



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Suelen Alves Rocha

**A política de saúde bucal: experiência dos
cirurgiões-dentistas, gestores e idosos**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Adjunta Silvia C. M. Bocchi
Coorientadores: Prof^a. Dra. Joana de Almeida
Prof^o. Jonathan Gabe

**Botucatu
2019**

Suelen Alves Rocha

A política de saúde bucal: experiência dos cirurgiões-
dentistas, gestores e idosos

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Adjunta Silvia C. M. Bocchi

Coorientadores: Prof^a. Joana de Almeida

Prof^o. Jonathan Gabe

Botucatu
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Rocha, Suelen Alves.

A política de saúde bucal : experiência dos
cirurgiões-dentistas, gestores e idosos / Suelen Alves Rocha.
- Botucatu, 2019

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio
de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Coorientador: Joana de Almeida

Coorientador: Jonathan Gabe

Capes: 40602001

1. Idosos. 2. Odontologia geriátrica. 3. Saúde bucal.
4. Política de saúde. 5. Atenção primária à saúde.
6. Odontólogos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde bucal;
Cirurgião-dentista; Idoso; Política de saúde.

Suelen Alves Rocha

**“A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL: EXPERIÊNCIA DOS CIRURGIÕES-
DENTISTAS, GESTORES E IDOSOS”**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva (Área de concentração: Saúde Pública).

Orientadora: Prof^ª. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi
Coorientadores: Prof^ª. Dra. Joana de Almeida e
Prof^º. Dr. Jonathan Gabe

Comissão examinadora:

Prof^ª. Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof. Dr. Roosevelt da Silva Bastos
Universidade de São Paulo - USP

Prof^ª. Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Prof^ª. Dra. Wilza Carla Spiri
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Prof^ª. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Botucatu, 23 de agosto de 2019.

Agradecimentos

A Deus pela oportunidade de continuar.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa modalidade estágio de doutorado no exterior.

À secretaria municipal de saúde de Botucatu e à Fundação Uni por autorizarem e facilitarem a realização da pesquisa.

À querida professora Silvia Cristina Mangini Bocchi pela preciosa orientação, compreensão, amizade e carinho.

Aos queridos professores Joana de Almeida e Jonathan Gabe por me guiarem pacientemente durante meus passos iniciais na sociologia, pela preciosa orientação e carinho.

Ao professor Antonio Cyrino por me colocar em contato com a professora Joana de Almeida.

Aos meus amigos Cristiane Murta e Artur Sixto pelo constante apoio e incentivo, especialmente importantes para concretização de minha experiência acadêmica na *Royal Holloway, University of London*. Obrigada pela amizade.

Ao querido Bruno Bevenuto por me ajudar na coleta de dados adicionais.

Aos meus amigos Flávia, David, Tiago, Fabiana, Asma e Bhavik pelo apoio, preocupação e amizade.

Às minhas irmãs Suzeli e Tina pelo apoio e carinho.

Aos demais familiares e amigos que não foram nominalmente citados, mas que sabem que fizeram parte desta conquista.

*"The afternoon knows what the morning never
suspected."*

Robert Frost

RESUMO

ROCHA, S. A. **A política de saúde bucal: experiência dos cirurgiões-dentistas, gestores e idosos.** Tese. Botucatu: Faculdade de Medicina – UNESP; 2019.

Introdução: A instituição de políticas públicas voltadas ao envelhecimento populacional constitui uma forma efetiva dos países ocidentais lidarem com a transição demográfica. No entanto, poucos países têm programas de saúde pública que possibilitam idosos acessarem cuidados de saúde bucal, por exemplo, sem barreiras financeiras. Apenas em 2004, a política pública de saúde bucal brasileira passou a ofertar cuidados de saúde bucal, de maneira universal e integral, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, esta pesquisa pretende analisar a operacionalização da política de saúde bucal por meio das experiências de idosos com o acesso aos cuidados bucais a partir da Atenção Primária à Saúde, bem como dos cirurgiões-dentistas com a oferta deste cuidado e dos gestores com a implantação e consolidação desta política. Desta maneira, questiona-se: — Os idosos brasileiros conseguem acessar cuidados de saúde bucal no SUS? — Como a política nacional de saúde bucal projeta as ações de saúde bucal em nível local? **Objetivo geral:** Fazer uma análise da operacionalização da política de saúde bucal brasileira a partir da metassíntese das experiências dos cirurgiões-dentistas, idosos e gestores da política de saúde bucal. **Objetivos específicos:** (a) compreender o processo experiencial de idosos adscritos às Unidades de Saúde da Família (USFs), de cirurgiões-dentistas que os atendem, assim como gestores municipais e federais, envolvidos na operacionalização da política de saúde bucal brasileira; (b) propor modelos teóricos representativos de cada experiência e; (c) elaborar metassíntese a partir dos modelos teóricos emersos das experiências, resultando em metamodelo. **Método:** Esta pesquisa faz parte de um projeto maior que investiga o acesso aos cuidados primários de saúde no Sistema Único de Saúde por meio da análise da demanda espontânea. Trata-se de estudo qualitativo orientado pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), na vertente Strauss e Corbin, tendo como referencial teórico a teoria do reconhecimento social de Axel Honneth. Os dados foram coletados por meio de entrevista não diretiva, gravada e transcrita na íntegra, com 34 atores, sendo: 16 cirurgiões-dentistas de USFs (grupo amostral 1), seis cirurgiões-dentistas em cargos de gestão da saúde bucal, sendo três em nível municipal (grupo amostral 2) e três federal (grupo amostral 3) e 12 idosos adscritos às USFs (grupo amostral 4), de um município do interior paulista. **Resultados:** Da análise das experiências dos grupos amostrais, emergiram quatro categorias centrais, respectivamente, a saber: “tentando alcançar a

