) – School of Public Health, University of São Paulo, São Paulo, 2018. Portuguese.

Background: Historically, oral health is apart of the health systems. The Primary Health Care (PHC) strategy offers an opportunity for a holistic approach in health. Guidelines are needed to orient the formulation of policies and change the health systems' organization. **Objective:** To produce a comparative analysis of oral health perspectives in the PHC policies of five selected countries with universal health care systems. **Methods:** An integrative review of the scientific and grey literature was led. Scientific and technical documents from Australia, Canada, New Zealand, United Kingdom and Brazil were considered. The time limit was defined from the year 2000 until 2016. The documents should be in English, Portuguese, Spanish or French. The findings were analysed and exclusion criteria were defined. Content data analysis was performed based on aspects of oral health in PHC. The categories comprehensiveness of care; health promotion and disease prevention actions; and oral health team were defined for the conceptual analysis of the guidelines. **Results:** Forty-two studies were selected to compose an integrative review. The results indicate that United Kingdom and Brazil are in a more advanced stage of the integration of oral health in PHC than the other countries. In the description of the comprehensiveness of care, the horizontal dimension was more prominent, suggesting that the provision of oral care should be together with other areas of health. Health promotion and disease prevention actions in intersectoral contexts are complex, but seem to be effective to insert oral health in other sectors of health and beyond. Fluoridation and actions with the education sector are the most established ones. Multiprofessional teams with the participation of oral health professionals are recommended. Interdisciplinary approach, inclusion of mid-level professionals and permanent education were recurrent themes. **Conclusion:** Forty years after the Declaration of Alma-Ata, it seems that there are advances in the integration of oral health in PHC. Although, it stills represents a major challenge for the health care systems.

Keywords: Oral health, Primary Health Care, health policy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	19
3 MÉTODOS	20
3.1 FORMULAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA	20
3.2 SELEÇÃO DOS PAÍSES	21
3.3 SELEÇÃO DOS TIPOS DE PUBLICAÇÃO	22
3.4 SELEÇÃO DAS FONTES DE DADOS	22
3.5 ESTRATÉGIAS DE BUSCA NA LITERATURA	24
3.6 CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS	28
3.6.1 Documentos Científicos	28
3.6.2 Documentos Técnicos	29
3.7 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA	30
3.8 AS CATEGORIAS DE ANÁLISE	31
4 RESULTADOS	33
4.1 INTEGRALIDADE	41
4.2 AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	47
4.3 EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	54
5 DISCUSSÃO	60
6 CONCLUSÃO	68
7 REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	78
Apêndice 1 – Reprodução de excertos originais representativos para a categoria integralidade, separados por país.	78
Apêndice 2 – Reprodução de excertos originais representativos para a categoria ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, separados por país.	80
Apêndice 3 – Reprodução de excertos originais representativos para a categoria equipe de saúde bucal, separados por país.	85
Apêndice 4 – Documentos científicos excluídos após a leitura integral.	89
Apêndice 5 – Documentos da literatura cinzenta excluídos após a leitura integral. ..	90
CURRÍCULO LATTES	92

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de busca e seleção dos documentos científicos.	29
Figura 2 – Fluxograma de busca e seleção dos documentos técnicos.	30
Figura 3 – Fluxograma de resultados.	33
Figura 4 – Distribuição dos documentos selecionados, de acordo com o período de publicação.	34

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Bases de Dados selecionadas e sua definição por GRAZIOSI <i>et al.</i> , (2013).	23
Quadro 2 – Estratégias de busca utilizadas para as bases de dados, número de registros obtidos e número de registros selecionados para leitura integral, em dezembro de 2016.	25
Tabela 1 – Chaves de busca e número de resultados obtidos através da literatura cinzenta, utilizando-se o buscador Google, aplicada por país, em dezembro de 2016.	26
Quadro 3 – Endereços eletrônicos governamentais visitados, por país, em dezembro de 2016.	27
Tabela 2 – Distribuição do número de documentos selecionados por país, de acordo com o tipo de literatura.	34
Tabela 3 – Distribuição dos documentos de acordo com autor, ano de publicação, tipo de documento, presença de saúde bucal como componente da APS, conceito de integralidade da assistência, conceito das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, e presença de descrição da equipe de saúde bucal.	37
Tabela 4 – Distribuição das tendências encontradas segundo o número total de documentos por país.	42

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

BIREME - Biblioteca Regional de Medicina

BVS – Biblioteca Virtual da Saúde

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

Embase - *Excerpta Medica dataBASE*

ESB - Equipe de saúde bucal

et al. - e colaborador(es)

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

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MeSH – *Medical Subject Headings*

NHS - *National Health Service*

NIH- *National Institutes of Health*

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PHC – *Primary Health Care*

SUS – Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

A análise dos processos que influenciam a oferta dos cuidados de saúde constitui um importante campo de estudo das ciências. Com a era moderna, a saúde tornou-se objeto de intervenção dos Estados, sendo o desenvolvimento de sistemas de saúde reflexo deste processo. Estes são definidos de forma ampla por LOBATO e GIOVANELLA (2012) como as interações políticas, econômicas e institucionais que, através de organizações, regras e serviços, buscam produzir resultados que condizem com os anseios e concepções de saúde de uma sociedade. Sendo assim, diferentes países possuem características particulares no desenvolvimento de seus sistemas de saúde, gerando diferentes tipos de classificação na literatura. Dois importantes modelos europeus têm servido de base para a descrição do processo de estruturação de outros sistemas ao redor do mundo: o *bismarckiano* e o *beveredgiano*.

Historicamente, a ascensão do capitalismo europeu no século XIX levou a reestruturações econômicas e sociais que afetaram o valor social das doenças pela sociedade, principalmente pelos efeitos deletérios causados na população operária. Registra-se então, na Alemanha de 1883, uma das primeiras intervenções estatais nos mecanismos de provisão de serviços de saúde, com a instituição dos seguros de enfermidades (*sickness insurance*) voltados para trabalhadores formais pelo chanceler Otto Von Bismark. Surgia assim o modelo *bismarckiano*, caracterizado pela administração pública dos serviços de saúde, que eram financiados parte pelo empregador, parte pelo empregado (ROEMER, 1991).

Outro importante marco se deu na Inglaterra do século XX com desenvolvimento do Plano *Beveridge*, que consolida uma das mais significativas

expressões da atuação do Estado não apenas sobre a saúde, mas no amplo setor da proteção social (ROEMER, 1991). Através deste plano, a busca por ações que fossem ao encontro das necessidades geradas após a segunda Guerra Mundial culminou na introdução do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) na Inglaterra, que tem como princípio o caráter universal dos direitos dos cidadãos à proteção contra situações de longa (velhice ou invalidez) ou curta dependência (doença, maternidade e desemprego), independente de renda. Esta proteção é realizada através de pagamentos em dinheiro ou serviços, que são gerenciados de forma pública, e financiados através de impostos fiscais (ELIAS e DOURADO, 2011). No ano de 1946, a Inglaterra formalizou a saúde como parte da seguridade social através da criação do *National Health Service* (NHS). O NHS foi desenvolvido para alcançar todos os cidadãos, independente de vínculo empregatício, promovendo ações de caráter preventivo, ambulatorial e hospitalar. Além disso, envolveu médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde. Este sistema ficou conhecido mundialmente e serviu de modelo à criação de outros sistemas de saúde (ROEMER, 1991).

O modelo *beveridgiano* trouxe o princípio da saúde como direito de todo cidadão, independente de critérios econômicos ou sociais. Foi a partir deste conceito que se configuraram os sistemas universais de saúde. Para a execução destes sistemas, a intervenção do Estado torna-se indispensável de forma direta ou indireta: direta quando as etapas de gerenciamento e execução dos serviços são realizadas pela esfera pública; e indireta quando há a inclusão do setor privado nessas etapas, sendo o Estado responsável por regular leis e normas que determinam o escopo das atividades deste setor no sistema de saúde. O financiamento pode ser realizado exclusivamente pela esfera pública, ou através de acordos público-privados,

recebendo a denominação de financiamento misto. Desta forma, diferentes desenhos de sistemas universais podem ser percebidos ao redor do globo. (LOBATO E GIOVANELLA, 2012). RASHFORD (2007) acrescenta que existe variação na oferta de serviços de saúde garantidos de forma pública, de acordo com a organização do sistema de cada país. Serviços como os de saúde bucal, consultas domiciliares e medicamentos são muitas vezes direcionados a grupos específicos (crianças, idosos, gestantes e população de baixa renda), o que faz com que a oferta destes seja realizada majoritariamente por prestadores privados e seguradoras. Além disso, o financiamento público pode ser oferecido de forma parcial, caracterizado pelo copagamento. Nesses casos, o governo financia uma parcela do custeio do serviço, sendo o usuário responsável por despendar o valor restante.

Os desafios crescentes para a estruturação dos sistemas de saúde nos países, incluindo a necessidade de cooperação, deram base à criação de organizações internacionais, entre as quais figura a Organização Mundial da Saúde (OMS), criada em 1948. Esta, que faz parte da Organização das Nações Unidas, surgiu também no contexto pós-guerra com o objetivo geral de ampliar o acesso à saúde em nível global. Ao longo dos anos, teve importante papel como autoridade coordenadora das ações de saúde internacionais. Atuou no controle de doenças infecciosas por meio de programas majoritariamente focalizados em grupos ou intervenções específicas, sendo frequentemente palco de disputas ideológicas no campo da saúde (BROWN, 2006).

Frente às mudanças nas necessidades de saúde causadas pela transição demográfica e epidemiológica do final do século XX, a OMS publicou em 1978 a Declaração de Alma-Ata, fruto de intensos debates internacionais em busca de soluções para os novos desafios de saúde (MACIOCCO e STEFANINI, 2007). Seu

maior destaque está na definição do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para reduzir os níveis de desigualdade em saúde ao redor do mundo, respeitando a disponibilidade de recursos de cada país e as particularidades de sua população, e corroborando com o desenvolvimento econômico e social da nação. Para isso, definiu-se a proposta de “Saúde para todos no ano 2000” (*Health for all by the year 2000*) (OMS, 1978). No entanto, a Declaração de Alma-Ata não define um conceito operacional claro para a APS, coexistindo ao menos duas linhas de interpretação para o conceito: uma APS seletiva e uma abrangente. A atenção primária é considerada seletiva quando sua atuação é dirigida apenas para grupos específicos, geralmente considerados de risco, através de intervenções voltadas a determinados problemas. Sua aplicação ocorre principalmente nos países em desenvolvimento, onde não é necessariamente incluída no sistema de saúde vigente. Por não exigir melhorias nos determinantes socioeconômicos, a atenção primária seletiva é frequentemente alvo de críticas. Por sua vez, a atenção primária abrangente é integrada ao sistema de saúde e às diversas áreas que o compõem, seguindo os preceitos da Declaração de Alma-Ata, com o intuito de promover a saúde de forma articulada, integral e universal, e assim melhorar indicadores econômicos e sociais (CUETO, 2004; GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

STARFIELD (2012) descreve a APS como:

“(...) aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (...) é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos

sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar(...)”.

A autora define também quatro atributos necessários à APS: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A combinação destes visa a organização de um sistema de saúde conforme os preceitos da Declaração de Alma-Ata, superando os modelos tradicionais de ações focalizadas e subespecializados.

Com a chegada dos anos 2000, o acesso desigual à saúde ainda consistia em uma realidade, porém agora permeado pelas novas dinâmicas sociais e econômicas do século XXI. Sendo assim, uma nova proposta foi definida como norteadora das ações em saúde pela OMS em 2010, a “Cobertura Universal de Saúde” (*Universal Health Coverage*). A partir dela, os governos devem garantir a cobertura de todos os indivíduos pelos serviços de saúde que necessitam, independente do modelo de organização do sistema de saúde, a fim de se adequar à sustentabilidade financeira de cada país (OMS, 2010). No entanto, ao focar apenas na cobertura populacional, esta proposta abre brechas para os interesses financeiros, permitindo que, para sua efetivação, os governos reduzam o financiamento público da saúde, ou restrinjam o acesso à uma cesta específica de serviços. Essas ações podem afetar a sustentabilidade de sistemas de saúde universais e a abrangência dos serviços ofertados, causando um conflito frente às recomendações mundiais de produzir saúde através da abordagem holística dos indivíduos (NORONHA, 2013; GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014).

Assegurar que as necessidades de saúde sejam garantidas através da abordagem holística é uma meta e também um grande desafio na organização dos

sistemas de saúde. A partir desta, o foco dos cuidados se desloca da doença e seu tratamento, e passa a ser a produção de saúde para um indivíduo que é visto de forma integral, inserido em uma comunidade e afetado pelos determinantes de saúde e doença (OMS, 2008). Ao considerar o indivíduo de forma integral, abre-se espaço para a atenção à saúde bucal, historicamente vista como área separada do restante da saúde (NARVAI e FRAZÃO, 2008). Reconhece-se que más condições de saúde bucal estão intimamente ligadas a fatores socioeconômicos, e podem comprometer funções mastigatórias, de deglutição, fonação e estéticas, afetando a saúde geral do indivíduo. A relação entre má condição de saúde bucal e doenças sistêmicas vem sendo descrita na literatura, com fortes evidências científicas nas conexões entre doença periodontal e diabetes (PETERSEN, 2003). Deste modo, enfatiza-se que qualidade de saúde bucal está intimamente ligada com o bem-estar físico e social dos indivíduos, e deve ser considerada parte inseparável da saúde geral (KROEGER e LUNA, 1987; PETERSEN, 2003; NARVAI e FRAZÃO, 2008; FRAZÃO E NARVAI, 2009).

Por essa razão, sistemas de saúde deveriam incluir a atenção à saúde bucal como área de ação. Contudo, uma proporção significativa da população mundial não possui acesso aos serviços de saúde bucal, sendo os problemas bucais um importante desafio à saúde pública (KASSEBAUM, 2017). Esse fato é recorrente mesmo em países com sistemas de saúde considerados bem estruturados, incluindo os universais, que por sua vez não incluem a atenção à saúde bucal no seu espectro de atuação (PETERSEN, 2014). Em muitas situações, predomina o que NARVAI (2006) descreve como “Odontologia de Mercado”: Um modelo de oferta de cuidados hegemonizado pelo setor privado a partir de práticas individuais voltadas ao tratamento da doença, geralmente em ambiente clínico. Acompanhando as

necessidades de saúde evidenciadas no final do século XX, NARVAI E FRAZÃO (2006) descrevem a “Saúde Bucal Coletiva”, um campo de conhecimentos e práticas que integra a Saúde Coletiva e busca uma ruptura com os padrões de Odontologia de Mercado a fim de satisfazer as necessidades de indivíduos, famílias e populações. A partir deste contexto, a estratégia de APS oferece uma oportunidade para modificar as características da atenção à saúde bucal no sistema de saúde, a fim de que, como parte integrante deste, atenda aos princípios de Alma-Ata.

A organização de um modelo baseado na Saúde Bucal Coletiva dependerá de um processo de construção social, que envolve uma gama de atores e oportunidades de ação. Para isso, são necessárias políticas públicas capazes de viabilizar sua efetivação. Ademais, estas ações devem ser baseadas em evidências, necessitando de pesquisas científicas sobre o tema. No entanto, programas e políticas públicas de atenção à saúde bucal são relativamente recentes em diversos países, e o conhecimento científico sobre o assunto prossegue em desenvolvimento (FDI, 2015; PETERSEN, 2008; PETERSEN *et al.*, 2010; PETERSEN e KWAN, 2011). No aniversário de 40 anos da Declaração de Alma-Ata, revisar o componente saúde bucal nas diretrizes de APS e nos documentos que dão base à sua implementação torna-se uma importante forma de subsidiar formuladores e tomadores de decisão em políticas públicas.

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi produzir uma revisão crítica sobre as diretrizes relativas ao componente saúde bucal das políticas de Atenção Primária à Saúde, propiciando uma análise comparativa do tema em cinco países selecionados.

3 MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa (*integrative review*) da literatura. A revisão integrativa é descrita por WHITTEMORE E KNAFL (2005) como uma forma de sintetizar e analisar um fenômeno de maneira ampla, visto que é capaz de incluir dados de literatura teórica e empírica, abrangendo metodologias diferenciadas, cujo resultado é, potencialmente, um produto final baseado em evidências. É recomendada para áreas multidisciplinares, sendo adequada para a investigação de políticas públicas na área da saúde. Para que possua validade científica, demanda a utilização de métodos claros e reproduzíveis. Os conceitos descritos por BOTELHO et al. (2011); CHRISTMALS e GROSS (2017); COOPER (1984) e SOUZA et al. (2010), bem como WHITTEMORE E KNAFL (2005), foram utilizados para construção do percurso metodológico. Sua execução se deu através das etapas: (a) formulação da pergunta de pesquisa; (b) seleção dos países; (c) seleção dos tipos de publicação; (d) seleção das fontes de dados; (e) estratégias de busca na literatura; (f) classificação dos documentos; (g) avaliação da qualidade metodológica; e (h) definição das categorias de análise.

3.1 FORMULAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA

A realização de um levantamento bibliográfico prévio permitiu a elaboração da seguinte pergunta de pesquisa: *“Quais as características do componente saúde bucal dentre as políticas de Atenção Primária à Saúde em democracias capitalistas*

multipartidárias cujo sistema de saúde vigente possui caráter universal e tradição na APS?”.

3.2 SELEÇÃO DOS PAÍSES

A partir do padrão comparativo descrito nos estudos de BLENDON et al. (2002) e DONELAN et al. (1999), Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Reino Unido foram selecionados. Estes países constituem democracias multipartidárias que fazem parte do *Commonwealth* e se constituem em referência mundial pelos seus sistemas de saúde de caráter universal, bem como pela relevância do modelo de atenção primária na organização destes. Segundo LOBATO e GIOVANELLA (2012), sistemas universais são aqueles em que a saúde é considerada um direito de todo cidadão, independente de critérios econômicos ou sociais, sendo o Estado responsável por manter o seu funcionamento, seja de forma pública, privada ou mista. O Brasil adquiriu reconhecimento internacional pela organização de um sistema de saúde a partir da atenção primária onde a saúde bucal é parte integrante (OMS, 2008), e foi também incluído no estudo.

A decisão por manter o Reino Unido como unidade se deu pelo fato de que as diretrizes que norteiam a saúde pública em suas quatro jurisdições (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte) seguem muitos dos princípios comuns do NHS, que se projeta em seu padrão de construção (GREER, 2016). Com essa composição, realizou-se uma análise situacional e comparativa dos documentos que dão base às diretrizes de saúde bucal destes países.

3.3 SELEÇÃO DOS TIPOS DE PUBLICAÇÃO

Foram incluídos documentos científicos indexados em bases de dados e documentos técnicos derivados da literatura cinzenta (*grey literature*) definida, segundo a Quarta Conferência Internacional sobre Literatura Cinzenta, como “material produzido em todos os níveis do governo, institutos, academias, empresas e indústria, em formato impresso e eletrônico, mas que não é controlado por editores científicos ou comerciais” (GL'99 CONFERENCE PROGRAM, 1999).