relevância social da odontologia na Atenção Primária à Saúde apoiado nos atores do cenário micropolítico”; “obtendo sucesso nos projetos de gestão da saúde bucal no município ao colocar o cirurgião-dentista em evidência”; “da satisfação com a concretização à frustração com a instabilidade do Brasil Sorridente: legitimidade social como componente interveniente na luta pela sustentabilidade da política”; “entre atratores e dissipadores do cuidado de saúde bucal ofertado na ESF”. Do realinhamento de componentes oriundos dos quatro modelos teóricos, por meio de recursos da TFD e da metassíntese, permitiu processo analítico que resultou na categoria central deste trabalho (metamodelo), intitulada: “idoso como coadjuvante na luta da odontologia pelo reconhecimento social da profissão”. **Considerações finais:** percebe-se pouco acesso efetivo de idosos aos cuidados de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal experiência conduz idosos à busca de cuidados de saúde bucal no setor privado ou à resignação com sua condição de saúde. Enquanto cirurgiões-dentistas brasileiros demonstram algum potencial de agenciamento político. Encontramos lideranças da odontologia inseridas nos diversos cenários políticos, conseguindo inserir as pautas da categoria profissional na agenda política.

Descritores: Política de saúde; Saúde bucal; Idoso; Cirurgião-dentista; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

ROCHA, S. A. **The oral health policy: experience of dentists, managers and elderly people.** Thesis. Botucatu: School of Medicine – UNESP; 2019.

Introduction: To proactively enact public policies which address the ageing process is an effective way for Western countries to tackle the demographic transition. However, few countries have public health programs that enable older people to access oral health care, for example, without financial barriers. Only in 2004, the Brazilian oral health public policy started to offer universal and comprehensive oral healthcare in the Unified Health System (SUS). Thus, this research aims to analyze the oral health policy operationalization throughout the elderly's experiences with oral health care access at the primary health care, the dentists' experience in providing care, and the managers' experience with the implementation and consolidation of this policy. Thus, it is questioned: - Can the Brazilian elderly access oral health care in the SUS? - How does the national oral health policy project oral health actions at the local level? General objective: To analyze the operationalization of the Brazilian oral health policy based on the meta-synthesis of the experiences of dentists, elderly and oral health policy managers. Specific objectives: (a) understand the experience of elderly people attended by the Family Health Units (FHUs), the dentists' experience in assisting them, and the municipal and federal managers' experience with the Brazilian oral health policy; (b) propose theoretical models of each experience and; (c) elaborate meta-synthesis from the theoretical models emerging, resulting in the metamodel. **Method:** This research is part of a larger project that investigates access to primary health care in the SUS through the analysis of unscheduled care. This is a qualitative study guided by the Grounded Theory (GT), according to Strauss and Corbin approach, using Axel Honneth's theory of social recognition as a theoretical reference. Data were collected through a non-directive interview, recorded and transcribed in full, with 34 actors: 16 dentists from FHUs (sample group 1), six dentists in oral health management positions, being three in the county level (sample group 2) and three federal levels (sample group 3) and 12 elderly people enrolled in the FHUs (sample group 4), from a town in the state of São Paulo, Brazil. **Results:** from the analysis of the experiences of the sample groups, four core categories emerged, respectively: “trying to reach the social relevance of dentistry in primary health care based on the actors of the micropolitical scenario”; “Succeeding in oral health management projects in the municipality by putting the dentist in evidence”; “From satisfaction with the achievement to

frustration with the instability of Brasil Sorridente: social legitimacy as an intervening component in the struggle for the sustainability of politics”; “Between attractors and dissipators of dental care offered at the Family Health Strategy”. The realignment of components from the four theoretical models, using GT and meta-synthesis resources, allowed for an analytical process that resulted in the core category of this research (metamodel), entitled: “elderly as an aid in the fight of dentistry for the social recognition of the profession”. **Final considerations:** elderly people have little effective access to oral health care in the Family Health Strategy. This experience leads the elderly to seek dental care at the private sector or to settle for their poor oral health status. However, Brazilian dentists have potential political agency. We found leaders of dentistry inserted in the various political scenarios, managing to put their interest on the political agenda.

Descriptors: Oral health policies; Oral health; Elderly; Dentists; Primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Categoria central - Tentando alcançar a relevância social da odontologia na APS apoiado nos atores do cenário micropolítico.	32
Figura 2	Categoria central - Obtendo sucesso nos projetos de gestão da saúde bucal no município ao colocar o cirurgião-dentista em evidência.	44
Figura 3	Categoria central - Da satisfação com a concretização à frustração com a instabilidade do Brasil Sorridente: legitimidade social como componente interveniente na luta pela sustentabilidade da política.	61
Figura 4	Categoria central - Entre atratores e dissipadores do cuidado de saúde bucal ofertado na ESF.	83
Figura 5	Metamodelo. Categoria central - Idoso como coadjuvante na luta da odontologia pelo reconhecimento social da profissão.	83

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	<i>American Dental Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
BS	Brasil Sorridente
Cacon	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPO-D	Média de dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
HiperDia	Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PMAQ AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
PMAQ CEO	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
Prevsáude	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
Unacon	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

Apresentação

1 Introdução	16
1.1 Política de saúde bucal no Brasil.....	17
2 Objetivos	23
3 Método	25
3.1 Tipo de pesquisa.....	25
3.2 Cenário.....	25
3.3 Participantes da pesquisa.....	26
3.4 Coleta dos dados.....	28
3.5 Análise dos dados.....	29
3.6 Referencial teórico.....	31
3.7 Aspectos éticos.....	32
3.8 Validade e rigor científico.....	32
4 Resultados	35
4.1 Experiência dos cirurgiões-dentistas.....	35
4.2 Experiência dos gestores municipais da política de saúde bucal.....	51
4.3 Experiência dos gestores municipais da política de saúde bucal.....	65
4.4 Experiência dos Idosos.....	88
4.5 Metassíntese.....	93
5 Discussão	100
6 Considerações Finais	106

Referências

Anexos

Apêndices

Apresentação

Meu primeiro contato com pesquisa foi em 2007. Na época, cursava o segundo ano da graduação em enfermagem na UNESP, quando a querida professora Silvia me perguntou se gostaria de aprender sobre pesquisa e colaborar em um projeto de doutorado. Assim, descobri a pesquisa qualitativa, realizei uma revisão integrativa e ainda recebi uma bolsa de treinamento técnico 1 FAPESP. No ano seguinte, escrevi um ensaio filosófico sobre a integralidade no SUS fundamentado no referencial teórico que conheci por estar inserida neste projeto. Recebi o 3º lugar do prêmio "Conhecendo o SUS" no Seminário Internacional 20 anos do SUS, promovido pela Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Neste mesmo ano colaborei com a avaliação da disciplina de meio ambiente, sob orientação da professora Karina, integrei um grupo de pesquisa e aprendi sobre o discurso do sujeito coletivo.

Após a graduação pude auxiliar docentes do departamento de enfermagem na submissão de seus artigos, de modo que escrevi cartas de apresentação, conheci diferentes métodos, respondi pareceres e aprendi com eles. Percebi que gostava de pesquisa e mais ainda, gostaria de fazer pesquisa que implicasse na realidade, por isso, não podia seguir direto o caminho acadêmico, precisava de experiência no dia a dia do SUS. Foi assim que ingressei na residência multiprofissional em saúde da família. Foram dois anos intensos, aprendendo a ser enfermeira, a trabalhar em equipe, a lidar com questões sociais dos usuários e com políticas de gestão do trabalho. Me deparei com o esgotamento de profissionais comprometidos com o SUS e o meu próprio. Fazendo-me refletir sobre saídas, ou melhor, estratégias que pudessem modificar esta realidade. Mas como lidar com a demanda exaustiva nos serviços de saúde? Comecei pensando sobre o acolhimento, tema de meu TCC. Então, novas questões surgiram: É possível prever a demanda dos serviços de saúde e se preparar para recebê-la?

Queria continuar minha investigação. Então, perguntei a professora Silvia se não poderia me orientar no mestrado, mas pelo departamento de saúde pública. Conteí que gostaria de estudar a demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família e que tinha um coorientador em mente. Para minha sorte, ingressei no mestrado em saúde coletiva orientada pela professora Silvia e coorientada pelo querido professor Moacir, da FAMERP. Fizemos uma aplicação de técnicas não lineares na previsão da demanda de um serviço de saúde. Pesquisa que segue ainda seu curso, agora em uma versão qualitativa, em forma de projeto de doutorado. Queríamos entender as dinâmicas no processo de trabalho que facilitam moldar a demanda e melhorar o acesso, especialmente dos idosos.

Assim, em 2015 tive a oportunidade de ingressar no doutorado e simultaneamente atuar como professora substituta, minha primeira experiência na docência. Um mundo inteiramente novo se abriu, novos desafios, surpresas e descobertas. Como docente, por exemplo, tive o privilégio de atuar em disciplinas que utilizam metodologia ativa de ensino. Este contato intenso com graduandos, aprimorandos, residentes e docentes me permitiu um crescimento pessoal imenso em curto espaço de tempo, repensei meus valores, minha prática, me esforcei nos estudos e enfrentei desafios e obstáculos. Também percebi que gostava da docência, quem diria? Quanto a minha pesquisa de doutorado? Ainda enfrentava o desafio de entender a teoria fundamentada nos dados...