3.4 SELEÇÃO DAS FONTES DE DADOS

Foram selecionadas as bases de dados científicos Embase (*Excerpta Medica dataBASE*), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), que abrangem os países de interesse e são relevantes do ponto de vista das Ciências da Saúde em geral, e da Saúde Pública em particular. A busca na base de dados MEDLINE foi realizada através da ferramenta PubMed. Suas definições estão descritas no Quadro 1.

O levantamento de documentos através da literatura cinzenta é necessário porque parte importante dos documentos técnicos, indispensáveis à discussão do tema abordado, não estão indexados em bases de dados. Para tanto, buscas foram conduzidas através do buscador Google. Segundo BRISCOE (2015), as maiores

Quadro 1 – Bases de Dados selecionadas e sua definição por GRAZIOSI *et al.*, (2013).

Base de dados / Definição
<p>Embase</p> <p>“Base europeia produzida pela Elsevier Scientific Publications (Amsterdam). Indexa artigos de cerca de 3.500 títulos de periódicos (27 são brasileiros), além de outros documentos produzidos internacionalmente (cobre 75% da literatura europeia). Tem como produto a revista <i>Excerpta Medica</i>, editada em cerca de 50 seções, cada uma delas dedicada a um ramo da medicina.”</p>
<p>MEDLINE (via PubMed)</p> <p>“Inclui aproximadamente 17 milhões de citações da Medline e artigos de biomedicina desde 1950. Especializada em ciências biomédicas e ciências da vida, foi desenvolvida pelo U.S. National Institutes of Health (NIH). De acesso público, indexa a literatura especializada nas áreas de ciências biológicas, enfermagem, odontologia, medicina, medicina veterinária e saúde pública.”</p>
<p>LILACS</p> <p>“Produzida pela Biblioteca Regional de Medicina, parte da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (BIREME – OPAS/OMS) desde 1982, indexa artigos de 542 títulos de periódicos (180 brasileiros), livros, teses, trabalhos apresentados em eventos, relatórios científicos e outros documentos não convencionais de 37 países da América Latina e do Caribe.”</p>

dificuldades quanto à utilização de fontes alternativas às bases de dados se concentram na reprodutibilidade e transparência na construção da estratégia de busca. Sendo assim, com a finalidade de manter o rigor ao método da revisão integrativa, a ferramenta de pesquisa avançada disponibilizada pelo buscador Google

foi utilizada. Além disso, foram realizadas buscas em páginas eletrônicas governamentais de cada país que pudessem abranger documentos de interesse. Objetiva-se, com estes passos, a busca de normas e diretrizes de atenção primária para cada um dos países selecionados que contenham elementos relativos ao componente saúde bucal.

3.5 ESTRATÉGIAS DE BUSCA NA LITERATURA

Uma busca inicial de termos indexados se deu através do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), disponível no portal BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). A busca em bases de dados científicos foi realizada na primeira quinzena do mês de dezembro de 2016, e variou de acordo com a característica das ferramentas disponíveis em cada uma delas. A base de dados Embase possui sua árvore própria de termos, e por esta razão, as palavras-chave foram adequadas aos termos disponíveis. Nessa base, não foram obtidos resultados suficientes quando realizada a busca por país. Para a base de dados PubMed, foram consultados e utilizados termos do *Medical Subject Headings* (MeSH) e derivados. Os termos da base de dados LILACS foram obtidos através do DeCS e foram utilizados em língua inglesa e portuguesa para abranger o Brasil. A relação entre os termos de pesquisa foi realizada através da utilização dos operadores booleanos AND e OR. As chaves de busca são descritas no Quadro 2.

A busca na literatura cinzenta foi realizada através da ferramenta de pesquisa avançada da plataforma Google. Duas estratégias de busca foram realizadas para cada país, com termos relacionados ao tema de interesse. Os termos foram descritos

Quadro 2 – Estratégias de busca utilizadas para as bases de dados, número de registros obtidos e número de registros selecionados para leitura integral, em dezembro de 2016.

Base de Dados / Chave de busca	Registros obtidos (N)	Selecionados para leitura integral
MEDLINE (via PubMed)		
Austrália "primary health care"[All Fields] AND ("oral health"[All Fields] OR "dental care"[All Fields]) AND ("australia"[MeSH Terms] OR "australia"[All Fields])	52	3
Canadá "primary health care"[All Fields] AND ("oral health"[All Fields] OR "dental care"[All Fields]) AND ("canada"[MeSH Terms] OR "canada"[All Fields])	17	0
Nova Zelândia "primary health care"[All Fields] AND ("oral health"[All Fields] OR "dental care"[All Fields]) AND ("new zealand"[MeSH Terms] OR ("new"[All Fields] AND "zealand"[All Fields]) OR "new zealand"[All Fields])	14	2
Reino Unido "primary health care"[All Fields] AND ("oral health"[All Fields] OR "dental care"[All Fields]) AND ("united kingdom"[MeSH Terms] OR ("united"[All Fields] AND "kingdom"[All Fields]) OR "united kingdom"[All Fields])	168	10
Brasil "primary health care"[All Fields] AND ("oral health"[All Fields] OR "dental care"[All Fields]) AND ("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil"[All Fields])	63	7
Embase 'primary health care' AND policy AND 'dental procedure'	135	18
LILACS (tw:("primary health care")) AND (tw:(policy)) AND (tw:("oral health"))	31	3
(tw:("Atenção Primária à Saúde" or "Atenção básica à saúde")) AND (tw:("Política de saúde" or "Política pública de saúde")) AND (tw:("Saúde bucal"))	77	2
Total	557	45

na língua inglesa, com exceção do Brasil, para o qual foi utilizada a língua portuguesa, estratégia adotada de acordo com a língua mãe de cada país. Através da ferramenta de pesquisa avançada é possível definir a região de interesse dos resultados, que foi fixada de acordo com cada país. Os operadores booleanos “AND” e “OR” foram utilizados para formar as chaves de busca. As chaves e os resultados de busca são descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Chaves de busca e número de resultados obtidos através da literatura cinzenta, utilizando-se o buscador Google, aplicada por país, em dezembro de 2016.

País	Chave de busca 1	Chave de busca 2	Registros obtidos (N)
Austrália	31	30	61
Canadá	16	8	24
Nova Zelândia	11	13	24
Reino Unido	16	3	19
	Chave de busca 3	Chave de busca 4	
Brasil	60	37	97
Total			225

*Nota: Chave de busca 1: "primary health care" AND "oral health policy"
 Chave de busca 2: "primary health care policy" AND "oral health"
 Chave de busca 3: "atenção primária à saúde" OR "atenção básica à saúde" AND "política de saúde bucal"
 Chave de busca 4: "política de atenção primária à saúde" OR "política de atenção básica à saúde" AND "saúde bucal"

Os resultados foram complementados com buscas direcionadas às páginas eletrônicas governamentais de cada país, a fim de incluir documentos técnicos de relevância ao tema de pesquisa. Os endereços visitados são descritos no Quadro 3.

Quadro 3 – Endereços eletrônicos governamentais consultados, por país, em dezembro de 2016.

<p>Austrália</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>The Department of Health – Dental</i>. Disponível em: http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/dental-1
<p>Brasil</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Portal da saúde – SUS</i>. Disponível em: http://u.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal • <i>Ministério da Saúde, Biblioteca do Departamento de Atenção Básica</i>. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php
<p>Canadá</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Canadian Association of Public Health Dentistry</i>. Disponível em: http://www.caphd.ca/canadian-oral-health-reports • <i>Government of Canada (Health Canada)</i>. Disponível em: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/healthy-living/reports-publications/oral-health.html
<p>Nova Zelândia</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ministry of Health</i>. Disponível em: https://www.health.govt.nz
<p>Reino Unido</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>NHS Choices</i>: https://www.nhs.uk/pages/home.aspx • <i>NHS England</i>. Disponível em: https://www.england.nhs.uk • <i>Ireland's Department of Health</i>. Disponível em: https://www.health-ni.gov.uk • <i>NHS Health Scotland</i>. Disponível em: http://www.healthscotland.scot • <i>Scotland's Health on the Web</i>. Disponível em: http://www.scot.nhs.uk • <i>Health in Wales</i>. Disponível em: http://www.wales.nhs.uk

O processo de busca realizado nas literaturas científica e cinzenta foi realizado de forma passível de reprodução para garantir a validade científica do método. Os títulos resultantes da busca na literatura científica foram exportados para o software EndNote online (Clarivate Analytics[®]) para o gerenciamento de referências e exclusão de duplicatas. Os resultados de ambas as literaturas foram armazenados em banco de dados no programa Microsoft Office Excel 2016, onde foram avaliados a partir dos critérios de elegibilidade.

3.6 CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS

Foram considerados aptos ao processo de classificação documentos em inglês, português, espanhol e francês. O período de tempo inicial foi definido a partir do ano 2000 e estendeu-se até o período da busca (dezembro de 2016). Critérios de seleção foram considerados de acordo com a natureza dos documentos e são descritos a seguir. Esta etapa foi realizada de forma individual por dois pesquisadores previamente calibrados. Os resultados foram comparados e as divergências debatidas e definidas por consenso.

3.6.1 Documentos Científicos

A busca nas bases dados resultou em 557 registros, que foram nomeados documentos científicos. Foram incluídos artigos científicos e, após a exclusão das duplicatas, os títulos, resumos e palavras-chave dos documentos resultantes foram lidos. Registros sem resumo ou sem relação com pergunta da pesquisa foram excluídos. Os 45 documentos científicos que responderam aos critérios de inclusão foram selecionados para leitura integral (Quadro 2). Destes, cinco documentos encontravam-se indisponíveis. Quatro documentos foram localizados de forma manual e um foi excluído por indisponibilidade após contato sem sucesso com os autores e a instituição responsável pelo documento. Outros 23 documentos foram excluídos por não se referirem à pergunta de pesquisa. Foram selecionados 21 documentos científicos para a extração de dados. O fluxo do processo pode ser observado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de busca e seleção dos documentos científicos.

3.6.2 Documentos Técnicos

Os registros resultantes da busca na literatura cinzenta foram nomeados documentos técnicos. Foram obtidos 225 registros através do buscador Google (Tabela 1) e 6 documentos através da busca em sites governamentais (um referente ao Canadá, quatro ao Reino Unido e um ao Brasil), chegando-se a um total de 231 registros. Foram considerados documentos governamentais, de entidades profissionais e de pesquisa, que possuíssem relação com a pergunta da pesquisa. Dissertações e teses não foram incluídas. Registros incompatíveis com os critérios de

seleção foram excluídos. A fim de garantir o rigor científico, os documentos deveriam ser construídos com referências da literatura, resultando em 33 documentos para leitura integral. Os 16 documentos que não se referiram à pergunta de pesquisa foram excluídos, resultando em 17 documentos técnicos selecionados para a extração de dados. O fluxo do processo pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma de busca e seleção dos documentos técnicos.

Os documentos científicos e técnicos selecionados tiveram suas listas de referências verificadas em busca de documentos relevantes ao tema de pesquisa que não tenham sido localizados pelas buscas realizadas. Quatro documentos técnicos foram identificados e incluídos, passando para a fase de extração de dados.

3.7 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Em razão da complexidade e ausência de procedimentos padronizados para a etapa de avaliação da qualidade metodológica nas revisões integrativas, seguiu-se as recomendações descritas por WHITTEMORE E KNALF (2005). Com base na pergunta de pesquisa, os documentos foram analisados de acordo com sua relevância, pertinência, clareza de apresentação, rigor do conteúdo e do referencial teórico adotado, e independência editorial. Para documentos técnicos, foi também realizada a análise da autoria, com o objetivo de identificar documentos apoiados por governos e entidades profissionais ou de pesquisa.

Documentos sem referencial teórico, com referencial teórico frágil ou com emprego duvidoso dos métodos foram considerados de baixo rigor metodológico e não foram selecionados para a fase de extração de dados. Os resultados da análise de conteúdo desta revisão integrativa foram discutidos com a literatura relevante ao tema de pesquisa.

3.8 AS CATEGORIAS DE ANÁLISE

Três categorias principais foram definidas previamente. A primeira, integralidade da assistência, buscou destacar diretrizes que asseguravam a oferta de serviços de saúde bucal de acordo com as necessidades da população. Com o decorrer da fase de leitura integral dos documentos, foram definidas as subcategorias (a) integralidade vertical e (b) integralidade horizontal, tomando-se como base formulações contidas em LAWN et al. (2008). Considerou-se integralidade vertical, diretrizes em que a prestação dos serviços de saúde bucal se dirigia a uma assistência

mais especializada, por meio dos níveis secundário e terciário de atenção, tendo como foco as doenças bucais e o seu tratamento. Por sua vez, a integralidade horizontal foi admitida para diretrizes cuja abordagem considerava o escopo da assistência abrangente, a fim de produzir e manter a saúde geral dos indivíduos, famílias e populações. Implicava, portanto, na colaboração entre áreas da saúde para além do campo da saúde bucal.

A segunda categoria, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, buscou identificar estas ações de modo distinto porque podem compreender um conjunto amplo de intervenções conforme o modelo de APS adotado em cada país. Assim como no caso anterior, subcategorias foram definidas com o decorrer da fase de leitura integral. A partir dos conceitos de AZEVEDO et al. (2012), as diretrizes de ações de promoção e prevenção foram consideradas intrasetoriais quando se referiam apenas ao setor saúde, e a execução se limitava aos profissionais de saúde bucal ou da equipe multiprofissional. Quando extrapolavam o campo da saúde através da articulação com outros setores do governo e sociedade, foram consideradas intersetoriais.

A terceira categoria, equipes de saúde bucal, buscou destacar as características e o perfil das equipes de saúde bucal, bem como de outros profissionais da atenção primária que realizavam atividades relevantes do ponto de vista da saúde bucal.

As categorias descritas formaram a matriz utilizada para a etapa de síntese dos dados. Dois pesquisadores realizaram esta etapa aplicando a matriz de síntese nos documentos de forma independente, e os resultados divergentes foram debatidos e definidos por consenso. Os dados foram dispostos em planilha Microsoft Office Excel 2016 para comparação e síntese do panorama conceitual.

4 RESULTADOS

Após as etapas de busca, exclusão de duplicatas, leitura de títulos e resumos (de documentos científicos), aplicação dos critérios de inclusão e exclusão iniciais, e leitura integral, realizou-se a seleção dos documentos que se adequaram a pergunta de pesquisa proposta. Nesta etapa, foram selecionados 38 documentos. Estes tiveram suas listas de referências verificadas, e mais quatro documentos técnicos de interesse foram identificados e incluídos. Sendo assim, 42 documentos compõem a análise de conteúdo desta revisão integrativa, e passaram para a fase de extração de dados. O percurso metodológico foi descrito no fluxograma de resultados (Figura 3).

Figura 3 – Fluxograma de resultados.

Dos documentos incluídos, 9 (21%) referem-se à Austrália, 5 (12%) ao Canadá, 4 (10%) à Nova Zelândia, 13 (31%) ao Reino Unido e 11 (26%) ao Brasil (Tabela 2). Quanto ao tipo de documentos incluídos, 21 foram científicos (50%) e 21 foram técnicos (50%).

Tabela 2 – Distribuição do número de documentos selecionados por país, de acordo com o tipo de literatura.

País	Documentos científicos	Documentos técnicos	N final de títulos
Austrália	2	7	9 (21%)
Canadá	1	4	5 (12%)
Nova Zelândia	2	2	4 (10%)
Reino Unido	7	6	13 (31%)
Brasil	9	2	11 (26%)
Total	21 (50%)	21 (50%)	42 (100%)

Quanto ao período de publicação, cinco foram publicados no período entre 2000 e 2004, oito entre 2005 a 2008, onze entre 2009 e 2012 e 18 entre 2013 e 2016 (Figura 4).

Figura 4 – Distribuição dos documentos selecionados, de acordo com o período de publicação.

A oferta de saúde bucal no sistema público de saúde variou entre os países, sendo comum a todos o mix público-privado. Na Austrália, o setor privado é a principal forma de acesso à saúde bucal, visto que o setor público oferece tratamentos limitados a emergências odontológicas e tratamentos básicos. A cobertura destes serviços varia de acordo com o território, sendo geralmente voltados a populações de risco, que detém cartões de concessão (*concession cards*). Seu financiamento pode ser totalmente público ou realizado através de copagamentos. (AUSTRALIA, 2004; COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013; AUSTRALIA, 2015; WESTERN AUSTRALIA DEPARTMENT OF HEALTH, 2016).

No Canadá, o setor privado se mantém como o principal responsável no acesso à saúde bucal. Diferente de outras áreas da saúde, essa não está incluída na legislação de saúde canadense (*Canada Health Act*), que controla os serviços públicos de saúde. Como não há diretrizes nacionais para estruturar a prestação de serviços pelos governos, os programas públicos variam de acordo com o território, e na maior parte dos casos cobrem crianças de estratos sociais menos privilegiados, através de serviços com foco no tratamento das doenças bucais (CANADA, 2013; ROWAN-LEGG et al., 2013; THE COLLEGE OF DENTAL HYGIENISTS OF NOVA SCOTIA, 2014).

Na Nova Zelândia, o cenário se repete – a maior parte do setor saúde bucal é controlada pelo setor privado, sendo os serviços públicos focados a públicos-alvo específicos, principalmente crianças e adolescentes. Variam de acordo com o território (JATRANA e CRAMPTON, 2009; JATRANA et al., 2009; MATHESON et al., 2013).

A forma de acesso à saúde bucal muda no Reino Unido e Brasil, onde, assim como a saúde geral, a saúde bucal é garantida como um direito. No Reino Unido, o direito ao acesso a um dentista está na constituição do NHS, no entanto, a cobertura

e a extensão dos serviços não é clara. Ademais, para maior parte dos serviços odontológicos públicos é cobrada uma taxa de copagamento. Apesar da crescente presença do setor privado na oferta de serviços de saúde bucal, este não é hegemônico devido às regulamentações públicas que está submetido. (PITTS, 2003; BATCHELOR, 2005; PAVITT et al., 2014; SIHRA e D'CRUZ, 2014).

No Brasil, o sistema de saúde público denominado Sistema Único de Saúde (SUS) também oferece acesso público aos serviços de saúde bucal de forma universal. Cobre serviços odontológicos básicos, que são oferecidos através da atenção primária, bem como alguns procedimentos de maior complexidade. Apesar do acesso universal, o setor privado é considerado hegemônico na oferta de serviços de saúde bucal. (BRASIL, 2004; NASCIMENTO et al., 2009; PUCCA JUNIOR et al., 2010). Por esta razão, NASCIMENTO et al. (2009) relatam dificuldades em garantir a universalidade efetiva da atenção à saúde bucal no SUS:

“Dentre as dificuldades encontradas, destacam-se: A universalidade da atenção à saúde bucal ainda não é uma realidade para todos os brasileiros. O modelo odontológico tradicional ainda persiste, dando ênfase ao mercado odontológico privado; essa é uma situação contraditória, pois 70% da população do país é composta por usuários do SUS” (NASCIMENTO et al., 2009, p. 241, tradução nossa).