Por meio da minha inserção como docente no departamento de saúde pública, pude trabalhar com o professor Toninho, e por seu intermédio ser apresentada à professora Joana. Em 2017, a professora Joana e o professor Jon me receberam no departamento de sociologia da *Royal Holloway, University of London*, em seguida tomamos chá na *Boilerhouse*, claro. Então, discutimos meus dados iniciais e em poucos minutos uma série de inquietações e possibilidades surgiram. Assim, percebi que precisava coletar dados adicionais, incluir novos grupos amostrais, avançar para além do campo micropolítico em que me encontrava, perceber as

relações entre sociedade, economia, políticas sociais e resultados em saúde. Tenho muito o que aprender com eles, tenho muito o que aprender por mim mesma, ainda estou neste processo. Retornei ao Brasil, coletei dados adicionais e voltei à análise. Tive muita dificuldade, estava cansada, tinha muitos dados e não via fim, pensei em desistir. Ao mesmo tempo, enfrentava algumas adversidades no trabalho, agora como professora substituta em novo departamento. Tempos difíceis, mas nunca fui de desistir. Aos poucos a teoria fundamentada foi fazendo sentido, fui seguindo os dados, percebendo as hipóteses que surgiam e seguindo um caminho um tanto diferente do que pensei inicialmente.

Quando percebi, me encontrava no último ano de doutorado, com a insegurança sobre o futuro batendo à porta. Precisava me organizar em relação ao futuro. Foi quando um amigo, Tiago — fato curioso, só nos conhecíamos por Skype, pois aceitei seu convite e produzimos juntos um artigo e um capítulo de livro sobre acesso avançado — me incentivou a prestar o processo seletivo da Prefeitura de Municipal de Florianópolis/SC, concorrendo ao cargo enfermeiro na Atenção Primária. Considerei os seguintes pontos: 1. no último processo seletivo para professor substituto zerei no item experiência profissional, e se quero seguir a área acadêmica preciso investir também na assistência; 2. segundo o Tiago, em Florianópolis o enfermeiro é valorizado e tem bastante autonomia; 3. Adoraria morar em Florianópolis, a cidade é maravilhosa. Bem, atualmente, estou trabalhando como enfermeira de família no Centro de Saúde Cachoeira do Bom Jesus, Florianópolis/SC, fazendo parte de uma equipe comprometida com o SUS, e para minha surpresa, que utiliza o acesso avançado como modelo de agendamento. Tenho aprendido muito neste lugar.

Venho aprendendo muito no decorrer desta experiência que sucintamente narro. Portanto, o que lhes apresento a seguir não condiz com o que vivi, trata-se de um vislumbre do que tenho estudando, com um entendimento de que está inacabado, em construção, portanto, poderá ser enriquecido com tuas contribuições.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A população idosa¹ está crescendo mundialmente, estima-se um incremento de 56% entre 2015 e 2030 (NAÇÕES UNIDAS, 2015). Tal transição demográfica explicita a necessidade de adaptação dos sistemas de saúde ocidentais, que ainda não ofertam abordagem satisfatória aos problemas de saúde específicos desta população (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

A instituição de políticas públicas voltadas ao envelhecimento populacional constitui uma forma efetiva dos países ocidentais lidarem com a transição demográfica. No entanto, poucos países têm programas de saúde pública que possibilitam idosos acessarem cuidados de saúde bucal, por exemplo, sem barreiras financeiras (PETERSEN et al., 2010). Na maioria dos países ocidentais, cuidados de saúde bucal são prestados por cirurgiões-dentistas do setor privado e a cobertura por meio de seguro social, muitas vezes, não é estendida aos idosos (PETERSEN et al., 2010). Segundo Malecki et al. (2015) o custo relacionado à assistência odontológica é preditor de necessidades orais não satisfeitas; em países em desenvolvimento, cerca de 40% da população entre 65-74 anos refere problemas de saúde bucal, em comparação com 30% da população em países desenvolvidos (PETERSEN et al., 2010).

Neste contexto, a distribuição desigual de recursos e serviços odontológicos direcionada aos idosos constitui um problema de saúde pública. Em 2015, a prevalência global de edentulismo ou perda dentária severa foi de 27,7%, enquanto a prevalência global de doença periodontal foi de 26,5% (G. B. D. DISEASE INJURY, 2017). No entanto, a distribuição global destas condições de saúde bucal tem variado entre e dentro dos países. No Brasil, por exemplo, 60% dos idosos pobres eram edêntulos contra 10% daqueles com melhor poder aquisitivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2012). Além disso, mesmo em países desenvolvidos como o Reino Unido (KLEINMAN et al., 2015) e os USA (ORNSTEIN et al., 2015), idosos pobres, com deficiência cognitiva e restritos ao domicílio apresentavam pior status de saúde bucal (LOWE et al., 2007).