A análise dos documentos mostrou divergências quanto à integração da saúde bucal no modelo de APS (Tabela 3). Para o Reino Unido e Brasil, todos os documentos consideram a saúde bucal como parte integrante da APS. Em documentos da Austrália, Canadá e Nova Zelândia, essa integração não está clara. Quando considerada, a saúde bucal exercida na APS é definida criticamente como focalizada, sendo a visão abrangente considerada uma recomendação comum para a

Tabela 3 – Distribuição dos documentos de acordo com autor, ano de publicação, tipo de documento, presença de saúde bucal como componente da APS, conceito de integralidade da assistência, conceito das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, e presença de descrição da equipe de saúde bucal.

Autor(es), ano de publicação	Tipo	Considera saúde bucal um componente da APS	Integralidade da assistência preconizada*	Ações de promoção e prevenção	Descreve equipe de saúde bucal
Austrália					
Australia, COAG Health Council, 2004	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Harford & Spencer, 2004	Documento científico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Commonwealth of Australia, 2013	Documento técnico	Não	Horizontal	Intersetorial	Sim
Crocombe et al., 2013	Documento técnico	Não	Horizontal	Intersetorial	Sim
The Public Health Association of Australia, 2014	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Thomas et al., 2014	Documento científico	Sim	Horizontal	Intrasetorial	Não aborda
Australia, COAG Health Council, 2015	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Parliament of Tasmania, 2016	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Não aborda
Western Australia Department of Health, 2016	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Canadá					
Canada, Fed., Prov., Territorial Dental Directors, 2005	Documento técnico	Não	Horizontal	Intersetorial	Sim
Chiefs of Ontario, 2013	Documento técnico	Não	Horizontal	Intersetorial	Sim
Canada, Fed., Prov., Territorial Dental Working Group, 2013	Documento técnico	Não	Horizontal	Intersetorial	Sim
Rowan-Legg et al., 2013	Documento científico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Não aborda
The College of Dental Hygienists of Nova Scotia, 2014	Documento técnico	Não	Horizontal	Intersetorial	Sim
Continua					

Continuação

Autor(es), ano de publicação	Tipo	Considera saúde bucal um componente da APS	Integralidade da assistência Preconizada*	Ações de promoção e prevenção	Descreve equipe de saúde bucal
Nova Zelândia					
Jatrana & Crampton, 2009	Documento científico	Não	Horizontal	Intersetorial	Não aborda
Jatrana et al., 2009	Documento científico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
New Zealand, Ministry of Health, 2010	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Matheson et al., 2013	Documento técnico	Não	Horizontal	Intersetorial	Sim
Reino Unido					
Wales Assembly Government, 2002	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Pitts, 2003	Documento científico	Sim	Horizontal	Intrasetorial	Sim
Batchelor, 2005	Documento científico	Sim	Horizontal	Intrasetorial	Sim
Hally & Pitts, 2005	Documento científico	Sim	Vertical	Intrasetorial	Não aborda
Scottish Executive, 2005	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Northern Ireland, Dept. Health, Soc. Serv. and Public Safety, 2006	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Northern Ireland, Dept. Health, Soc. Serv. and Public Safety, 2007	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Steele et al., 2009	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Harris & Bridgman, 2010	Documento científico	Sim	Vertical	Intrasetorial	Não aborda
Williams et al., 2010	Documento científico	Sim	Horizontal	Intrasetorial	Sim
Scotland, Chief Dental Officer, 2012	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Pavitt et al., 2014	Documento científico	Sim	Horizontal	Intrasetorial	Sim
Sihra & D'Cruz, 2014	Documento científico	Sim	Vertical	Intrasetorial	Sim

Continua

Continuação

Autor(es), ano de publicação	Tipo	Considera saúde bucal um componente da APS	Integralidade da assistência preconizada*	Ações de promoção e prevenção	Descreve equipe de saúde bucal
Brasil					
Brasil, Ministério da Saúde, 2004	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Fernandes & Peres, 2005	Documento científico	Sim	Vertical	Intersetorial	Não aborda
Mendonça, 2009	Documento científico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Não aborda
Nascimento et al., 2009	Documento científico	Sim	Horizontal	Intrasetorial	Sim
Chaves et al., 2010	Documento científico	Sim	Horizontal	Intrasetorial	Não aborda
Pucca Junior et al., 2010	Documento científico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Brasil, Ministério da Saúde, 2012	Documento técnico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Nascimento et al., 2013	Documento científico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Aguiar et al., 2014	Documento científico	Sim	Horizontal	Intrasetorial	Sim
Mattos et al., 2014	Documento científico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim
Scherer CI & Scherer MDA, 2015	Documento científico	Sim	Horizontal	Intersetorial	Sim

* Nota: As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças são consideradas parte do atributo integralidade da APS, contudo, foram analisadas em categoria separada para dar ênfase as suas características, visto que possuem destaque na literatura internacional.

reorganização do sistema. Os documentos de COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013 e CROCOMBE et al. (2013) descrevem esta situação: afirmam que os serviços públicos de saúde bucal são voltados a populações específicas (crianças, idosos, moradores rurais, população indígena local, portadores de deficiências, população de baixo status socioeconômico), e consideram estes os portadores da maior parcela dos agravos de saúde bucal. JATRANA e CAMPTON (2009) ampliam a questão, e mostram a partir de seus resultados que, na Austrália, Canadá e Nova Zelândia, assim como nos Estados Unidos, há ausência de ações de saúde bucal nos sistemas de saúde financiados de forma pública:

“Os adultos da Nova Zelândia foram os mais prováveis (37%) e os adultos do Reino Unido foram os menos prováveis (19%) a dizer que precisavam de cuidados dentários, mas não consultaram um dentista devido aos custos no ano passado. Os Estados Unidos (35%), Austrália (33%) e Canadá (26%) estavam entre os dois extremos. Os resultados desta pesquisa foram correlacionados com os sistemas de seguro dos países e as taxas de coparticipação. Com exceção do Reino Unido, os outros países não incluem atendimento odontológico no programa público básico. O acesso relativamente alto a atendimento odontológico no Reino Unido reflete o financiamento odontológico abrangente” (JATRANA e CRAMPTON, 2009, p. 7, tradução nossa).

Além disso, comentaram que a barreira para o acesso aos serviços de saúde bucal é muito maior do que para serviços médicos ou para a compra de remédios na Nova Zelândia, e que, apesar de melhorar a saúde bucal ser um

dos objetivos dos governantes incluído no contexto geral do setor saúde, este não faz parte das estratégias de ação primária (JATRANA e CRAMPTON, 2009).

No Canadá, o material mostra que a saúde bucal não é considerada integrada a outras áreas da saúde por não fazer parte do *Canada Health Act*, legislação federal responsável pelo seguro de saúde financiado pelo setor público (ROWAN-LEGG et al., 2013; THE COLLEGE OF DENTAL HYGIENISTS OF NOVA SCOTIA, 2014). Quando há oferta de serviços de saúde bucal pela APS, é feita através de procedimentos de prevenção e controle de agravos, voltados majoritariamente ao público infantil (com variações de acordo com o território), e/ou praticados por outros membros da equipe de atenção primária, como o médico pediatra, que, quando necessário, realiza o encaminhamento ao cirurgião dentista. (CANADA, 2005; ROWAN-LEGG et al., 2013)

A partir dessas constatações, algumas tendências que atuam sobre a organização do modelo de APS presente ou são descritas como recomendações foram identificadas. Os resultados foram sistematizados de forma narrativa através das seguintes categorias de análise: integralidade; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; e equipe de saúde bucal. As principais tendências de cada categoria são apresentadas na Tabela 4.

4.1 INTEGRALIDADE

A integralidade do ponto de vista da assistência foi abordada em sua dimensão horizontal pela maior parte dos documentos analisados (38/42). Nestes, a tendência mais observada foi considerar os serviços de saúde bucal

Tabela 4 – Distribuição das tendências encontradas segundo o número total de documentos por país.

Tendências encontradas nos documentos		Austrália (n=9)	Canadá (n=5)	Nova Zelândia (n=4)	Reino Unido (n=13)	Brasil (n=11)
Integralidade da assistência						
Saúde bucal inseparável da saúde geral		9/9	5/5	4/4	13/13	11/11
Integralidade vertical		9/9	5/5	4/4	13/13	11/11
Integralidade horizontal		9/9	5/5	4/4	10/13	10/11
Serviços de saúde bucal associados aos serviços de saúde geral		9/9	5/5	4/4	10/13	10/11
Construção de um sistema de dados integrados de saúde		6/9	4/5	2/4	12/13	3/11
Recomendam incentivo a pesquisa		5/9	5/5	4/4	5/13	3/11
Recomendam inclusão da saúde bucal na universalidade do sistema de saúde		4/9	1/5	1/4	x	x
Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças						
Enfatizam a necessidade de ações de promoção e prevenção		9/9	5/5	4/4	13/13	11/11
Ações de promoção e prevenção de doenças bucais integradas com saúde geral		8/9	5/5	3/4	7/13	7/11
Abordagem de fatores de risco comum		6/9	4/5	3/4	5/13	4/11
Ações intrasetoriais odontológicas		8/9	5/5	3/4	12/13	10/11
Ações intrasetoriais associadas a outras áreas da saúde		9/9	5/5	4/4	11/13	7/11
Ações intersetoriais		8/9	5/5	4/4	6/13	7/11
Fluoretação das águas de abastecimento		7/9	2/5	1/4	4/13	5/11
Equipe de saúde bucal						
Recomendam utilizar o escopo dos diversos profissionais de saúde bucal		5/9	3/5	1/4	11/13	7/11
Equipe de saúde bucal apoiada nos conceitos de APS		7/9	3/5	2/4	11/13	7/11
Equipe multiprofissional para abordagem interdisciplinar		5/9	3/5	2/4	9/13	7/11
Mudanças na formação dos profissionais de saúde		4/9	3/5	2/4	6/13	7/11
Profissionalização de indivíduos de populações específicas na área de saúde bucal		3/9	2/5	1/4	0/13	0/11

como parte integrante da saúde geral. Na Austrália, THOMAS et al. (2014) descreveram consenso quanto a presença de serviços de saúde bucal junto a outros serviços na APS:

"Ao considerar quais serviços de APS deveriam estar disponíveis para todos os australianos, independentemente de onde morassem, havia um consenso particularmente forte para 'cuidados com doentes e feridos', 'saúde materno-infantil', 'saúde bucal/dental' e 'serviços de saúde pública/prevenção de doenças' " (THOMAS et al., 2014, p. 7, tradução nossa).

Apesar de preconizar a dimensão horizontal da integralidade, esses documentos também descreveram a necessidade de serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, incluindo, assim, aspectos da dimensão vertical. Além disso, HARFORD e SPENCER (2004) mencionaram outros princípios da APS abrangente:

"(...) Fica claro que a prestação desses serviços precisa ser estruturada de uma forma que possa fornecer: um enfoque preventivo e de atenção à saúde bucal; serviços culturalmente apropriados; e capacidade incorporada para prestar assistência no local (por exemplo, em centros de saúde aborígenes, cuidados domiciliares com idosos, serviços de apoio aos sem-teto)" (HARFORD e SPENCER, 2004, p. 29, tradução nossa).

Na Nova Zelândia, foram mencionados esforços para impulsionar a integração da saúde bucal com outros programas de saúde em documentos técnicos governamentais (JATRANA et al., 2009). Ao analisar o documento *NHS Dentistry: Options for Change*, do Reino Unido, PITTS (2003) destacou a

importância de integrar os serviços de saúde bucal a outros serviços de saúde, a partir da construção de centros de saúde multidisciplinares, designados como “centros de saúde multicirúrgicos”, onde serviços odontológicos, médicos e farmacêuticos poderiam ser fornecidos em algumas áreas geográficas. No Canadá, observou-se a defesa de clínicas ampliadas e interdisciplinares, compostas por diversos profissionais de saúde, destinadas à oferta de cuidados de saúde bucal, vacinas, apoio à amamentação, triagem visual e auditiva, serviços de saúde sexual e serviços de saúde mental (CANADA, 2013).

No Brasil, a importância da integralidade horizontal da assistência foi citada por MENDONÇA (2009), que abordou conceitos de promoção e prevenção, incluídos em categoria específica do presente trabalho. Características da dimensão vertical ao considerar a assistência à saúde bucal em todos os níveis de atenção foram também comentadas.

A integralidade da assistência a partir da dimensão vertical foi preconizada em quatro documentos (4/42). É descrita como a organização de ações de saúde bucal em todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), de forma integrada e contínua, porém não necessariamente relacionadas a outros serviços de saúde. Nestes documentos, não houve menção aos aspectos da dimensão horizontal da integralidade. Especialistas têm utilizado desta abordagem ao descreverem propostas de pilotos e protocolos de atendimento odontológico para o NHS no Reino Unido (HALLY e PITTS, 2005; HARRIS e BRIDGMAN, 2010; SIHRA e D'CRUZ, 2014). A abordagem vertical foi também adotada por FERNANDES e PERES (2005) ao analisarem a associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos no Brasil.

Outras tendências presentes nos documentos foram: desenvolver a coleta de dados de saúde bucal integrada a um sistema de informação que represente a saúde geral; impulsionar inovações em pesquisa a fim de proporcionar avanços na área de políticas de saúde bucal; e expandir o sistema público de saúde a fim de assegurar o acesso universal à saúde bucal (com exceção do Reino Unido e Brasil, onde o acesso à saúde bucal é universal). Excertos que exemplificam essas tendências, bem como reforçam as descritas anteriormente, podem ser encontrados na seção de apêndices (Apêndice 1), em seu idioma original. Aspectos destoantes entre os documentos analisados são descritos a seguir.

Em relação à universalidade, divergências foram encontradas entre documentos australianos sobre a organização de um sistema de saúde universal que incorpore a saúde bucal no país. Recomenda-se a organização de um “*Denticare*” (nome dado em referência ao *Medicare*, pacote de serviços de saúde financiados de forma pública pelo governo australiano) a partir da APS (THE PUBLIC HEALTH ASSOCIATION OF AUSTRALIA, 2014). Destaca-se que há entusiasmo e movimentação social para esta organização. Entretanto, reconhece-se que esta seria uma ação de longo prazo e envolveria o setor público e privado, bem como uma análise mais profunda dos custos (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013).

Em contrapartida, outros documentos indicam que a provisão de serviços de saúde bucal financiados universalmente com fundos públicos não seria efetiva pelas características das doenças bucais. Estas tenderiam a ser crônicas, enquanto esquemas universais seriam otimizados para tratar doenças agudas, consideradas imprevisíveis e esporádicas (CROCOMBE et al., 2013). Como

alternativa, sugere-se uma abordagem que se aproxima do conceito de cobertura universal:

“Alguns argumentam que, como 65% a 70% da população pode acessar prontamente o atendimento odontológico sem a ajuda do governo, se os 30% a 35% da população, que acreditam não poder pagar pelo atendimento odontológico, receberem acesso adequado, isso alcançaria a disponibilidade universal de atendimento odontológico, independentemente da capacidade de pagamento das pessoas” (CROCOMBE et al., 2013, n.p.).

Outra proposta corresponde ao “Universalismo proporcional”. Baseados no princípio da equidade, os formuladores propõem que as ações do sistema de saúde sejam de caráter universal, variando em intensidade e escala de acordo com a desvantagem da população.

“A aplicação do conceito de universalismo proporcional à melhoria da saúde bucal significa que é necessária uma combinação de atividades universais e direcionadas. Todos devem receber algum apoio através de intervenções universais, enquanto grupos particularmente vulneráveis devem receber intervenções e apoio adicionais” (AUSTRALIA, 2015, p. 17, tradução nossa; WESTERN AUSTRALIA DEPARTMENT OF HEALTH, 2016, p. 17, tradução nossa).

Há também contradições quanto ao reembolso financeiro, que consiste na ação do governo reembolsar parte do valor gasto com serviços de saúde privados por um indivíduo, visando aumentar o acesso e desafogar os serviços públicos (AUSTRALIA, 2004). Enquanto esta ação foi considerada uma forma de ampliar o acesso à saúde bucal (AUSTRALIA, 2004), outros analistas

consideraram essa uma forma de transferir dinheiro público ao setor dos planos privados, favorecendo aqueles com melhores condições financeiras e de saúde bucal, e desamparando grupos que possivelmente necessitariam mais desses serviços (HARFORD e SPENCER, 2004). Recomendou-se que esta prática seja abolida, e o dinheiro público que era nela aplicado seja redirecionado a serviços de saúde bucal voltados a população de baixa renda (THE PUBLIC HEALTH ASSOCIATION OF AUSTRALIA, 2014).

O estudo brasileiro realizado por SCHERER C.I. e SCHERER M.D.A. (2015) mostrou as dificuldades que envolvem alcançar a integralidade no sistema de saúde. Segundo as autoras, estas poderiam estar relacionadas à polissemia e abrangência do conceito de integralidade, e pelos diversos componentes para sua efetividade.

“Dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema de saúde e de suas práticas. O estudo apontou que a integralidade é incipiente e com fragilidades a serem enfrentadas no trabalho das equipes da ESF. Essas análises podem estar associadas à polissemia e à abrangência do conceito de integralidade. Para sua efetividade, são necessárias clínica ampliada, integração de práticas individuais e coletivas e resolutividade com garantia de acesso e articulação com outros níveis de atenção. O trabalho em equipe influencia diretamente a integralidade” (SCHERER CI & SCHERER MDA, 2015, p. 9).

4.2 AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças descritas nos documentos possuem potencial de reduzir iniquidades pela capacidade de incidir

sobre os determinantes de saúde e doença. Um aspecto comum no conteúdo foi a necessidade da inserção da saúde bucal entre as ações de saúde geral:

“Os comportamentos de saúde são determinados não apenas pelo conhecimento (dos indivíduos), mas também por fatores sociais, culturais e econômicos. Esse reconhecimento da importância das condições econômicas e sociais em relação ao estilo de vida está no cerne da abordagem da promoção da saúde. (...) Ao focar ações preventivas em que um pequeno número de fatores de risco afetam um grande número de doenças, a eficácia e a eficiência podem ser aumentadas. Para isso, a promoção da saúde bucal precisa estar vinculada à promoção da saúde geral em nível estratégico” (NORTHERN IRELAND, 2007, Reino Unido, p. 6-7, tradução nossa).

“O apoio à ‘saúde pública/prevenção de doenças’ reflete o reconhecimento da importância de serviços que tragam efeito sobre a população total, que se concentrem na prevenção e detecção precoce de problemas de saúde e que possam abordar os determinantes sociais da saúde” (THOMAS et al., Austrália, 2014, p. 7, tradução nossa).

Dada a natureza evitável da maioria das doenças bucais, se não todas, as razões para mudar o foco das políticas e programas de saúde bucal do tratamento para a prevenção são claras. (...) Educação e prevenção clínica devem ser combinadas com políticas progressivas de saúde bucal, mudança organizacional, ação comunitária, legislação e defesa de direitos para abordar os determinantes da saúde bucal e alcançar melhores resultados de saúde bucal para todos os membros da sociedade” (THE COLLEGE OF DENTAL HYGIENISTS DE NOVA SCOTIA, Canadá, 2014, p. 9, tradução nossa).

Entre as propostas para a organização das ações, destacou-se a abordagem de fatores de risco comuns:

“A saúde bucal e a saúde geral estão intimamente relacionadas e possuem riscos e causas comuns. A abordagem de fatores de risco comuns atua sobre fatores de risco comuns a muitas condições crônicas dentro do contexto socioambiental mais amplo. (...) Os sistemas de seguridade social, saúde e educação trabalham juntos para apoiar a aplicação do Plano de Saúde Bucal Estadual (*State Oral Health Plan*) na prática” (WESTERN AUSTRALIA DEPARTMENT OF HEALTH, Austrália, 2016, p. 17-8, tradução nossa).

“Saúde e doenças bucais sofrem impacto da dieta, higiene, tabagismo, uso de álcool, estresse e trauma. Como esses fatores de risco são comuns a várias outras doenças crônicas, a adoção de uma abordagem colaborativa seria mais racional do que aquela que considera as doenças isoladamente” (JATRANA et al., 2009, Nova Zelândia, p. 48-9, tradução nossa).

“Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes” (BRASIL, 2004, p. 11).

De acordo com as características das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, duas subcategorias foram definidas – intrasetoriais e intersetoriais. As ações intrasetoriais foram descritas apenas em documentos científicos, destacando-se ações voltadas à saúde bucal (aplicação

individualizada de flúor, profilaxia, higiene bucal supervisionada, aconselhamento):

“(...) procedimentos realizados na atenção básica, entre preventivos (limpeza, higiene bucal supervisionada e aplicação de flúor) e curativos (restauração e exodontias)” (CHAVES et al., 2010, Brasil, p. 4).

“(...) (Com base nas informações do paciente) O tratamento preventivo baseado em evidências e as intervenções podem ser fornecidos. O software também formulará uma ou mais consultas de Cuidados Interinos (*Interim Care appointments*). Essas podem envolver tratamento preventivo e/ou aconselhamento, ao invés de (ou bem como) tratamento para a cárie dentária (por exemplo, aplicação de flúor, prescrição de flúor mais concentrado)” (SIHRA e D’CRUZ, 2014, Reino Unido, p. 10, tradução nossa).

Também foram mencionadas ações sob o enfoque interdisciplinar, que envolvem profissionais de outras áreas do setor saúde:

“Este modelo (de sistema de saúde) também prevê que a odontologia seja incluída em programas de estilos de vida saudáveis e no programa de melhoria e modernização da saúde, (...) bem como a expansão do papel da odontologia em programas de controle do tabagismo e exames de pressão arterial” (PITTS, 2003, Reino Unido, p. 634, tradução nossa).

A subcategoria de ações intersetoriais englobou ações que dependem de outros setores do governo e sociedade para além do setor saúde. Dentre elas foram mencionadas: fluoretação das águas de abastecimento; ações educativas em saúde; políticas sociais; políticas que promovam alimentação saudável;

atuação dos setores agrícola, industrial, de transportes, educação e mídia em parceria com o setor saúde. A fluoretação foi a ação de maior ênfase nos resultados, que descreveram esforços para manter e ampliar seu alcance. Estas tendências podem ser observadas nos excertos a seguir.

“Para alcançar melhorias e reduzir desigualdades em saúde, investimentos devem ser feitos em uma abordagem transversal que envolverá não apenas os serviços de saúde, mas também, entre outros, os setores de educação, habitação, economia e transporte. O objetivo é produzir serviços odontológicos de atenção primária integrados, efetivos, acessíveis, modernos e eficientes que não apenas garantam a saúde bucal, mas também previnam doenças bucais e gerais” (NORTHERN IRELAND, 2007, Reino Unido, p. 2-3, tradução nossa).

“Na odontologia, a extensão da fluoretação da água faz parte disso (colocar a saúde bucal no contexto de desenvolvimentos mais amplos de saúde pública e política) e deve conferir um benefício a todas as idades, mas é apenas uma parte. Existe uma responsabilidade mais ampla, e é importante que a saúde bucal seja incorporada em iniciativas gerais de saúde pública de uma forma holística. (...) Há várias oportunidades para incorporar a saúde bucal na saúde pública: campanhas nacionais em torno de comportamentos preventivos para apoiar os pacientes a assumir maior responsabilidade por sua própria saúde; monitorar e promover bons comportamentos de saúde bucal ao lado de programas de redução de álcool e redução do tabagismo; reconhecendo os riscos comuns compartilhados com as principais doenças bucais (cáries, doenças gengivais e câncer bucal); e definir ações para criar um ambiente mais saudável (por exemplo, trabalhar com a indústria de alimentos para reduzir os níveis de açúcar)” (STEELE et al., 2009, Reino Unido, p. 52-3, tradução nossa).

“As ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas. A intersetorialidade neste sentido implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social” (BRASIL, 2004, p. 6).

Isso leva à prioridade da prevenção de doenças bucais, que é a ligação com outras atividades de promoção da saúde. Deve incluir a participação de profissionais de saúde bucal em estratégias para melhorar o atendimento pré-natal, reduzir a prevalência do tabagismo e reduzir o impacto do gradiente social na saúde bucal. O controle significativo das doenças bucais requer cooperação entre as agências do setor da saúde e entre o setor da saúde e outros setores. Profissionais de saúde individuais ou organizações que representem as profissões devem, portanto, construir alianças para assegurar o sucesso de tais políticas para melhorar a saúde bucal. (HARFORD E SPENCER, 2004, Austrália, p. 366, tradução nossa).

Outras ações descritas na Austrália foram: aplicação de selantes; uso de gomas de mascar livres de açúcar; utilização de protetor bucal para prática de esportes; aleitamento materno (CROCOMBE et al., 2013). No Canadá, foi também descrito o controle da microbiota de pais e responsáveis por recém-nascidos (ROWAN-LEGG et al., 2013). Excertos que exemplificam estes achados e reforçam as tendências descritas encontram-se na seção de apêndices (Apêndice 2), em seu idioma original. Aspectos destoantes entre os documentos analisados são descritos a seguir.

O fato da Irlanda do Norte não possuir água de abastecimento fluoretada no período de 2006 parece ter afetado o desenvolvimento da política de atenção

primária voltada a saúde bucal, que focou em ações preventivas individualizadas (NORTHERN IRELAND, 2006). Mesmo com esta constatação, a fluoretação não aparece como recomendação neste documento, sendo encontrada a partir do documento *An Oral Health Strategy for Northern Ireland*, de 2007:

“Como é a maneira mais eficaz, econômica e equitativa de melhorar a saúde bucal da população, o Departamento de Saúde, Serviços Sociais e Segurança Pública trabalhará em parceria com outras partes interessadas para examinar a viabilidade da fluoretação do abastecimento público de água da Irlanda do Norte” (NORTHERN IRELAND, 2007, p. viii, tradução nossa).

Uma percepção comum reportada por alguns pesquisadores diz respeito à dificuldade em traduzir o conceito da promoção da saúde para o terreno das práticas, principalmente quando ações intersetoriais são necessárias. PITTS (2003) constatou que “A odontologia na atenção primária como existe atualmente (serviços odontológicos comunitários, serviços odontológicos pessoais e serviços odontológicos gerais) precisa ser integrada” (p. 634). NASCIMENTO et al. (2009) e MATTOS et al. (2014) reforçaram:

“(...) a importância de se investir na ampla redefinição da categoria analítica de “promoção da saúde”. A promoção da saúde deve ser incorporada como prática rotineira na Odontologia em Saúde Coletiva, substituindo a prática clínica isolada pela prática clínica ampliada” (NASCIMENTO et al., 2009, p. 461, tradução nossa).

“A intersetorialidade materializa-se em atividades no nível local, porém sua articulação deve se dar em todos os níveis de

governo. (...) Apesar de avanços político-administrativos, reconhecem-se dificuldades para adequar o modelo de atenção aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e maior integralidade das práticas” (MATTOS et al., 2014, p. 378-9).

A inserção do componente saúde bucal em propostas intersetoriais foi modestamente destacada em um documento do Parlamento de uma província australiana, mencionando a utilização da abordagem preventiva no sistema de saúde do ponto de vista da saúde geral (PARLIAMENT OF TASMANIA, 2016). Quando se parte da visão da saúde geral, as ações voltadas à saúde bucal receberam pouco destaque. O componente saúde bucal foi brevemente descrito dentro do tópico “Foco atual de tratamentos comparado ao foco na prevenção” (p. 54 e 55). Difere de outras áreas como a saúde mental e nutrição, que além de descrições mais robustas, receberam recomendações sobre a forma de organização de ações preventivas.

4.3 EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

A equipe de saúde bucal (ESB) foi mencionada em 33 documentos. Uma das tendências encontradas foi a necessidade de adotar os serviços de uma equipe de saúde bucal que utilize de forma eficaz o escopo profissional de todos os seus integrantes, que variam, entre outros aspectos, de acordo com a configuração do sistema de saúde. Um exemplo do que acontece no Reino Unido foi descrito pelo SCOTTISH EXECUTIVE (2005):

“Serviços de saúde bucal são executados através de diversas configurações, com a potencialidade de entrada de uma ampla gama de profissionais de saúde bucal: dentistas, “terapeutas e higienistas dentais” (*therapists and hygienists*), “enfermeiras dentais” (*dental nurses*), recepcionistas/gerenciadores (*receptionist/managers*) e “técnicos em prótese dentária” (*dental technicians*). Cada um tem um papel fundamental a desempenhar na prestação de cuidados ao paciente e há um consenso de que maximizar o potencial da equipe odontológica é de importância crítica na abordagem da melhoria da saúde bucal e da melhoria dos serviços odontológicos na Escócia” (SCOTTISH EXECUTIVE, 2005, p. 4, tradução nossa).

Tem sido recomendada uma equipe de saúde bucal integrada e orientada pelos princípios da APS. NASCIMENTO (2013) apontou que o sistema de saúde brasileiro (SUS) se destaca de outros países pela sua política de atenção primária, sendo a integração da equipe de saúde bucal na APS um desses motivos:

“(…) No campo das políticas de atenção primária em saúde bucal, (o SUS) apresenta algumas características que se destacam dos sistemas de saúde de outros países: (...) Inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, a escolha brasileira para reorganizar a APS e fortalecer a prática interdisciplinar, que tem sido muito procurada pela odontologia e suas entidades representativas em todo o mundo. (...); Em consonância com os princípios da abordagem da APS, a equipe de saúde bucal na atenção primária é eleita o primeiro contato preferencial entre os pacientes e os serviços de saúde, o que otimiza os custos financeiros e busca melhorar o acesso de pacientes” (NASCIMENTO et al., 2013, p. 241, tradução nossa).

Uma das descrições mais recorrentes foi a constituição de uma equipe capaz de atuar sobre as questões de saúde bucal que vá além dos profissionais com formação na área, favorecendo o enfoque interdisciplinar. Na Austrália, documentos oficiais exemplificaram a gama de profissionais que podem colaborar na atenção à saúde bucal:

“A equipe de saúde ampla que contribui para a saúde bucal engloba aqueles que estão envolvidos na prestação de cuidados médicos, exames de saúde, serviços de cuidados pessoais, educação, nas estratégias de promoção da saúde e nos protocolos de encaminhamento. Isto inclui: profissionais de saúde de comunidades locais (*Aboriginal and Torres Strait Islander health practitioners and health workers*), educadores de diabetes, nutricionistas (*dieticians and nutritionists*), parteiras, enfermeiras de saúde materna e infantil, clínicos gerais, médicos especialistas, enfermeiros registrados, fonoaudiólogos, outros profissionais do cuidado e educadores para os mais velhos, com necessidades especiais e na primeira infância. Esta força de trabalho de saúde mais ampla pode desempenhar um papel importante na promoção da saúde bucal, aconselhamento dietético e prevenção de doenças de forma não invasiva. Na maioria dos casos, a força de trabalho de saúde mais ampla terá mais contato com o paciente, incluindo interações mais frequentes com grupos de população prioritária” AUSTRALIA, 2015, p. 41, tradução nossa; WESTERN AUSTRALIA DEPARTMENT OF HEALTH, 2016, p. 36, tradução nossa).

ROWAN-LEGG et al. (2013) citaram a importância do médico de família ou pediatra terem conhecimentos de saúde bucal, visto que estes profissionais acabam sendo geralmente os primeiros a ter contato com os pacientes infantis e as enfermidades bucais.

“Como o contato com um médico de família ou pediatra geralmente ocorre mais cedo do que a primeira visita de uma criança a um dentista, os prestadores de cuidados primários desempenham um papel fundamental na promoção da saúde bucal em crianças. Eles devem ter conhecimento sobre a cariologia e a prevenção de doenças bucais, ser capazes de identificar crianças com alto risco de doenças e fornecer orientações antecipadas para as famílias. Muitas vezes, eles também devem lidar com as complicações sistêmicas da cárie dentária não tratada” (ROWAN-LEGG et al., 2013, p. 41, tradução nossa).

Frente a isso, nota-se que o desenvolvimento de uma equipe multiprofissional sob os princípios da APS que seja capaz de atuar sobre a saúde bucal representa um importante desafio, que envolve desde a formação dos profissionais até os processos de educação permanente destinados aos trabalhadores vinculados ao sistema de saúde:

“O treinamento e o desenvolvimento profissional para os profissionais de saúde bucal devem refletir as competências necessárias para atender às necessidades das populações prioritárias. Também é uma prioridade assegurar a capacidade da força de trabalho de saúde bucal existente e futura de trabalhar como parte de equipes multiprofissionais, a fim de que as habilidades de toda a força de trabalho de saúde bucal sejam usadas de forma eficiente e eficaz para atender à demanda. (...) A inclusão de unidades de saúde bucal em programas universitários para profissionais de saúde (fora da área de saúde bucal) é necessária para aumentar a compreensão das relações entre saúde bucal e saúde geral, para apoiar a integração dos cuidados e melhorar resultados de saúde” (AUSTRALIA, 2015, p. 41-2, tradução nossa; WESTERN AUSTRALIA DEPARTMENT OF HEALTH, 2016, p. 38-40, tradução nossa).

Na Austrália, algumas questões específicas mereceram destaque quanto à descrição das equipes, como a importância de incentivos para a profissionalização de indivíduos da comunidade indígena australiana, buscando garantir a ênfase em um sistema de saúde que considere as características culturais de sua população (HARFORD e SPENCER, 2004; AUSTRALIA, 2015; WESTERN AUSTRALIA DEPARTMENT OF HEALTH, 2016). Em documento publicado pelo Ministério da Saúde da Nova Zelândia, a recomendação se repete: “Diretores de saúde bucal serão incentivados a contratar prestadores de serviços de saúde bucal da *População Maori e do Pacífico*, que realizarão serviços de saúde bucal” (NEW ZEALAND, 2010, p. 14, tradução nossa). Representantes das nações indígenas no Canadá recomendam que os incentivos às profissões que envolvem a saúde bucal devem ser iniciados desde cedo:

“(...) As Primeiras Nações do Ontário também devem ser informadas e receber apoio, desde cedo, para buscar oportunidades de carreira dentro da profissão odontológica, a fim de aumentar sua capacidade de recursos humanos e de saúde” (CHIEFS OF ONTARIO, 2013, p. 21, tradução nossa).

Alguns documentos mostraram que o escopo de atuação dos profissionais de saúde bucal pode ser alvo de divergências. Na Austrália, propõe-se a atuação de trabalhadores de nível médio de forma independente ao cirurgião-dentista (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013). Visitar um técnico de saúde bucal higienista dental sem a prescrição do dentista é uma realidade no Canadá (THE COLLEGE OF DENTAL HYGIENISTS OF NOVA SCOTIA, 2014) e no Reino Unido (SCOTLAND, 2012). As novas regulações e o aumento do escopo de

prática das profissões complementares fazem com que os autores projetem um possível excesso no número de cirurgiões-dentistas que atuam na clínica geral, visto que uma parte das atividades providas por eles poderia ser realizada pelos trabalhadores de nível médio: “Atualmente, a previsão é de que pode haver excesso de oferta de dentistas clínicos gerais do NHS, considerando a potencial contribuição dos terapeutas dentais” (SCOTLAND, 2012, p. 42, tradução nossa). Segundo algumas pesquisadoras, isto poderia causar uma diminuição na procura por dentistas pelas diferenças nos encargos e custos da força de trabalho (SIHRA e D'CRUZ, 2014). No Brasil, a relação entre dentistas e técnicos de saúde bucal na APS é complexa, sendo marcada tanto por cooperação quanto por conflitos, conforme diferentes interesses e projetos que afetam a prática da equipe de saúde bucal.

“Os resultados mostram que as relações entre gestores, cirurgiões dentistas e técnicos em saúde bucal são bastante complexas. As narrativas indicam relações interprofissionais marcadas tanto pela cooperação quanto pelo conflito, e refletem a existência de um espaço de ação onde investimentos definidos ocorrem entre os agentes (gestores e profissionais de saúde bucal), e entre os agentes e a organização dos serviços, mediados por diferentes conflitos de interesse e projetos.” (AGUIAR et al., 2014, p. 1566, tradução nossa).

5 DISCUSSÃO

A revisão integrativa apresentada permitiu identificar diretrizes de saúde bucal nas políticas de APS na Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido e Brasil. Tendências foram encontradas, entre as quais destacam-se: considerar saúde bucal como parte inseparável da saúde geral; organizar um sistema de saúde onde a saúde bucal faça parte da APS; realizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, preferencialmente através da abordagem de fatores de risco comuns; e a formação de equipes de saúde multiprofissionais que favoreçam uma abordagem interdisciplinar. Essas tendências são compatíveis com as divulgadas pela OMS (PETERSEN, 2003). Seguem também as estratégias de ação definidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a renovação da APS (OMS, 2007).