O acesso aos cuidados de saúde bucal é o principal preditor de resultados negativos em saúde bucal, mesmo após ajuste aos comportamentos individuais, fatores psicossociais e nível de desenvolvimento econômico comunitário (MALECKI et al., 2015). Assim, a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde bucal, entre outros fatores, contribui para que idosos convivam com série de condições, desde dor e úlceras relacionadas às próteses mal adaptadas, até

¹ Na maioria dos países desenvolvidos, foi aceita a definição de idoso como pessoa com 65 anos ou mais (OMS, 2002). No entanto, um ponto de corte de 60 anos foi estabelecido pelas Nações Unidas (OMS, 2002). Neste trabalho, foram considerados idosos os indivíduos com 60 anos ou mais.

desnutrição e desidratação relacionadas às dificuldades alimentares (BDA, 2012). Além disso, saúde bucal prejudicada tem impacto negativo na autoestima (BDA, 2012; PETERSEN et al., 2010) e comunicação (GHEZZI, 2012), contribuindo ainda mais com o isolamento e a solidão (BDA, 2012) bastante comum entre idosos — população mais vulnerável aos transtornos mentais (ANDREAS et al., 2017). Ademais, a saúde bucal, por vezes, é considerada uma mercadoria, e aqueles que não conseguem consumi-la tendem a serem excluídos socialmente (GREGORY et al., 2005), pois a dentição representa status social, poder, privilégios e ainda regula a mobilidade social (NATIONS, NUTO, 2002).

Apenas em 2004, a política pública de saúde bucal brasileira² passou a ofertar cuidados odontológicos integrais, de maneira universal, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, esta pesquisa pretende analisar a operacionalização da política de saúde bucal por meio das experiências de idosos com o acesso aos cuidados de saúde bucal a partir da Atenção Primária à Saúde, bem como dos cirurgiões-dentistas com a oferta deste cuidado e dos gestores com a implantação e consolidação desta política.

Desta maneira, questiona-se: — Os idosos brasileiros conseguem acessar cuidados de saúde bucal no SUS? — Como a política nacional de saúde bucal projeta as ações de saúde bucal em nível local?

1.1 Política de saúde bucal no Brasil

No Brasil, até o final do século XIX o atendimento odontológico era restrito às forças armadas. Em 1880, consultórios odontológicos foram instalados nas santas casas de misericórdia, realizando procedimento único (exodontia) (SILVESTRE et al., 2013). Os primeiros cursos de odontologia foram criados em 1884 nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (SILVESTRE et al., 2013). Neste período, a ação do Estado em relação à saúde bucal era restrita à regulamentação da profissão (SILVESTRE et al., 2013), e o modelo de assistência odontológica adotado no país era privatista, especializado, tecnológico e baseado em práticas individuais e intervencionistas (curativas/cirúrgicas), em conformidade com relatório GIES, publicado em 1926 nos USA (SILVESTRE et al., 2013).

Os primeiros programas de odontologia sanitária surgiram em 1952, com a criação do sistema incremental — um conjunto de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças aos escolares ofertadas pelo Estado, por meio do serviço especial de saúde pública (SILVESTRE

² O processo histórico de consolidação da política pública de saúde bucal no Brasil está descrito, ainda que de maneira sintética, no item 1.1 a seguir.

et al., 2013). Embora, haja relatos da presença de dentistas nas escolas em MG desde a década de 1930 (SILVESTRE et al., 2013).

Em 1953, no município de Baixo Gandu - ES, foi adotada pela primeira vez no Brasil a fluoretação das águas de abastecimento público — medida coletiva de prevenção da cárie dental recomendada pela *American Dental Association (ADA)* em 1950 e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1994. Os benefícios potenciais de tal medida alcançam todas as idades, sendo maior o impacto nas populações mais susceptíveis (ALVES et al., 2012). Estima-se redução de 35 % da incidência de cárie na dentição e 26% na dentição permanente, além de incremento de 15% na porcentagem de crianças livres de perda dentária em dentição primária e 14% em dentição permanente (IHEOZOR-EJIOFOR et al., 2015). No Brasil, a obrigatoriedade da fluoretação em todos os sistemas de tratamento das águas de abastecimento público deu-se em 1974, por meio da Lei Federal nº. 6.050, de 24 de maio de 1974, e do Decreto Federal nº. 76.872, de 22 de dezembro de 1975.

Na década de 1980, o Estado passa a ofertar assistência odontológica por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); as pessoas com menor poder aquisitivo e que não contribuía com a previdência social, procuravam os ‘dentistas práticos’ (PINTO, 1983) ou santas casas de misericórdia.

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, foi debatido o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsau), criado em 1981, no qual foi incorporando o programa de odontologia — oferta de um pacote de serviços mínimos, fundamentado em quatro diretrizes: prevenção da cárie, com tratamento prioritário às crianças de 6 a 14 anos, grupos de baixa renda e áreas economicamente desfavorecidas; máxima simplificação de insumos; máxima diversidade de recursos humanos (cirurgião-dentista, técnico de higiene dental, auxiliar de consultório dentário e atendente); e regionalização da atenção (PINTO, 1983).