No que pesem essas diretrizes, a integração efetiva da saúde bucal nas políticas de APS ainda se mantém um importante desafio, principalmente na Austrália, Canadá e Nova Zelândia. Conceitos como o de universalidade proporcional parecem perseguir os princípios de equidade, porém ainda são insuficientes para a organização de um modelo de APS abrangente nesses países em decorrência da dificuldade de operacionalização. No Reino Unido, os resultados mostram que a atenção à saúde bucal é oferecida pelo NHS. No entanto, mesmo com uma gama de procedimentos predefinidos, a extensão dos serviços ainda depende dos profissionais, que em grande parte, trabalham de forma independente, havendo necessidade de mais esforços para se obter uma integração total da saúde bucal com a APS (BRITISH DENTAL ASSOCIATION, 2009). No Brasil, as diretrizes reforçam a integração da saúde bucal na política

de APS, entretanto, as políticas são implementadas em nível local e em um contexto conflitivo que envolve diferentes projetos de modelo de atenção (AGUIAR et al., 2014). A necessidade de superar os desafios e fortalecer a saúde bucal na APS a fim de diminuir a prevalência de doenças bucais é reconhecida na literatura (HONKALA, 2014).

A integração dos cuidados de saúde é uma resposta ao avanço das doenças crônicas e do aumento das comorbidades. É um processo complexo e com diversas abordagens, que depende de múltiplos componentes para ser efetivo, entre eles a organização da gestão e dos serviços de acordo com as necessidades das populações (WHO, 2016). A integralidade da assistência à saúde bucal foi descrita na maioria dos documentos analisados através da dimensão horizontal, indicando a busca da integração dos serviços de saúde bucal com outros serviços de saúde. A dimensão vertical da integralidade foi priorizada em poucos documentos, entretanto, acaba sendo parte da abordagem horizontal quando preza pelas ações assistenciais em todos os níveis de atenção. A combinação dessas dimensões visando a integração a nível de sistema é capaz de aprimorar a oferta dos cuidados de saúde de acordo com os atributos da APS (VALENTIJN et al., 2013). Todavia, a persistência de práticas clínicas tradicionais focadas na doença podem trazer dificuldades na reorganização do modelo de atenção (SCHERER C.I. e SCHERER M.D.A., 2015).

Entre as diretrizes, foi comum a menção às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Deslocam o foco das práticas de um modelo hegemônico orientado para o tratamento da doença, para um novo modelo voltado à produção da saúde no âmbito do indivíduo, das famílias e

comunidades. A maior ênfase às ações preventivas e de promoção da saúde é uma recomendação do *World Oral Health Report 2003*, pois são consideradas as estratégias mais custo efetivas e capazes de reduzir iniquidades em saúde bucal a nível mundial (PETERSEN, 2003, 2008, 2014). Destaca-se também a abordagem de fatores de risco comuns como forma de ação para promoção da saúde bucal. Esta abordagem busca os riscos mais comuns para doenças crônicas, incluindo as bucais, e atua de forma ampliada no ambiente social (SCHWAB, 2014). Entre os fatores de risco comuns, consideram-se: consumo de tabaco, consumo excessivo de álcool, status nutricional e dieta pobre em nutrientes, higiene deficiente, sendo estes afetados por fatores ambientais e econômicos (KANDELMAN, 2008), tendência também encontrada nos resultados. Das ações intrasetoriais, a participação dos profissionais de saúde bucal na redução do consumo de tabaco, nos programas de prevenção à obesidade e na aferição da pressão cardíaca se destacaram. Dentre as ações intersetoriais, a fluoretação das águas de abastecimento continua sendo a mais descrita, justificada por ser a mais custo-efetiva e capaz de reduzir iniquidades (PETERSEN, 2008). As ações em parceria com o setor educacional foram também frequentes. Análises descritas na literatura, como a de TOOHER et al. (2017) ao estudar a colaboração intersetorial entre programas de imunização, saúde bucal e promoção da saúde em ambiente escolar, sugerem que estas ações são efetivas, porém os setores participantes devem quebrar barreiras a fim de entender o seu contexto operacional a partir do ponto de vista intersetorial, utilizando-se da comunicação e das relações interpessoais para garantir a construção e a sustentabilidade dos programas. Estratégias para ações integradas de promoção da saúde e prevenção de doenças bucais com outros

setores fazem parte da agenda da OMS reafirmada na 60ª Assembleia Mundial da Saúde (WHO, 2007), e constituem fortes tendências nos documentos técnicos.

Integrar a equipe de saúde bucal como parte da equipe multiprofissional é indispensável para a reorganização do modelo de saúde. A utilização de equipes multiprofissionais foi uma tendência recorrente nos documentos analisados, visto que, quando interagem de forma a desfazer barreiras profissionais, são capazes de entregar serviços adequados às necessidades de saúde dos indivíduos. Houve destaque à inserção dos trabalhadores de nível médio na equipe, e a literatura mostra que há grande variação não só no escopo, mas também na designação, oferta, formação, regulamentação e remuneração desses profissionais a nível mundial (JOHNSON, 2009). A utilização dessa força de trabalho é recomendada no *World Oral Health Report 2003*, e representa a forma mais custo-efetiva para aumentar o acesso a saúde bucal (NASH et al., 2014). Entretanto, a inserção desses profissionais na ESB pode diminuir a colaboração e aumentar a competição entre profissionais (AGUIAR et al., 2014).

Disso, decorre uma importante preocupação quanto à aptidão dos profissionais ao trabalho sob uma abordagem interdisciplinar. É descrito na literatura a complexidade em se consolidar a relação interprofissional. Dividir o espaço físico não é garantia de colaboração interprofissional efetiva (LAWN et al., 2014). Para que a interação profissional resulte em cooperação, devem ser considerados os diferentes processos históricos profissionais, bem como processos políticos, sociais e pessoais que transpassam esse fenômeno (MATUDA et al., 2013). São necessárias reestruturações que se iniciem na formação dos profissionais de saúde, para que estejam aptos a trabalhar com

práticas que vão ao encontro dos princípios da APS. Este campo vem ganhando destaque, como mostra a revisão integrativa produzida por DALAZEN et al. (2018), onde houve elevado interesse dos pesquisadores em temas ligados aos processos de trabalho da ESB na APS brasileira e ao seu perfil profissional. Outro destaque é dado à proposta de educação permanente em saúde. Reconhecida pela OMS, foi descrita por alguns documentos analisados como forma de transformar a relação dos profissionais de saúde de acordo com as diversas demandas a que são submetidos. É também complexa pois envolve profissionais de saúde, agências educadoras e gestão, necessitando de uma clara orientação de acordo com os princípios da APS para que seja capaz de produzir mudanças efetivas no cuidado à saúde (MICCAS e BATISTA, 2014).

É importante reiterar que os sistemas de saúde e suas formas de organização são reflexos das estruturas sociais, políticas e institucionais e suas dinâmicas (MOYSÉS e GOES; 2012), o que pode ser observado nas diferenças estruturais quanto a saúde bucal nos países estudados, mesmo todos adotando características universais em certo nível. Não há um consenso para as questões que envolvem a prestação de serviços saúde bucal de forma pública, principalmente com o fortalecimento dos princípios de liberalização econômica e o aumento da austeridade fiscal observado nos últimos anos. No entanto, as políticas baseadas em perspectivas teóricas igualitaristas e de contrato social tendem a trazer benefícios para toda a sociedade, principalmente para os grupos mais vulneráveis (DHARAMSI e MACENTEE, 2002).

Para os países onde a integração da saúde bucal nas políticas de APS ainda não é uma realidade, considera-se ideal que, a longo prazo, governos e entidades comprometam-se em organizar políticas para a universalidade da

saúde bucal seguindo o modelo adotado para outras áreas da saúde, reafirmando que esta é parte inseparável da saúde geral. Este preceito é constante nos documentos que buscam orientar as políticas globais de saúde bucal, como Declaração de Berlim, de 1995, e a Declaração de Liverpool, de 2005 (PETERSEN, 2008). No entanto, analisando a Declaração de Liverpool, MARTÍNEZ e ALBUQUERQUE (2017) consideraram que o documento falha em orientar o papel do Estado na defesa do direito à saúde bucal, principalmente quando não prevê ações que atuem sobre os indicadores socioeconômicos, corroborando à não-efetivação de seus objetivos. MATHUR et al. (2015) indicam que o debate sobre a cobertura universal em saúde preconizada pela OMS pode auxiliar na entrada da saúde bucal em uma agenda internacional mais ampla. Todavia, conceitos como o de cobertura universal e políticas de reembolso financeiro são controversos, pois podem desviar a criação de um modelo público universal de saúde, como descrito nos resultados deste trabalho. Enquanto a cobertura inicial permite a redução do financiamento público da saúde pelos governos ou a disponibilização de serviços específicos e mínimos de saúde, o reembolso financeiro pode ser considerado uma forma de transferência de dinheiro público ao setor privado. Análises comparativas podem evidenciar as formas de organização desses sistemas e são de interesse para subsidiar a tomada de decisão em saúde pública (NEUMANN e QUINONEZ; 2014).

O número de documentos sobre o tema abordado ainda é relativamente pequeno, principalmente em países onde a saúde bucal não é considerada parte do sistema de saúde público e universal. No entanto, a literatura mostra o crescimento de publicações relacionadas a políticas públicas de saúde bucal, como observado no Brasil. Este pode estar relacionado ao incentivo técnico e

financeiro do Ministério da Saúde à pesquisa no país em 2007, que inseriu a saúde bucal como um dos temas prioritários na área (BRASIL, 2010). Este crescente nas publicações sobre políticas de saúde bucal foi também descrito por ANTUNES et al. (2016) ao analisar a produção científica do tema no periódico brasileiro Revista de Saúde Pública.

Este estudo possui limitações. A comparação de sistemas de saúde é complexa, justamente pelas particularidades que os envolvem. No entanto, análises comparativas são necessárias para evidenciar diferenças e semelhanças no tema, e a descrição narrativa é uma forma de elucidar contextos e permitir que o leitor tenha clareza do mecanismo que envolve os resultados. O método da revisão integrativa permite a inclusão de estudos de diferentes modelos, o que pode tornar-se um desafio para a validade científica do estudo (WHITTEMORE e KNALF, 2005). A utilização do percurso metodológico recomendado na literatura e a descrição explícita das etapas e das tomadas de decisão buscou minimizar o efeito destas. A linguagem não foi uma barreira, visto que a totalidade dos documentos encontrados foram escritos em português, inglês e espanhol.

Estudos relacionados ao tema e ao método utilizado estão disponíveis na literatura. HARNAGEA et al. (2017) analisaram as barreiras e facilitadores na integração da saúde bucal na APS através do método *scoping review*. Este busca realizar um mapeamento da literatura sobre o tema, geralmente através de perguntas de pesquisa de maior amplitude (ARKSEY e O'MALLEY, 2007). O mesmo método é utilizado por HARNAGEA et al. (2018) ao descrever políticas e modelos de integração de saúde bucal na APS. O protocolo utilizado em ambas as pesquisas foi publicado por EMAMI et al. (2016). Diferem-se do presente

estudo pelo método de revisão utilizado, pela amplitude da pergunta de pesquisa e pelo foco dado na análise dos resultados. A revisão integrativa parte de perguntas de pesquisa mais específicas sobre o tema de interesse, propiciando um processo de revisão com foco definido (WHITTEMORE e KNAFL; 2005), o que justificou a seleção dos países e das categorias de análise realizadas neste. NASCIMENTO (2013) utiliza o método de revisão integrativa para analisar os avanços e desafios da saúde bucal no contexto da APS. Distingue-se pelo foco dado ao estudo, que analisou exclusivamente o cenário brasileiro.

O reconhecimento da pesquisa como base para a formulação de políticas de saúde bucal a nível global é descrito por PETERSEN (2009). Considera-se, então, a relevância desta pesquisa para o campo da saúde pública, com ênfase na saúde bucal, pela análise comparativa de caráter internacional frente ao tema, que reuniu documentos científicos e técnicos responsáveis por orientar políticas públicas de saúde bucal nos países estudados através de método científico baseado em evidências.

6 CONCLUSÃO

Quarenta anos após a publicação da Declaração de Alma-Ata pela OMS, nota-se que a integração da saúde bucal nas políticas de APS continua representando um importante desafio. O conteúdo dos documentos incluídos nesta revisão revelou que existem recomendações nos cinco países para que essa diretriz seja seguida. As formulações no Reino Unido e Brasil, sugerem que a integração da saúde bucal nas políticas de APS estão em estágio mais avançado do que na Austrália, Canadá e Nova Zelândia, onde ainda persistem dificuldades na implementação da saúde bucal como parte do sistema de saúde público e universal.

Frente aos aspectos conceituais que norteiam as diretrizes, observou-se nos documentos analisados maior destaque à integralidade da assistência de forma horizontal, através da relação entre serviços odontológicos e outros programas e/ou modalidades de assistência. A dimensão vertical da integralidade, que diz respeito a relação com serviços mais especializados, foi menos ressaltada, sugerindo a predileção por uma abordagem onde a saúde bucal participa em sincronia com outras áreas da saúde na provisão da assistência.

Políticas e ações intersetoriais orientadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças parecem ser um meio efetivo para a inserção da saúde bucal no contexto da saúde geral e dos outros setores que com ela interagem. A fluoretação das águas de abastecimento é a ação mais reconhecida. Ações em conjunto com o setor de educação são consagradas, enquanto a interação com outros setores se mostra mais complexa e recebeu menor atenção. A abordagem

de fatores de risco comuns é mencionada como um importante conceito para orientar o planejamento das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

A formação de equipes multiprofissionais capazes de atuar com enfoque interdisciplinar de acordo com os princípios da APS foi uma recomendação recorrente. Ênfase na participação de trabalhadores de nível médio nas equipes é compartilhada nos cinco países selecionados. Reconhece-se a presença de importantes desafios e necessidades que se iniciam na formação profissional e avançam para a educação permanente.

As diretrizes de saúde bucal identificadas nas políticas de atenção primária nos cinco países selecionados representam importante fonte de subsídios para todos os formuladores e tomadores de decisão em política de saúde.

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. M. L. et al. Oral health technicians in Brazilian primary health care: potentials and constraints. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1560-1570, 2014.

ANTUNES, J. L. F. et al. Oral health in the agenda of priorities in public health. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 50, n. 57, p. 1-9, 2016.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **Int J Soc Res Methodol**. Inglaterra, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2007.

AUSTRALIA. COAG HEALTH COUNCIL. **Healthy mouths, healthy lives - Australia's National Oral Health Plan 2004-2013**. Australia, 2004.

AUSTRALIA. COAG HEALTH COUNCIL. **Healthy Mouths, Healthy Lives - Australia's National Oral Health Plan 2015-2024**. Australia, 2015.

AZEVEDO, E. de. et al. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

BATCHELOR, P. The historical and political background to the proposals for local commissioning of primary dental care by primary care trusts. **Prim Dent Care**. Reino Unido, v. 12, n. 1, p. 11-14, 2005.

BLENDON, R. J. et al. Inequities in health care: a five-country survey. **Health Aff**, v. 21, n. 3, p. 182-91, May-Jun 2002.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gest e Soc**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção básica, coordenação nacional de saúde bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa Saúde: facilitando a apropriação do conhecimento científico na gestão de saúde. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 5, p. 975-8, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2012.

BRISCOE, S. Web searching for systematic reviews: a case study of reporting standards in the UK Health Technology Assessment programme. **BMC Res Notes**. Canadá, v. 8, n. 153, p. 1-7, 2015.

BRITISH DENTAL ASSOCIATION. **Oral health inequalities policy**. BDA. Reino Unido, 2009.

BROWN, M. T. et al. The world health organization and the transition from international to global public health. **Am J Public Health**. [S. l.] V. 96, n.1, p. 62-72, 2006.

CANADA. FEDERAL, PROVINCIAL AND TERRITORIAL DENTAL DIRECTORS. **A Canadian Oral Health Strategy**. Montreal, 2005.

CANADA. FEDERAL, PROVINCIAL AND TERRITORIAL DENTAL WORKING GROUP. **Canadian oral health framework (COHF) 2013-18**. Montreal, 2013.

CHAVES, S. C. L. et al. Política nacional de saúde bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, 2010.

CHIEFS OF ONTARIO. Ontario first nations oral health survey summary report July 2013. **Br Dent J**. Toronto, v. 186, n. 1, 2013.

CHRISTMALS, C. D.; GROSS, J. J. An integrative literature review framework for postgraduate nursing research reviews. **Eur J Res Med Sci**, v. 5, n. 1, p. 7-15, 2017.

COMMONWEALTH OF AUSTRALIA. **Bridging the dental gap** - report on the inquiry into adult dental services. House of Representatives, Standing Committee on Health and Ageing. Canberra, 2013.

COOPER, H.M. **The integrative research review: a systematic approach**. California: Sage Publications, p. 143, 1984.

CROCOMBE, L. et al. **Inquiry into preventive health care**. Tasmania, Australia: Tasmanian University Department of Rural Health, 2013.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **Am J Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1864-74, Nov 2004.

DALAZEN, C. E, et al. Oral health in the family health strategy: analysis of articles published in the period 2004-2014. **Ciênc saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 325-338, 2018.

DHARAMSI S., MACENTEE M. I. Dentistry and distributive justice. **Soc Sci Med**, v. 55, n. 2, p. 323-9, 2002.

DONELAN, K. et al. The cost of health system change: public discontent in five nations. **Health Aff**. New York, v. 18., n. 3, p. 1-11, 1999.

ELIAS, P. E. M.; DOURADO, D. A. Sistema de saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: IBÁÑEZ, N. et al. (Org.). Política e gestão pública em saúde. **Hucitec Cealag**. São Paulo, v. 11, n. 1228, p. 102-125, 2011.

EMAMI, E. et al. Integration of oral health into primary care: a scoping review protocol. **BMJ Open**. Reino Unido, v. 18, n. 10, p. 1-5, 2016.

FDI, W. D. F. **The Challenge of Oral Disease – A call for global action. The Oral Health Atlas**. Geneva: FDI World Dental Federation, 2015. 120 p.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 930-936, 2005.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 64-71, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71 p.

GIOVANELLA, L. STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências da reforma da saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2263-2281, 2014.

GL'99 CONFERENCE PROGRAM. **Fourth International Conference on Grey Literature: New Frontiers in Grey Literature**. Washington D.C.: Grey Literature Network Service, 1999.

GRAZIOSI, M. E. S.; LIEBANO, R. E.; NAHAS, F. X. **Pesquisa em base de dados: especialização em saúde da Família: UNA SUS/UNIFESP**, 2013

GREER, S. L. Devolution and health in the UK: policy and its lessons since 1998. **Br Med Bull**. Reino Unido, v. 118, n. 1, p. 17-25, 2016.

HALLY, J. D.; PITS, N. B. Developing the first dental care pathway: the oral health assessment. **Prim Dent Care**. Reino Unido, v. 12, n. 4, p. 117-121, 2005.

HARFORD, J; SPENCER, A. J. Government subsidies for dental care in Australia. **Aust N Z J Public Health**. Austrália, v. 28, n. 4, p. 363-368, 2004.