Em 1986, na 8ª Conferência da Saúde, auge da luta pela redemocratização do país, foi declarada a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo as bases para criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Ainda em 1986, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, que explicitara os mesmos ideais da reforma sanitária para a saúde bucal (equidade, universalização e participação popular na saúde) e desenhava sua inserção no esboço político-doutrinário do SUS.

Em 1988, foi criado o departamento de odontologia no INAMPS, que instituiu um programa de caráter descendente e centralizado para prevenção da carie, incompatível com as propostas discutidas na I Conferência de Saúde Bucal. Paralelamente, o Ministério da Saúde (MS)

instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal, de caráter universal, descentralizada e com participação popular, porém determinando uma priorização da oferta por grupos (crianças de 6 a 12 anos, seguidas de 13 a 19 anos, 2 a 5 anos e adultos) ofertando um pacote de serviços mínimos — emergenciais, restaurações básicas, atividades preventivas e educativas (SILVESTRE et al., 2013).

Em 1989, foi eleito o primeiro presidente da república por meio de eleições diretas, que lançou o plano quinquenal para saúde (1990-1995), sem qualquer menção à política nacional de saúde bucal, estabelecendo apenas metas para o câncer de orofaringe, doença periodontal e cárie. Além disso, lançou o programa de controle da cárie pelo método de fluoretação do sal, que não avançou devido não uniformidade da quantidade de sal consumida pela população e concorrência com a fluoretação das águas de abastecimento público (SILVESTRE et al., 2013).

O relatório final da II Conferência Nacional de Saúde, em 1993, descreve o modelo de assistência odontológica corrente no país:

“O modelo de saúde bucal vigente no Brasil caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira. Ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação. [...] os vergonhosos indicadores de saúde e de morbidade bucal existentes, traduzidos pelos elevados índices de mutilações, cáries dentárias, doenças periodontais, câncer bucal, má oclusão e anomalias congênitas que colocam o Brasil entre os países de piores condições de saúde bucal no mundo.” (Conselho Federal de Odontologia, 1993).

Em 2002 foi publicada a portaria nº 1.444, que incorpora as equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Esta conquista foi fruto de longo processo de discussões e manifestações públicas de profissionais de saúde, conselhos de saúde e entidades odontológicas (Federação Interestadual dos Odontologistas, Associação Brasileira de Odontologia, Conselho Federal de Odontologia) (NARVAI, 2011).

Em 2002, a transição de governos permitiu que lideranças da odontologia — que estiveram envolvidas no movimento da reforma sanitária e articularam coligação partidária que elegeu o ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) — inserissem a saúde bucal como prioridade de governo. Assim, a proposta de uma política de saúde bucal abrangente, fruto de debates em espaços democráticos desde o final da década de 1980, foi apresentada em reunião ao presidente eleito, resultando no documento “Fome zero e boca cheia de dentes” (NARVAI, 2011), que dispunha, entre outras questões, as ações imediatas de saúde bucal a serem realizadas, fundamentadas em diagnóstico da saúde bucal no país.

Em 2003, foi publicado o documento ‘Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal’

(MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2004), integrado ao ‘Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil, portaria nº 2.607/GM, de 10 dezembro de 2004. Esta portaria apresenta a política nacional de saúde bucal pautada no programa Brasil Sorridente (BS) e implicada na reorientação do modelo assistencial de saúde bucal vigente. A implantação do BS cobriu diferentes eixos: construção de uma rede de atenção à saúde bucal — com serviços em todos os níveis de atenção à saúde; ênfase na promoção à saúde e prevenção de doenças; estabelecimento de uma política de educação permanente; e investimentos em vigilância em saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2015).

O Brasil Sorridente introduziu duas linhas de cuidado para a saúde bucal: (1) uma focada em ciclos de vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos), e (2) outra em condições de saúde (doenças crônicas, deficiências, saúde mental, entre outras), o acesso do idoso poderia se dar por ambas as linhas de cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2004).

Primeiramente, o Brasil Sorridente ampliou significativamente o número de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), induzindo incremento do acesso com equidade (ANTUNES, NARVAI, 2010). Em 2001, apenas 32 municípios prestavam cuidados de saúde bucal na APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2017), atualmente esse número é de 5.013, com 28.114 equipes de saúde bucal distribuídas pelo país (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2019).

Em segundo lugar, o Brasil Sorridente introduziu uma Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) estruturada para ofertar ciclos completos de cuidados de saúde bucal, e propiciar as ações multiprofissionais e intersetoriais, visando ultrapassar um modelo odontobiológico de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2018). A RAPS tem a APS como centro ordenador que articula os três níveis de atenção à saúde. A atenção especializada ambulatorial foi reforçada com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs). A atenção especializada hospitalar ainda é incipiente, tendo recebido investimentos iniciais em centro-cirúrgicos. Contudo, garantiu-se a atenção ao câncer de boca nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2018).

Atualmente, o SUS presta serviços de saúde bucal nos níveis primário, secundário e terciário, incluindo especialistas como protéticos, cirurgões bucomaxilofaciais, endodontistas, periodontistas, ortodontistas e estomatologistas (GOULART, DE MARCHI, 2017). Além disso, a teleodontologia brasileira oportuniza teleconsultorias para equipes da APS

(GOULART, DE MARCHI, 2017). Antunes e Narvai (2010) afirmam que a preponderância do modelo hegemônico da prática privada de odontologia no Brasil foi atenuada pela consolidação gradual de uma rede de saúde bucal pública.

No final da década de 1990, o CPO-D (média de dentes Cariados, Perdidos e Obturados) entre escolares aos 12 anos, idade-índice utilizada internacionalmente para fazer comparações, era de 6,7 e 72% da população urbana entre 50 e 59 anos precisa de prótese total em pelo menos uma arcada (CHAVES et al., 2017). Em 2003, a média de perda dentária encontrada foi de 25,8 dentes entre idosos de 65 a 74 anos, sendo necessário um mínimo de 21 dentes para manutenção de dentição funcional (CHAVES et al., 2017). Entre 2003 e 2010, houve aumento no percentual de crianças livres de cárie (31% para 44%); redução de 25% no CPO-D aos 12 anos (2,8 para 2,1); redução de 19% no CPOD de adultos entre 35 e 44 anos (20,1 para 16,3); redução de 29% referente aos dentes não tratados (1,7 para 1,2); aumento de 69 % referente aos dentes obturados (4,2 para 7,1) associado a uma queda de quase 50% referente aos dentes extraídos (RONCALLI, 2011); porém o CPO-D entre idosos foi de 27,5%, e 53,7% daqueles entre 65-74 anos eram edêntulos (CHAVES et al., 2017). Entre 2003 e 2008, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) houve uma redução na porcentagem de brasileiros que nunca havia ido ao cirurgião-dentista de 15,9% (27,9 milhões) para 11,7% (22,1 milhões); porém, não houve mudança na porcentagem de utilização dos serviços odontológico do SUS (30,7% para 29,7%) (CHAVES et al., 2017).

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Fazer uma análise da operacionalização da política de saúde bucal brasileira a partir da metassíntese das experiências dos cirurgiões-dentistas, idosos e gestores da política de saúde bucal.

Objetivos específicos:

- 2.1.1 Compreender o processo experiencial de idosos adscritos às Unidades de Saúde da Família (USFs), de cirurgiões-dentistas que os atendem, assim como gestores municipais e federais, envolvidos na operacionalização da política de saúde bucal brasileira;
- 2.1.2 Propor modelos teóricos representativos de cada experiência (cirurgiões-dentistas, gestores municipais em saúde bucal; gestores federais em saúde bucal e idosos)
- 2.1.3 Elaborar metassíntese a partir dos modelos teóricos emergentes das experiências, resultando em metamodelo.

MÉTODO

3 MÉTODO

Pesquisa de abordagem qualitativa, orientada pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) na vertente de Strauss e Corbin (2008), tendo como referencial teórico a teoria do reconhecimento social de Axel Honneth (2009). A pesquisa qualitativa foi escolhida como abordagem, porque se pretende apreender a experiência dos atores, com a política de saúde bucal, sendo, portanto, recomendada.

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior que investiga o acesso aos cuidados primários de saúde no Sistema Único de Saúde por meio da análise da demanda espontânea. O uso da TFD possibilitou ampliar o escopo definido inicialmente — a análise da demanda espontânea e processo de trabalho de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas atuantes na ESF. Desta maneira, por meio de amostragem teórica³ incluíram-se novos grupos amostrais que permitiram analisar o processo de consolidação da política de saúde bucal no Brasil.

3.1 Cenário

A pesquisa foi conduzida inicialmente nas Unidades de Saúde da Família (USF) de Botucatu, com população estimada de 146.497 pessoas (IBGE, 2019). Em 2010, Botucatu apresentava IDH de 0,8 (IBGE, 2010), IDHM entre 0,800 e 1, a população com 60 anos ou mais representava 13,3% da população total, enquanto a média nacional era de 10,8%, além disso, a razão de dependência⁴ era de 54,88% e taxa de envelhecimento⁵ de 5,83% (PNUD; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2013).

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, localizado no município, integra a Diretoria Regional de Saúde (DRS VI) Bauru e atende 68 municípios da região.

A rede de atenção primária à saúde de Botucatu está constituída por 20 unidades básicas de saúde, das quais 12 são USF, com 16 equipes de saúde da família, com 13 ESB. A rede municipal tem ainda um CEO, um pronto-socorro adulto, um pediátrico, um CAPS AD, um CAPS II. No início de 2012 incorporou-se o Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) que na cidade desenvolve atividades em todas as unidades básicas de saúde. A equipe NASF é composta pelas seguintes categorias profissionais: assistente social, psicólogo,

³ A depender da análise que está realizando, o pesquisador define dados que coletará em seguida (novos grupos amostrais, análise de documentos oficiais, entre outros), podendo inclusive ser de natureza quantitativa, se interessar à construção da teoria (GLASER; STRAUSS, 1967).

⁴ Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

⁵ Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, farmacêutico, ginecologista, psiquiatra, pediatra e homeopata.