HARNAGEA, H. et al. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. **BMJ Open**. Reino Unido, v. 7, n. 9, p. 1-17, 2017.

HARNAGEA, H. et al. From theoretical concepts to policies and applied programmes: the landscape of integration of oral health in primary care. **BMC Oral Health**. Québec, Canadá, v. 18, n. 23, p. 2-12, 2018.

HARRIS, R.; BRIDGMAN, C. Introducing care pathway commissioning to primary dental care: the concept. **Br Dent J**. Reino Unido, v. 209, n. 5, p. 233-9, 2010.

HONKALA, E. Primary oral health care. **Med Princ Pract**. Kuwait, v. 23, n. 1, p. 17-23, 2014.

JATRANA, S. et al. The case for integrating oral health into primary health care. **N Z Med J**. Nova Zelândia, v. 122, n. 1301, p. 43-52, 2009.

JATRANA, S.; CRAMPTON, P. Primary health care in New Zealand: Who has access?. **Health Policy**. Nova Zelândia, v. 93, n. 1, p. 1-10, 2009.

JOHNSON, P. M. International profiles of dental hygiene 1987 to 2006: a 21-nation comparative study. **Int Dent J**. Geneva, SWI, v. 59, n. 2, p. 63-77, 2009.

KANDELMAN, D. et al. Oral health, general health, and quality of life in older people. **Spec Care Dentist**. Canadá, v. 28, n. 6, p. 224-236, 2008.

KASSEBAUM, N. J. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. **J Dent Res**. Michigan, v. 96, n. 4, p. 380-387, 2017.

KROEGER, A.; LUNA, R. **Atención Primaria de Salud: principios y métodos**. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1987. 642 p.

LAWN, J. E. et al. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. **Lancet**. United Kingdom, v. 372, n. 9642, p. 917-927, 2008.

LAWN, S. et al. Integration of primary health services: being put together does not mean they will work together. **BMC Res Notes**. Canadá, v. 6, n. 66, p. 2-10, 2014.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: Origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2012. 1100 p.

MACIOCCO, G.; STEFANINI, A. From Alma-Ata to the Global Fund: the history of international health policy. **Rev Bras Saude Mater Infant**. Recife, v. 7, n. 4, p. 479-486, dez. 2007.

MARTÍNEZ, G. R.; ALBUQUERQUE, A. O direito à saúde bucal na Declaração de Liverpool. **Rev Bioét.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 224-233, 2017.

MATHESON, D. et al. Towards an equitable primary health care policy for all New Zealanders. **New Zeland Nurses Organization**. Nova Zelândia, 2013.

MATHUR, M.R. et al. Universal Health Coverage: A Unique Policy Opportunity for Oral Health. **J Dent Res**. London, v. 94, n.3, p. 3S–5S, 2015.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZAO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 173-186, mar. 2013.

MENDONÇA, S. C. Saúde da Família, agora mais do que nunca!. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1493-1497, out. 2009.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n.1, p. 170-185, feb. 2014.

MOYSÉS, S. J.; GOES, S. A. **A formulação de políticas públicas de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248 p.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.40, n. spe, p. 141-147, 2006.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, p. 346-362, 2006.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 148 p.

NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 3, p. 455-462, 2009.

NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the context of primary care in Brazil. **Int Dent J**. Geneva, v. 63, n. 5, p. 237-243, 2013.

NASH, D. A. et al. A review of the global literature on dental therapists. **Community Dent Oral Epidemiol**. [S. l.] v. 42, n. 1, p. 1-10, 2014.

NEUMANN, D. G.; QUIÑONEZ, C. A comparative analysis of oral health care systems in the United States, United Kingdom, France, Canada, and Brazil. **Network for Canadian Oral Health Research**. Canadá, v. 1, n. 2, p. 1-6, 2014.

NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH. **Good oral health for all, for life: the strategic vision for oral health in New Zealand**. Wellington, 2010.

NORONHA, J. C. D. Universal health coverage: how to mix concepts, confuse objectives, and abandon principles. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 847-849, 2013.

NORTHERN IRELAND. DEPARTMENT OF HEALTH, SOCIAL SERVICES AND PUBLIC SAFETY. **Primary dental care strategy**. Northern Ireland, 2006.

NORTHERN IRELAND. DEPARTMENT OF HEALTH, SOCIAL SERVICES AND PUBLIC SAFETY. **The Oral health strategy for Northern Ireland**. Northern Ireland, 2007.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Washington, D.C: OPAS, 2007.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de saúde primários – agora mais que nunca**. Genebra, 2008.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de saúde. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

PARLIAMENT OF TASMANIA. **Joint selected committee inquiry into preventive health**. Austrália, 2016.

PAVITT, S. H. et al. The INCENTIVE protocol: an evaluation of the organisation and delivery of NHS dental healthcare to patients - innovation in the commissioning of primary dental care service delivery and organisation in the UK. **BMJ Open**. Reino Unido, v. 4, p. 1-9, 2014.

PETERSEN, P. E. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol**. Geneva, SWI, v. 31, n. 1, p. 3-24, 2003.

PETERSEN, P. E. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. **Int Dent J**. Geneva, SWI, v. 58, n. 3, p. 115-121, 2008.

PETERSEN, P. E. Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World

Health Organization. **Community Dent Oral Epidemiol.** Geneva, SWI, v. 37, n. 1, p. 1-8, 2009.

PETERSEN, P. E. et al. Global oral health of older people--call for public health action. **Community Dent Health**, v. 27, n. 4, p. 257-67, Dec 2010.

PETERSEN, P. E.; KWAN, S. Equity, social determinants and public health programmes--the case of oral health. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 39, n. 6, p. 481-7, Dec 2011.

PETERSEN, P. E. Strengthening of oral health systems: oral health through primary health care. **Med Princ Pract**. Geneva, SWI, v. 23, n. 1, p. 3-9, 2014.

PITTS, N. B. NHS Dentistry: Options for Change in context - a personal overview of a landmark document and what it could mean for the future of dental services. **Br Dent J**. Reino Unido, v. 195, n. 11, p. 631-635, 2003.

PUCCA JUNIOR, G. A. et al. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. **Braz Oral Res**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 26-32, 2010.

RASHFORD, M. A universal healthcare system: is it right for the United States? **Nurs Forum**, v. 42, n. 1, p. 3-11, Jan-Mar 2007.

ROEMER, M. I. **National Health Systems of the World**. Nova York: Oxford University Press, 1991.

ROWAN-LEGG, A. et al. Oral health care for children – a call for action. **Paediatr Child Health**. Canadá, v. 18, n. 1, p. 37-43, 2013.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 49, n. 98, p. 1-12, 2015.

SCHWAB, L. et al. Chronic conditions policies: oral health, a felt absence. **Int Dent J**. Geneva, SWI, v. 64, n. 2, p. 83-88, 2014.

SCOTLAND. CHIEF DENTAL OFFICER. **Annual report of the Chief Dental Officer 2012**: A picture of Scotland's oral health. Edinburgh, 2012.

SCOTTISH EXECUTIVE. **An action plan for improving oral health and modernising NHS dental services in Scotland**. Edinburgh, 2005.

SIHRA, T.; D'CRUZ, L. NHS Pilots in Primary Care – An Insight into the Future?. **Dent Update**. Reino Unido, v. 4, n. 1, 2014.

SOUZA, M. T. D.; SILVA, M. D. D.; CARVALHO, R. D. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, tecnologia e serviços.** Brasília; UNESCO, Ministério da Saúde, 2012.

STEELE, J. et al. NHS dental services in England: an independent review led by Professor Jimmy Steele. **NHS.** Inglaterra, 2009.

THE COLLEGE OF DENTAL HYGIENISTS OF NOVA SCOTIA. **Dental Hygienists Prevent More to Treat Less.** Nova Scotia, 2014.

THE PUBLIC HEALTH ASSOCIATION OF AUSTRALIA. **Public Health Association of Australia: policy-at-a-glance – primary health care policy.** Austrália, 2014.

THOMAS, S. L. et al. What core primary health care services should be available to australians living in rural and remote communities?. **BMC Fam Pract.** [S. l.] v. 15, n. 143, p. 1-9, 2014.

TOOHER, R. et al. Intersectorial collaboration to implement school-based health programmes: Australian perspectives. **Health Promot Int.** Austrália, v. 32, p. 312-321, 2017.

VALENTIJN, P. P. et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. **Int J of Integr Care.** [S. l.], v. 13, n. 1, 2013.

WALES ASSEMBLY GOVERNMENT, **Routes to reform: a strategy for primary dental care in wales.** Wales Government. País de Gales, 2002.

WESTERN AUSTRALIA DEPARTMENT OF HEALTH. **State Oral Health Plan 2016–2020.** Austrália, 2016.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs,** v. 52, n. 5, p. 546-53, Dec 2005.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention.** 2007.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. **Integrated care models: an overview.** Copenhagen: World Health Organization, 2016.

WILLIAMS, D. M. et al. A review of Effective Methods of Delivery of Care: Skill-Mix and Service Transfer to Primary Care. **Prim Dent Care.** Reino Unido, v. 17, n. 2, p. 53-60, 2010.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Reprodução de excertos originais representativos para a categoria integralidade, separados por país.

<p>Austrália</p> <p>Integralidade horizontal</p> <p>"In considering what core PHC services should be available to all Australians regardless of where they live, there was a particularly strong consensus for 'care of the sick and in- jured', 'maternal and child health', 'oral/dental health' and 'public health/illness prevention' services" (THOMAS et al., 2014, p. 7)</p> <p>(...) it is clear that the delivery of these services needs to be structured in a way that can deliver: a preventive oral health care focus; a culturally appropriate service delivery; and built-in capacity to deliver on-site care (for example, in Aboriginal Heath Centres, residential aged care, homelessness support services). (Harford & Spencer, 2004, p. 29)</p> <p>Population registers will remain the core and provide the basis of information on service usage for the population through all levels of care. Immediate steps need to be taken to ensure (privacy protected) service utilisation information is publicly accessible and not the property of providers. Moves by PHOs to "own" information will be strongly opposed. Provided individual privacy requirements are met, primary care data will be seen as a public good, just as is public sector secondary and tertiary care data is. (Matheson et al., 2013,p. 3)</p> <p>A model of care broadly describes best practice for service delivery across primary, secondary and tertiary care for a specific condition. (...) Coordinated and consistent models of care and health pathways for oral disease will support integration between sectors and with the broader health system. (Western Australia Department of Health, 2016, p. 31)</p>
<p>Canadá</p> <p>Integralidade horizontal</p> <p>Historically, because dental care has not been considered integral to health care, it is not subject to the tenets of the Canada Health Act (CHA): that is, publicly administered, universal, portable, accessible and comprehensive. (...) Currently, most publicly delivered paediatric dental programs in Canada include only emergency or basic treatment, and cover only limited care for recipients of financial assistance or for children in low-income families. The comprehensiveness of these programs differs significantly among provinces and territories in terms of the types of services covered, age restrictions and limits on the frequency of dental visits (Rowan-Legg et al., 2013, p. 39)</p> <p>According to the Canada Health Act, universal, accessible and publicly funded health care is a fundamental right of all Canadians yet, with few exceptions, oral health services are not included. (p. 4) Oral health should be integrated into health care legislation, research, policy, strategy development and program planning across the provincial health sector in consultation with appropriate stakeholders, including CDHNS. (The College of Dental Hygienists of Nova Scotia, 2014, p. 17)</p>
<p>Nova Zelândia</p> <p>Integralidade horizontal</p> <p>It is encouraging to note, nonetheless, that government has started the process of integrating oral health with general health programmes with the publication of a strategic vision for oral health in New Zealand]. (Jatrana et al., 2009, p. 9)</p> <p>(...)Primary Health Care is the name given to this approach. Not only does it refer to the gateway to the rest of the health system, and hence the importance of making sure all people have access, but also to its role in making sure the rest of the health system meets people's needs. It also encompasses promotion, prevention and public health, and working across sectors. (Matheson et al., 2013,p. 3)</p> <p>The vision for oral health is based on the evidence and research that are currently available. However, there is limited New Zealand-specific research. (p. 27) There has been considerable interest in developing a defined national minimum data set. The Ministry would like to see this progressed and will be facilitating an advisory group to determine what data will be useful and how it can best be collected. (New Zealand, 2010, p. 28)</p>

Reino Unido

Integralidade vertical

The Oral Health Assessment is composed of five key steps: a thorough patient history (medical, dental and social histories); a thorough dental, head and neck examination; diagnosis and risk assessment; dental disease prevention advice; an agreed (between dentist and the patient) care plan; and, finally, a dental report, which includes clinical findings. It is copied to the patient, along with the agreed provisional plan and the journey destination or desired outcome. (Hally & Pitts, 2005, p. 119)

Under the new system, every patient assessment was to include three sets of information (medical history, social history eg previous history of disease, diet, oral hygiene habits; and clinical examination) and the patient then assigned to one of three diagnostic groups using a traffic-light coding system. Patients were to be categorised as having high (red), moderate (amber) or low (green) risk or level of oral disease. Once assigned to a diagnostic group, patients' preventive treatment plans would be governed by the guidelines relevant for that age-group as set out in Delivering better oral health and the NICE guidelines for recall for dental examination. (Pavitt et al., 2014, p. 235-6)

Integralidade horizontal

Establishing an environment where health can be maintained is arguably the most important contribution a government can make to healthcare.(...) Under the Choosing Health banner, the Department of Health has published Choosing Better Oral Health: An Oral Health Plan for England, which sets out the importance of putting oral health within the context of wider public health and policy developments.(Steele et al., 2009, p. 51-2)

The government wishes to see an inclusive healthcare system that works to reduce inequalities in terms of disease, but defines it in clinical terms. (Batchelor, 2005, p. 12)

'NHS Dentistry needs to be fully integrated with the rest of NHS primary care provision. One way to achieve this would be to initiate multi-surgery health centres in some geographical areas from which dental, medical and pharmacy services could be provided for the locality. In order to underpin the integration of dentistry with the rest of the NHS substantial capital investment in IT for dental practices would be required'. (Pitts, 2003, p. 633)

'Primary care dentistry as it currently exists (community dental services, personal dental services and general dental services) needs to be integrated. It is the the view of the group that in this way PCTs will find it easier to provide a dental service that is properly responsive to the changing needs of local communities'(Pitts, 2003, p. 634)

Even from its inception, that definition has unequivocally included dental services. The purpose of dentistry's inclusion was clear – oral health is not separate from people's overall health and the prevention and treatment of oral disease is part and parcel of the NHS. This founding ethos has been continued and updated throughout the years, most recently in the NHS Constitution, published in January 2009.2 (Steele et al., 2009, p. 39)

There is relatively little information available about what is happening in NHS dentistry, who wants and gets NHS care, what happens when they receive it and, crucially, whether the services they receive are making a contribution to oral health. A rich body of information is critical to our ability to monitor progress, reward quality and learn what works best for patients and what does not. We recommend that DH develops a clear set of national data requirements for all providers.

Technology can help to facilitate the collection and organisation of data. Software systems are available to record what happens chair-side and link it to national datasets. Around 25% of practices do not even have the very basic computer hardware that can allow this to happen. We recommend that PCs are used in all dental surgeries within three years and are, ultimately, centrally connected to allow clinical data to support shared information on quality and outcomes. Historically, money has followed activity, not patients' needs. The process of reallocation of the resource to align it with need has already begun. We recommend that this process continues and we have proposed a basis for a funding formula that can allow that to happen. (Steele et al., 2009, p. 7-8)

Brasil

Integralidade vertical

A gravidade deste quadro epidemiológico exige, além de ações sobre os determinantes da incidência das doenças e agravos bucais, serviços para a mitigar o sofrimento e buscar a recuperação de condições de saúde bucal. Entretanto, o acesso aos serviços odontológicos no Brasil é limitado e desigual. (Fernandes & Peres, 2005, p. 931)

Integralidade horizontal

The National Policy for Oral Health was established and linked to other public health policies, with the following main lines: reorganization of Primary Care (especially by means of the Oral Health Teams of the Family Health

Strategy); reorganization of Specialized Care (through deployment of Centers of Dental Specialties and Regional Dental Prosthesis Laboratories); (Pucca Junior et al., 2010, p. 28)

A importância da integralidade, de se ofertar serviços que estabeleçam o tratamento e recuperação dos doentes, mas que essencialmente promovam a saúde e previnam o adoecimento, inclusive evitando a utilização desnecessária das tecnologias, fez com que a Saúde da Família fosse campo das várias ações intersetoriais, junto ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, com o acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família, ao Ministério da Educação, com o Saúde na Escola, Ministério da Justiça, com o PRONAS- CI, Ministério do Desenvolvimento Agrário, com os Territórios da Cidadania, Ministério da Cultura, com a integração com os pontos de cultura e a criação da Rede Saúde e Cultura. (Mendonça, 2008, p. 1496)

Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral; Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; (Brasil, 2012, p. 42-4)

Integralidade da Atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo. (Brasil, 2004, p. 6)

The Paideia Family Health Approach in Campinas, Southeastern Brazil, has been developed to redirect health practices. The reform sought to create shared management based on both technical and popular knowledge, emphasizing the concept of a broader clinical approach, centered on the human being.⁴ It is different from “clinical practice debased by pronounced power imbalances”,⁴ permeated with alienated professional procedures, which treat cases in a manner removed from individual patient needs. (NASCIMENTO et al., 2009, p. 456-7)

Apêndice 2 – Reprodução de excertos originais representativos para a categoria ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, separados por país.

Austrália

Ações intersetoriais

Oral health promotion Goal: Western Australians have access to oral health promoting environments and appropriate evidence-based information and programs that support them to make informed decisions about their oral health: Develop and implement a State Oral Health Promotion Plan to identify priorities and support effective and efficient intra and inter agency oral health promotion activities; Extend access to the preventative effects of fluoride; Strengthen and embed nutrition and oral health policies and practices in key settings such as early childhood, education, health services, residential aged care, and disability settings. (p. 18)

Goals: Consider oral health as being integral to general health in the development of health policy the health reform agenda; Extend fluoridation of public water supplies to communities across Australia with populations of 1000 or more; Ensure that oral health is a consideration in health promotion plans at all levels of government (local, State/Territory and Commonwealth) supported by adequate resourcing, local leadership and designated responsibility for implementation; Build community and health workforce capacity in oral health and oral health promotion by collaboration of the oral health sector with: policy makers in health, community service and education, other human services providers and their associations, teachers, and organizations representing specific disadvantaged groups. (Western Australia Department of Health, 2016, p. vii)

This leads into the final area of priority for oral disease prevention, which is linkage with other health promotion activities. This should include participation by oral health professionals in strategies to improve pre-natal care, reduce smoking prevalence and reduce the impact of the social gradient on oral health. Significant control of oral diseases requires co-operation across agencies within the health sector and between the health sector and other sectors. Individual health workers or professions must therefore build alliances to assure the success of such policies to improve oral health. (Harford e Spencer, 2004, p. 366)

It was extensively argued that, particularly in remote and regional areas, measures such as fluoridation of the water supply and education on preventive care and diet can reduce the necessity for more invasive and expensive treatments. It was also argued that the Adult Dental Services NPA funding structure should support evidence-based preventive programs. (Commonwealth of Australia, 2013, p. 40)

These include: Establishing a prevention system for oral health; Developing evidence-based guidelines for the Child Dental Health Benefit Scheme to help ensure that efficient, effective, preventively focused care is provided to children who need care most and avoid over servicing for the worried well; Enabling family based care, integrating the dental care services and oral health literacy of the whole family wherever possible. Fluoridation of drinking water remains the most effective and socially equitable means of achieving community-wide exposure to the caries prevention effects of fluoride (i). (The Public Health Association of Australia, 2014, p. 4)

Evidence-based preventive oral health measures that can be undertaken by individuals include toothbrushing with fluoride toothpaste, chewing sugar-free gum, if playing a sport with a reasonable risk of injury to wear a mouthguard and if a mother with an infant, breastfeeding. If people have a high dental caries risk, they could consider using a fluoride mouthrinse. (...) The current guidelines (ARCPOH, 2006) recommend that water fluoridation should be expanded to as many people as possible. (...) Other than fluoride exposure, the stated causes for poor oral health are the same as for poor health in general. This raises the question of whether these issues could be tackled as part of health promotion overall, not as a separate oral health promotion campaign. (Crocombe et al., 2013, n.p.)

Oral health and general health are closely related and have common risks and causes. The common risk factor approach addresses risk factors common to many chronic conditions within the wider socio-environmental context. (...) Social, health and education systems work together to support the translation of the State Oral Health Plan into practice. (Western Australia Department of Health, 2016, p. 17-8)

Support of 'public health/illness prevention' reflects recognition of the importance of services that have a whole-of-population effect, that focus on prevention and early detection of health problems and can address the social determinants of health. (Thomas et al., 2014, p. 7)

Canadá

Ações intersectoriais

Strategies: Include oral health as a key part of overall health; Collaborate broadly to address the social determinants of health. Follow the five actions in the Population Health Promotion Model; Collaborate with Education Departments on school-health policies and programs for oral health, nutrition, tobacco cessation; Develop and sustain an oral health awareness and promotion campaign with coordinated messaging among dental, health and public health organizations and government agencies; Collaborate with other health professionals (e.g. nutrition, nursing, speech and language) to organize and deliver oral health promotion initiatives within their areas. (Canada, 2013, p. 16)

Given the preventable nature of most—if not all—oral diseases, the case for shifting the focus of oral health policy and programs from treatment to prevention is clear. (...) Effective as such programs may be, it is widely recognized that clinical preventive and educational approaches by themselves can achieve only limited short-term gains across entire populations. In fact, depending on how these services are funded and delivered, they may actually widen health inequalities. Instead, education and clinical prevention must be combined with progressive oral health policy, organizational change, community action, legislation, and advocacy to address the determinants of oral health and achieve better oral health outcomes for all members of society. (The College of Dental Hygienists of Nova Scotia, 2014, p. 9)

The caries process is controllable through a combination of community, professional and individual measures, such as promoting proper feeding, improving diet, water fluoridation, increasing the use of topical fluorides and dental sealants by primary health care providers, and using fluoride toothpaste. (Rowan-Legg et al., 2013, p. 36)

Oral health promotion will be most successful if it becomes an integral component of general health promotion strategies aimed at the reduction of common health risk factors. (...) We should be seeking opportunities for collaborative partnerships with agencies offering health promotion activities (such as diabetes programs, Heart and Stroke, child development programs, smoking cessation programs, community development programs, etc.), and other professional groups (such as physicians, nurses, dietitians, child caregivers and others) to get our messages across as a part of promoting good health in general. (...) (Canada, 2005, p. 10)

In order to recognize and enhance the integration of oral health to general health, it is necessary to integrate health promotion activities, health services and the measurement of health outcomes. (p. 8) In a multidisciplinary, collaborative approach of health delivery, organizations can learn from each other and can advance similar concepts together. Dentistry and the population at large can benefit from the strengths that many different health, social services and health promotion professionals can offer. (Canada, 2005, p. 12)

(...)Instead, education and clinical prevention must be combined with progressive oral health policy, organizational change, community action, legislation, and advocacy to address the determinants of oral health and achieve better oral health outcomes for all members of society. (The College of Dental Hygienists of Nova Scotia, 2014, p. 9)

While access to regular dental treatment is essential, this must be done in conjunction with broader policies aimed at all social determinants of health. (Chiefs of Ontario, 2013, p. 21)

Focusing on the prevention of oral disease and the promotion of proper oral health practices, COHI targets pregnant women and primary caregivers, pre-school children (0 to 4 years of age), and school children (5 to 7 years of age). Delivery of these programs is not universal and depends on invitation from the First Nation. First Nations living off-reserve are eligible for existing provincial-level preventative and treatment programs (e.g., school screening, Children in Need of Treatment (CINOT), Ontario Works, etc.) (Chiefs of Ontario, 2013, p. 4)

Nova Zelândia

Ações intersetoriais

Promoting a healthy environment for oral health will also involve actions not solely directed at oral health. An environment that supports oral health is often the same as one that supports general health and wellbeing. In addition to a healthy environment, behaviours that promote oral health should also be encouraged. Many actions that improve or maintain good oral health can be performed by individuals themselves. Intuitively, this implies that education and information will be critical for teaching healthy behaviours. (p. 15-6)

Actions: The Ministry will continue to advocate water fluoridation at all levels; The Ministry will consider ways to include oral health in general health promotion strategies that address similar risk factors, and will encourage DHBs to do the same; The Ministry and DHBs will ensure that activities and resources to promote oral health are culturally appropriate (eg, resources should be available in a range of languages, and interventions delivered in relevant settings). (...) (New Zealand, 2010, p. 17)

In 2007, the World Health Assembly adopted a resolution which called for an action plan for the promotion of integrated disease prevention in oral health as part of the control of non-communicable diseases (NCDs) within the framework of enhanced primary care. The resolution also calls for increased budgetary provisions for oral health care. Integration of oral health into strategies for promoting general health will enhance both oral and general health. While improving oral health is one of the health objectives of the New Zealand Health Strategy, providing accessible and affordable oral health services does not feature prominently in the current Primary Health Care Strategy. This study emphasizes that oral health care is primary care and we need a health care system that meets the principles of primary health care. It is encouraging to note, nonetheless, that government has started the process of integrating oral health with general health programmes with the publication of a strategic vision for oral health in New Zealand (Jatrana & Crampton, 2009, p. 9)

Integration of oral health into strategies for promoting general health will enhance both oral and general health. While improving oral health is one of the health objectives of the New Zealand Health Strategy, providing accessible and affordable oral health services does not feature prominently in the current Primary Health Care Strategy. This study emphasises that oral health care is primary health care and we need a health care system that meets the principles of primary health care. Oral health and disease are impacted on by diet, hygiene, smoking, alcohol use, stress, and trauma. As these risk factors are common to a number of other chronic diseases, adopting a collaborative approach would be more rational than one that looks at the diseases in isolation. (Jatrana et al., 2009, p. 48-9)

Reino Unido

Ações intersetoriais

In dentistry, the extension of water fluoridation is a part of this (putting oral health within the context of wider public health and policy developments), and should confer a benefit at all ages,² but it is only one part. There is a wider responsibility, and it is important that oral health is embedded into general public health initiatives in a holistic way. (...) There are multiple opportunities to embed oral health in public health: national campaigns around preventive behaviours to support patients in taking greater responsibility for their own health; monitoring and promoting good oral health behaviours alongside alcohol reduction and smoking cessation programmes; recognising the common risks shared with major oral diseases (decay, gum disease and oral cancer); and defining actions to create a healthier environment (e.g. working with the food industry to reduce levels of sugar). (Steele et al., 200, p. 52-3)

Promoting Health and Well-Being - Implementing the National Health Promotional Strategy outlined the National Assembly's integrated approach to improving health and reducing health inequalities through a programme of action cutting across all policy areas. Oral disease is largely preventable if individuals can be persuaded to adopt appropriate lifestyle changes. At a macro level, actions taken to tackle poverty and deprivation will in time impact on oral health. (Wales Assembly Government, 2002, p. 32)

Health behaviours are determined not just by knowledge but also by social, cultural and economic factors. This recognition of the importance of economic and social conditions in relation to lifestyle is at the heart of the health promotion approach. (p. 6) By focusing preventive action on a small number of risk factors that impact on a large number of diseases, effectiveness and efficiency may be increased. To do this oral health promotion needs to be linked into general health promotion at a strategic level. (Northern Ireland, 2007, p. 7)

We recognise the important public health benefits of improved oral health and its integration with other national health improvement initiatives, in particular those relating to diet. (...) (Forward) Improvements in oral health, particularly for children, cannot be achieved solely by those providing dental services. They require a multi-faceted approach, involving other sectors within the NHS, other statutory agencies, such as education authorities, and by tackling the broader determinants of poor oral health such as diet and smoking. (...) Services should offer an opportunity for regular comprehensive assessment of oral health needs and for preventative care, advice and appropriate treatment. (Scottish Executive, 2005, p. 13)

A key priority is to reduce oral health inequalities while promoting oral health improvement for all. (p. 19) Oral health is improved through such activities as health education programmes, toothbrushing schemes, application of fluoride varnish, dietary advice and preventive treatment services, as well as regular engagement between patients and primary care dental teams. No single approach alone will deliver improvement to our oral health; rather, a multi-faceted, whole-generation approach is required to tackle people's habits and behaviours. (p. 6) Areas of Action: Common risk factors and oral health promotion, fluoride, improving diet and sugar intake, reducing smoking, reducing alcohol consumption (Scotland, 2012, p. 22-5)

Promoting Health and Well-Being - Implementing the National Health Promotional Strategy outlined the National Assembly's integrated approach to improving health and reducing health inequalities through a programme of action cutting across all policy areas (Wales Assembly Government, 2002, p. 32)

To achieve health gain and reduce inequalities in health, investing for health advocates a cross-cutting approach which will involve not only the health services but also, among others, the education, housing, economic and transport sectors. The aim is to produce integrated, effective, accessible, modern and efficient primary care dental services that not only secure dental health but also prevent both oral and general disease. (Northern Ireland, 2007, p. 2-3)

(Promote) Closer integration of dentistry within the wider NHS family, through a national framework with local flexibility. (p.3) We recognise the important public health benefits of improved oral health and its integration with other national health improvement initiatives, in particular those relating to diet. We are proposing a wide range of measures which will promote oral health and prevent dental disease, particularly in our children from birth through to the teenage years. Promote a holistic approach to family dentistry while pursuing separate arrangements for specific services. (Scottish Executive, 2005, p. 27)

Ações intrassetoriais

The standards also provide for dentistry to be included in healthy lifestyles programmes and the health improvement and modernisation programme. (...) as well as an expansion in dentistry's role to cover participation in smoking cessation programmes and blood pressure checks. (Pitts, 2003, p. 634)

The new contracts are aimed at: ensuring that evidence-based preventive interventions are delivered in line with identified needs for a defined population; ensuring increased access to dentistry; and ensuring that care is provided by the most appropriate team member to encourage skill mix. All practices fully utilise skill mix and have hygiene therapists and additional skills dental nurses. (Pavitt et al., 2014, p. 3-4)

It is proposed that unlike the present General Dental Services examination the new OHA will focus on prevention of disease, lifestyle advice, the discussion of any necessary treatment options and date of next assessment. (Hally & Pitts, 2005, p. 120)

Care protocols used for each diagnostic group define the number and type of preventive intervention as well as recall periods for 'check-up' examinations. (Harris & Bridgman, 2010, p. 236)

(...) Based on this information, recommended evidence-based preventive treatment and interventions can be provided. The computer software will also formulate one or more Interim Care appointments (ICs). IC appointments may involve preventive treatment and/or advice, instead of (or as well as) treatment to address dental decay (eg fluoride application, prescription of higher strength fluoride). (Sihrá & D'Cruz, 2014, p. 10)

Brasil

Ações intersetoriais

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.

A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades. Também é recomendável trabalhar numa linha de combate a automedicação, medicalização, e dependência excessiva dos profissionais ou serviços de saúde. (Brasil, 2004, p. 11)

In addition, the municipal governments must provide stimulus for adding fluoride to drinking water supplies. This organisation actively seeks the most vulnerable groups to address the social determinants of poor health and places an emphasis on promotional and preventative activities, without neglecting the clinical time necessary for healing and rehabilitation. (Nascimento et al., 2013, p. 239-40)

The National Policy for Oral Health was established and linked to other public health policies (...) (p. 27). With the implementation of the National Oral Health Policy, a set of actions in the individual and collective areas has been developed, involving health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation. (Pucca Junior et al., 2010, p. 31)

(...)todo esforço de desenvolvimento da saúde, com um enfoque mais amplo exige a associação de todas as forças sociais e econômicas com o propósito do bem-estar coletivo. A intersetorialidade materializa-se em atividades no nível local, porém sua articulação deve-se dar em todos os níveis de governo. (...) Apesar de avanços político-administrativos, reconhecem-se dificuldades para adequar o modelo de atenção aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e maior integralidade das práticas. (Mattos et al., 2014, p. 378-9)

(...) addition of fluoride in the public water supply; and oral health surveillance.^{9,10} (...) Thus, it became essential to understand health in a comprehensive and universal way, not only with regard to access to services, but also considering social inequalities, seeking policies that could reduce these social inequities.¹¹ (Pucca Junior et al., 2010, p. 28)

Intersetorialidade: as ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas. A intersetorialidade neste sentido implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social. (Brasil, 2004, p. 6)

Ações intrasetoriais

As ações intersetoriais foram abordadas em dois dos 32 estudos,^{14,57} relacionadas às ações de prevenção e educação em saúde bucal desenvolvidas na comunidade ou nas escolas.⁵⁷ A intersetorialidade apresentou-se como prática voluntária em parte das equipes e não conduzia aos impactos esperados. Tal circunstância pode levar os profissionais ao descrédito em relação à ESF, considerando a incapacidade do setor saúde enfrentar isoladamente os determinantes sociais do processo saúde-doença. Persistiram ações com foco no atendimento clínico e valorização excessiva da técnica e da especialidade e houve predomínio de práticas preventivas e educativas tradicionais.^{7,14,41} As equipes de saúde bucal encontraram dificuldades para as práticas pertinentes à ESF, como visitas domiciliares pelo dentista, ações de prevenção de agravos e de promoção à saúde, bem como reuniões e ações para a articulação com a comunidade.^{5,39} (Scherer CI & Scherer MDA, 2015, p. 4)

In the light of this study findings, it is stressed the importance of investing in the wide redefinition of the analytical category of "health promotion". Health promotion should be incorporated as a routine practice in Public Health Dentistry, replacing isolated clinical practice with broadened clinical practice. Watt ratifies that isolated education-preventive approaches have a limited effect and can, in contrast, accentuate inequalities. It also appeared to be necessary for health teams to have it more clear the meaning of health promotion, by translating it into real actions. (Nascimento et al., 2009, p. 461)

Parece haver uma falta de entendimento do real sentido da intersetorialidade em saúde por parte da maioria dos participantes. Ao se considerar intersetorial o desenvolvimento de ações de informação e prevenção

desenvolvidas na comunidade ou em escolas, deve-se questionar de que maneira essas ações vem sendo desenvolvidas. (p. 378) Para os Cirurgiões Dentistas e os Auxiliares de Saúde Bucal, existe unanimidade em se considerar como avanço, o maior acesso, e a introdução das atividades preventivas. Além disso, esses profissionais consideraram que a população também está mais consciente da importância da saúde bucal. (Mattos et al., 2014, p. 380)

Ações intrasetoriais (voltadas aos serviços de saúde bucal)

(...) procedimentos realizados na atenção básica, entre preventivos (limpeza, higiene bucal supervisionada e aplicação de flúor) e curativos (restauração e exodontias). (Chaves et al., 2010, p. 4)

(...) Da mesma forma, conforme aumenta a razão de procedimentos coletivos, diminui a proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos individuais ($p < 0,001$) (Fernandes & Peres, 2005, p. 933)

Apêndice 3 – Reprodução de excertos originais representativos para a categoria equipe de saúde bucal, separados por país.

Austrália

Excluding dentists and dental prosthetists, the dental workforce is comprised of a range of therapists who perform duties under the supervision of a dentist. (Commonwealth of Australia, 2013, p. 32)

A more flexible, multi-skilled oral health workforce, distributed on a patient and population health needs basis is required. Scopes of practice for members of the dental team need to be standardised across jurisdictions. (The Public Health Association of Australia, 2014, p. 4-5)

The oral health workforce comprises registered dental practitioners (dental hygienists, dental prosthetists, dental specialists, dental therapists, dentists and oral health therapists) and unregistered staff (dental assistants, dental technicians and non-clinical support staff). (Western Australia Department of Health, 2016, p. 36)

Workforce development Goal: The workforce for oral health in Western Australia is of an appropriate composition and size and is appropriately trained and distributed. (...) (It is needed to) Include oral health units of competency as core components of medical, health and community services qualifications (Western Australia Department of Health, 2016, p. 18)

(...) There are a number of opportunities to make better use of the various members of the oral health workforce, including: increasing the utilization of the dental therapist/hygienists workforce to increase the capacity for primary and maintenance oral health care including health promotion; and more effective use of the existing workforce, for example, dental assistants providing oral health education and oral radiography.

There is considerable scope for other primary health care providers (eg. GPs; community nurses; maternal and child health nurses; child, welfare and aged care workers) to play an active promotion and prevention role in relation to oral health. This could include endorsement and promotion of evidence-based practices that support oral health services as appropriate. (Australia, 2004, p. 39)

The broader health workforce that contributes to oral health includes those who are involved in the provision of medical care, health checks, personal care services, education, health promotion strategies and referral pathways. This includes: Aboriginal and Torres Strait Islander health practitioners and health workers, diabetes educators, dieticians, midwives, maternal and child health nurses, general practitioners, medical specialists, nutritionists, registered nurses, speech pathologists, other care workers and educators in the aged care, disability and early childhood sector. This broader health workforce can play an important role in oral health promotion, dietary advice and simple non-invasive disease prevention. In most instances, the broader health workforce will have more contact with a consumer including more frequent interactions with Priority Population groups. They are well positioned to integrate oral health promotion and screening activities across the age continuum. (Australia, 2015, p. 40)

****Training and professional development for the oral health workforce must reflect the competencies required to address the needs of the Priority Populations. It is also a priority to ensure the capacity of the existing and future oral health workforce to work as part of multidisciplinary teams so that the skills of the whole oral health workforce are used efficiently and effectively to address demand. (Western Australia Department of Health, 2016, p. 38)**

The Community Services and Health Industry Skills Council developed training packages and competency units in consultation with the vocational education sector. These support skill development for non-oral health workers, care providers and educators. Additional promotion and integration of these units as core components of existing and new training packages, is required to increase uptake and application in the workplace. Inclusion of oral health focused units in university programs for health professionals is necessary to increase understanding of the relationships between oral health and general health and to support integration of care and improved health outcomes. (Western Australia Department of Health, 2016, p. 40)

Canadá

Collaboration between dental professionals and educational outreach programs needs to occur on a more consistent and regular basis to motivate dental professionals to serve Ontario First Nations' needs. (Chiefs of Ontario, 2013, p. 21)

Dental hygienists are the only health care professionals whose primary function continues to be the prevention of oral disease and the promotion of oral wellness. This focus on prevention clearly suits dental hygienists to a key role in primary health care—particularly when given an opportunity to work to their full scope of practice (The College of Dental Hygienists of Nova Scotia, 2014, p. 13)

Encourage collaboration with other health professionals (e.g. physicians, nurses, early-years workers, nutritionists, dieticians and tobacco cessation health promoters) and promote a team concept, where the various oral health professionals work together and provide services within their full scope of practice in public clinics. (...)

Increase the number of oral health professionals available in isolated and remote communities and who service marginalised communities. Increase the number of oral health service deliverers who have training in cultural competence. (Canada, 2013, p. 19-20)

Health promotion, however, needs collaborative efforts from all health providers, governments and community leaders, with the oral health professionals playing a leading, and integrating role for oral health. (Canada, 2005, p. 10)

Health professional associations and regulatory authorities should work collaboratively and with educators to develop stronger inter-professional training and continuing professional education programs. (The College of Dental Hygienists of Nova Scotia, 2014, p. 17)

Nova Zelândia

The new vision sees oral health integrated into general health frameworks. It also sees publicly funded oral health services provided by a mix of providers, rather than just DHBs. (p. 18)

The new vision for oral health has significant implications for the oral health workforce. The current workforce is very segmented, with strong historical distinctions between public and private dentistry, and between the dentistry, dental therapy and dental hygiene disciplines.

Future oral health services will overcome these distinctions. The vision for community oral health services is for a more team-based approach to delivering oral health care. Dentists, dental therapists, dental hygienists and dental assistants will work together, within their individual scopes of practice, to enable greater continuity of care and more seamless delivery of services. Specialisation in public health dentistry will also be encouraged, so that an appropriately skilled workforce is available to work in the community and at the strategic level, planning, monitoring and evaluating the increasingly diverse delivery of dental services. (New Zealand, 2010, p. 20)

The PHC team involves GPs, nurses, midwives, social workers, pharmacists, dentists, interpreters and administrative staff. As PHC/Secondary Health Care integration proceeds, it also involves hospital based specialists and nurses who are supported to operate outside the walls of the hospital. This team approach will be reflected in the way staff are trained and the way services are funded. (...) Health workers need to be trained in the environment that we want them to work in. (...) There is also scope for greater integration and coordination of health and social services, as often many frontline workers interact with the same families. (Matheson et al., 2013, p. 8)

Integrating oral health into general health frameworks will require support and education for non-oral health practitioners, particularly those most frequently in contact with high-need groups. In many cases, primary health care practitioners will be best placed to identify individuals at high risk of developing poor oral health, or to refer an individual with pain or signs of oral disease on to a dental professional. (New Zealand, 2010, p. 19)

Reino Unido

With the focus moving to prevention, more members of the dental team can become part of the care pathway. (Sihra & D'Cruz, 2014, p. 15)

In developing the skill-mix across the medical or oral health team, there is awareness of the wider healthcare team of allied health professionals (AHPs) and dental care professionals (DCPs), respectively. Recognition that the skills motivation and commitment of the staff are intimately linked with the performance of health systems has led to the current emphasis on human resources for health. (Williams et al., 2010, p. 54)

Dental health services are delivered in a range of settings, with input from a wide range of potential dental team members: dentists, hygienists and therapists, dental nurses, receptionist/managers and dental technicians. Each has a key role to play in the delivery of patient care and there is agreement that maximising the potential of the dental team is of critical importance in tackling both oral health improvement and dental service improvements in Scotland. (Scottish Executive, 2005, p. 4)

(...); ensuring increased access to dentistry; and ensuring that care is provided by the most appropriate team member to encourage skill mix. All practices fully utilise skill mix and have hygiene therapists and additional skills dental nurses. (Pavitt et al., 2014, p. 3-4)

We recommend that PCTs and Deaneries should work together to align their educational programmes to support the future models of service delivery. The changes to the dental system outlined within this report will have implications for the training and development of the dental workforce in the future. This includes consideration of the numbers of dental professionals trained and systems for retaining them within the workforce. (Steele et al., 2009, p. 71-2)

Brasil

As principais dificuldades e desafios estão relacionados à: integralidade; ampliação e qualificação da assistência; trabalho em equipe; planejamento, monitoramento e avaliação das ações; e condições de trabalho. Poucos estudos abordaram o estímulo à participação popular e ao controle social e ações intersetoriais. (Scherer CI & Scherer MDA, 2015, p. 3)

The results show that the relationships among managers, DSs, and OHTs are quite complex. The narratives indicate inter-professional relationships marked by both cooperation and conflict and reflect the existence of a space for action where definite investments occur among the agents and between the agents and the organization as mediated by different conflicting interests and projects. (Aguiar et al., 2014, p. 1566)

(...) os tipos de equipe: Modalidade I, composta por Cirurgião Dentista (CD) e Auxiliar de Consultório Dentário, atual Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); Modalidade II, composta por CD, ASB e Técnico de Higiene Dentária, atual Técnico de Saúde Bucal (TSB)⁷. (p. 374) O profissional que compõe a ESF deve conhecer a comunidade com a qual está trabalhando, suas necessidades, vulnerabilidades, a fim de reforçar o vínculo, criando possibilidades para poder atuar na promoção e prevenção da saúde. Esse vínculo pode ser inviabilizado, quando não há a permanência do profissional no serviço. (Mattos et al., 2014, p. 377)

(...)the SUS, in the field of primary care policies in oral health care, presents some characteristics that stand out from health-care systems of other countries: (...) Inclusion of OHTs in the FHS, the Brazilian choice for reorganising the PHC approach and strengthening the interdisciplinary practice that has been highly sought after by the dentistry and their representative entities worldwide; The inclusion of oral health teams in the FHP is an important achievement, because this program has been the Brazilian choice for reorganising the PHC approach, including multiprofessional teams. The strengthening of interdisciplinary practice has been highly sought after by the dentistry and their representative entities worldwide; In line with the principles of the PHC approach, the primary oral health-care team is elected to be the first preferential contact between the patients and health-care services, which optimises financial costs and endeavours to improve patient access. (Nascimento et al., 2013, p. 241)

Equipes multiprofissionais compostas conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população; (p. 37) Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal; (Brasil, 2012, p. 55)

Em consequência, os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras.

No âmbito da assistência essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção. (p. 4) (...) As ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde. (Brasil, 2004, p. 8)

Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários (Brasil, 2012, p. 27)

Apêndice 4 – Documentos científicos excluídos após a leitura integral.

	Autor	Título	Ano
1	Mills I, Batchelor P.	Quality indicators: the rationale behind their use in NHS dentistry.	2011
2	Landes DP, Jardine C.	Are restrictive NHS contracts of benefit in addressing health inequalities? An ecological evaluation of their value in the North East of England.	2009
3	Lam R, Kruger E, Tennant M1, 2014	JERM model of care: an in-principle model for dental health policy.	2014
4	Chestnutt IG1, Thomas DR, Patel R, Treasure ET.	Perceptions and attitudes to a fundamental reform of general dental services in Wales.	2007
5	Lambert-Humble S	Opportunities for the dental team arising out of the new arrangements for primary dental care.	2005
6	Cane RJ1, Butler DR.	Developing primary health clinical teams for public oral health services in Tasmania.	2004
7	MacKinnon M1.	A First Nations voice in the present creates healing in the future.	2005
8	Bennett CC1.	Are we there yet? A journey of health reform in Australia	2013
9	Lalloo R1, Kroon J1.	Analysis of public dental service waiting lists in Queensland.	2015
10	Mattos GC, Gallagher JE, Paiva SM, Abreu MH.	Perception of 'comprehensiveness of care': a qualitative study amongst dentists in the Brazilian Health System.	2015
11	Chestnutt IG1, Davies L, Thomas DR.	Practitioners' perspectives and experiences of the new National Health Service dental contract.	2009
12	Tickle M, Campbell S.	How do we measure quality in primary dental care?	2013
13	Lynch CD, Ash PJ, Chadwick BL.	Current trends in community-based clinical teaching programs in U.K.and Ireland dental schools.	2013
14	Esteves RS1, Mambrini JV2, Oliveira AC1, Abreu MH1.	Performance of primary dental care services: an ecological study in a large Brazilian city.	2013
15	Holmes R, Howe D, Landes DP.	Oral health education and disease prevention in primary dental care: insight from a pilot intervention targeting children aged 0-7 years in northeast England.	2013
16	Landes DP, Jardine C.	Are restrictive NHS contracts of benefit in addressing health inequalities? An ecological evaluation of their value in the North East of England.	2009
17	Eaton KA, Batchelor P, Johns DJ.	Developing consumer involvement in primary dental care. Report of a half-day seminar held at the Royal College of Surgeons of England on 15th September 2008.	2009
18	Rowan MS1, Mason M, Robitaille A, Labrecque L, Tocchi CL.	An innovative medical and dental hygiene clinic for street youth: results of a process evaluation.	2013
19	Campbell MA1, Hunt J, Walker D, Williams R.	The oral health care experiences of NSW Aboriginal Community Controlled Health Services.	2015
20	Aquilante AG1, Aciole GG1.	Oral health care after the National Policy on Oral Health - "Smiling Brazil": a case study.	2015
21	Faccin D1, Sebold R, Carcereri DL.	Work process in oral health: seeking different looks to understand and transform the reality	2010
22	Correa GT, Celeste RK	Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011	2015
23	Turner S, Ross MK, Ibbetson RJ.	Job satisfaction among dually qualified dental hygienist-therapists in UK primary care: a structural model.	2011

Apêndice 5 – Documentos da literatura cinzenta excluídos após a leitura integral.

- 1 [\[PDF\]Bringing Order to Indigenous Primary Health Care Planning and ...](#)
<https://www.aohc.org/.../AHAC%20Patients%20First%20Respons...>
[Traduzir esta página](#)
 Waasegiizhig Nanaandawe'iyewigamig: Northern and remote **oral health** planning across the province for Indigenous **primary health care policy**, priority.
- 2 [\[PDF\]First Nations Health and Wellness in Manitoba - Province of Manitoba](#)
www.gov.mb.ca/imr/ir/.../pubs/1st_nations_health_final2005.pdf
[Traduzir esta página](#)
 Disorder and **oral health** are considered. A recurring (**Oral health**, however, means more than healthy teeth and **Primary Health Care policy** framework.
- 3 [\[PDF\]Oral Health for all Northlanders - Northland DHB](#)
www.northlanddhb.org.nz/.../0/.../oral-health-strategy-adopted.pd...
[Traduzir esta página](#)
Primary Health Care Strategy. Improving Child Oral Health and Reducing develop **oral health policy**. • research, monitoring and evaluation. This new national ...
- 4 [\[PDF\]EU Cross- border health care collaboration - LSE](#)
www.lse.ac.uk/.../pdf/.../EuroHealth19-4-Web-121213.pdf
[Traduzir esta página](#)
[de P Belcher - Artigos relacionados](#)
- 5 [\[PDF\]aphcri's role in strengthening primary health care research capacity](#)
rsph.anu.edu.au/files/Snapshot%204-web%20version.pdf
[Traduzir esta página](#)
 To drive the implementation of research into **primary health care policy** and practice. The research that ... of Primary Care. 2. 2. -. Primary **Oral Health** Care. 3. 3.
- 6 [\[PDF\]Not just house-keeping: oral health and the Federal policy vacuum](#)
ruralhealth.org.au/.../11th%20NRHC%20Boyd-Caine_Tessa_A5...
[Traduzir esta página](#)
 The national oral health plan is the clearest statement of **oral health policy** at a Funding and policy for some **primary health care** services transferred to ...
- 7 [\[PDF\]AHHA leads oral health policy solutions – get involved - Australian ...](#)
https://ahha.asn.au/system/.../ahha_issue5_august2010_web.pdf
[Traduzir esta página](#)
 component of **primary health care** to be transferred to the Commonwealth government and does nothing to advance oral/dental health within the broader health.
- 8 [Health Care System Integration and Primary Health Care Development](#)
<https://cphce.unsw.edu.au/.../primary-health-care-system-develop...> - [Traduzir esta página](#)
 This includes integration within **primary health care** and with other sectors, ... Local Health District (SESLHD) **oral health policy** and service directions through an ...
- 9 [\[PDF\]oral health for better health - Dental Health Services Victoria](#)
https://www.dhsv.org.au/___.../teeth-oral-health-information-for-...
[Traduzir esta página](#)
 1.2 **Oral health policy** context. 6. 1.3 Maternal and information to assist them in the oral health component of their **primary health care** role. The information ...
- 10 [\[PDF\]solutions for Australia's dental crisis - Consumers Health Forum of ...](#)

https://chf.org.au/sites/default/files/health-voices-may12_web.pdf

[Traduzir esta página](#)

2 Dental and **Oral Health Policy** Issue. Paper: Policy Issue how to encourage **primary health care** practitioners and ... with other **primary health care** services,.

- 11 [\[PDF\]What is Primary Health Care? - Office of the Auditor-General New ...](#)

<https://www.oag.govt.nz/2002/primary.../primary-health.pdf>

[Traduzir esta página](#)

8 de mar de 2002 - ... the opportunity to establish, a national **primary health care policy** and persons' health, disability support services, diabetes, **oral health**, ...

- 12 [\[PDF\]Labour's health policy - Pharmacy Today](#)

https://www.pharmacytoday.co.nz/.../labour_health_policy_docu...

[Traduzir esta página](#)

A re-invigorated **Primary Health Care** strategy that emphasises accessibility, areas of health policy, prevention needs to be a major focus in **oral health policy**.

- 13 [\[PDF\]Dental hygiene research in Canada ...](#)

https://www.cdha.ca/.../DentalHygieneAtACrossroads_ResearchRe...

[Traduzir esta página](#)

cornerstone of PAHO's **oral health policy** for the Region of the Americas." In light of the **primary health care** services in Canada. These individuals are ...

- 14 [\[PDF\]SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À ...](#)

www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/aceso_a_informacaospais.pdf

regionalização / descentralização das ações de Atenção em **Saúde Bucal**; **Política de Atenção Primária à Saúde**, Saúde da População Negra, Saúde LGBT ...

- 15 [\[PDF\]Relatório 12ª Conf 2.indd - Prefeitura do Recife](#)

www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/relatorio_12a_conf_2.pdf

de **saúde bucal**, bem como a garantia da implantação do GraduaCEO por parte todos os profissionais da **política de atenção básica à saúde** nas três esferas ...

- 16 [\[PDF\]Australian Dental Association \(ADA\) - Productivity Commission](#)

https://www.pc.gov.au/___.../subpfr339-human-services-identifyin...

[Traduzir esta página](#)

27 de out de 2016 - Integrate and coordinate **oral health policy** within general health policy. ... care within **primary health care** and with other sectors: A systematic ...

CURRÍCULO LATTES

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Paulo Frazão)

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4707...>

Paulo Frazão

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0336022787699316>

Última atualização do currículo em 16/05/2018

Paulo Frazão é Professor Titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP. Concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo em 1999. Obteve título de Livre Docente pela USP em 2009. Foi consultor do Ministério da Saúde. Foi Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos entre 2006 e 2008 e Vice-Chefe do Departamento de Política, Gestão e Saúde da FSP-USP entre 2016 e 2017. Atualmente é Chefe do Departamento de Política, Gestão e Saúde da FSP-USP. Publicou 93 artigos em periódicos especializados e apresentou 142 trabalhos em eventos técnico-científicos. Possui 32 capítulos de livros e 2 livros publicados e 2 organizados e um posfácio. Participou de 6 eventos no exterior e 152 no Brasil. Orientou 19 dissertações de mestrado e 7 teses de doutorado, e supervisionou 8 monografias de especialização e 5 trabalhos de iniciação científica nas áreas de Saúde Coletiva e Odontologia. Recebeu 16 prêmios e/ou homenagens. Entre 1987 e 2004 participou da condução de 10 projetos de pesquisa. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase na Vigilância da Saúde Bucal, linha de pesquisa na qual coordena projetos de interesse da Saúde Bucal Coletiva. É coordenador de projetos do Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância em Saúde Bucal da FSP-USP e participa da Rede Brasileira de Vigilância da Fluoretação da Água de Abastecimento Público. É membro da Comissão de Políticas Públicas do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo. Em suas atividades profissionais interagiu com 71 colaboradores em coautorias de trabalhos científicos. Em seu currículo Lattes os termos mais frequentes na contextualização da produção científica e tecnológica são: Epidemiologia, Saúde Bucal, Cárie Dentária, escolares, Saúde Pública, Políticas Planejamento e Adm Sistemas e Serviços de Saúde, Má oclusão, Pessoal Auxiliar Odontológico, Cooperação Interprofissional, Sistemas locais de saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Paulo Frazão
Nome em citações bibliográficas	FRAZÃO, P.;Frazão, Paulo

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo 715 Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617957 Fax: (11) 30617835 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br/site/docentes/index/1/NULL/page:9
------------------------------	--

CURRÍCULO LATTES

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (João Victor Inglês de Lara)

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4850...>

João Victor Inglês de Lara

Bolsista de Mestrado do CNPq

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7400657912310953>

Última atualização do currículo em 14/01/2018

João Victor Inglês de Lara possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2015). Atualmente cursa Mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Tem experiência na área de Ciências da Saúde, com ênfase em Odontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde pública e odontologia, políticas de saúde, atenção primária, toxoplasmose, flúor e terapia fotodinâmica para bioestimulação. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome João Victor Inglês de Lara
Nome em citações bibliográficas LARA, J. V. I.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2016	<p>Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Diretrizes de saúde bucal nas políticas de atenção primária em cinco países selecionados: uma revisão integrativa, Orientador: Paulo Frazão. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: Saúde Pública; Política de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Odontologia.</p>
2011 - 2015	<p>Graduação em Odontologia. Universidade Estadual de Ponta Grossa, UEPG, Brasil. Título: Comparação entre saúde bucal e presença de anticorpos anti-Toxoplasma gondii em amostras de saliva e sangue. Orientador: Vitoldo Antonio Kozłowski Junior.</p>
2008 - 2010	<p>Ensino Médio (2º grau). Colégio Sagrada Família - Ponta Grossa, CSF, Brasil.</p>