Existem diversos convênios estabelecidos entre a Faculdade de Medicina de Botucatu e a rede municipal de saúde, sendo a rede municipal campo de estágio para cursos de graduação (enfermagem, medicina, nutrição, medicina veterinária) e pós-graduação (residência multiprofissional em saúde da família, residência multiprofissional em saúde do idoso, residência multiprofissional em ginecologia e obstetrícia, residência médica em saúde da família, aprimoramento em nutrição, entre outros). Neste contexto, os cirurgiões-dentistas atuantes nas ESFs de Botucatu colaboram como preceptores da residência multiprofissional em saúde da família, tutores na disciplina Interação Universidade-Serviço-Comunidade (IUSC) e nos projetos do PET-saúde.

3.2 Participantes da pesquisa

Nesta pesquisa, inicialmente, foram definidos como participantes os idosos adscritos às USF do município e os cirurgiões-dentistas atuantes nestas USF. Os critérios de inclusão foram:

1. Cirurgiões-dentistas – que atuam nas USF do município, estando pelo menos há três meses na USF atual. Sendo a escolha intencional, uma vez que esses profissionais são responsáveis pelo atendimento da demanda espontânea de idosos.
2. Idosos: pessoas com idade $\geq$ a 60 anos que tenham tido a experiência de passar por pelo menos uma consulta não agendada, nos últimos seis meses, em uma das USFs do município. Idosos sem prejuízo cognitivo e comunicacional que prejudique o entendimento dos objetivos da pesquisa e a efetiva participação.

A quantidade de pessoas entrevistadas para alcançar a saturação teórica depende de fatores como: público alvo, escopo do projeto e nível de expertise dos participantes (BONDE; HOLZ, 2013). Deste modo, classificou-se o grupo dos cirurgiões-dentistas como população homogênea, dentro de sua categoria profissional, e com nível de expertise alto na temática de pesquisa (mais de 50% possuem especialização em saúde da família). A partir da caracterização dos participantes ponderada por questões práticas como o número de equipes de saúde da família (n=16) e o nível de recusa esperado (15%) definiu-se como meta o número de 12 entrevistados para este grupo. Para o grupo de idosos, tendo em vista a diferenças socioeconômicas e educacionais esperadas, definiram-se três idosos por USF.

Os participantes foram progressivamente selecionados para integrarem a amostra, até alcance da saturação teórica — momento em que nenhum dado novo emergente pode colaborar com o

desenvolvimento das propriedades e dimensões das categorias. Neste ponto, a totalidade dos conceitos identificados foi compreendida suficientemente para o desenvolvimento robusto da teoria e alcance dos objetivos da pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Ao realizar-se a análise do grupo dos cirurgiões-dentistas foi identificada a necessidade de constituir novo grupo amostral, uma vez que os dados indicavam a possibilidade das ações desenvolvidas em nível local refletirem aspectos delimitados na política de saúde bucal nacional e mesmo algumas formas de gestão institucionalizadas. Assim, considerando que na TFD as fases de coleta, análise e elaboração dos dados de uma teoria são concomitantes, em um processo não-linear, e que a depender da análise que está realizando, o pesquisador define dados que coletará em seguida (novos grupos amostrais, análise de documentos oficiais, entre outros), podendo inclusive ser de natureza quantitativa, se interessar à construção da teoria — processo denominado por Glaser e Strauss (1967) como amostragem teórica — decidiu-se pela inclusão de novo grupo amostral constituído por gestores da saúde bucal em nível municipal, estadual e federal, amostragem orientada (*purposive*).

Os critérios de inclusão dos grupos de gestores foram:

3. Gestores municipais da política de saúde bucal – atuantes na gestão municipal no período de vigência da pesquisa. Foi convidada a totalidade dos gestores (n=3), incluindo o gestor vinculado à Organização Social que gerenciava a ESF em Botucatu (Fundação Uni).
4. Gestores municipais da política de saúde bucal – atuantes na gestão estadual no período de vigência da pesquisa.
5. Gestores federais da política de saúde bucal – atuantes na gestão federal no período de vigência do Brasil Sorridente (2004-atual). Foi convidada a totalidade dos gestores (n=5).

A pesquisadora principal entrou em contato com a gestão estadual, por meio de contatos públicos, mas não obteve resposta. Portanto, a gestão estadual não compôs a amostra final. Esclarece-se que a combinação da saturação teórica com a diversidade sociocultural (contemplada na definição dos grupos amostrais) possibilita maximizar as diferenças nas propriedades, consequentemente ocasionando variações na teoria que aumentam seu poder explanatório.

3.3 Coleta dos dados

Utilizou-se da entrevista não diretiva como procedimento de coleta de dados, fundamentada na técnica psicoterapêutica desenvolvida por Carl Rogers, como estratégia de estimular a comunicação do indivíduo consigo mesmo, tornando-se seu próprio centro de avaliação. Nesta técnica, o entrevistador evita o julgamento, tenta estabelecer uma interação afetiva de responsabilidade profissional, de forma que o indivíduo entrevistado se sinta respeitado. Tal situação denomina-se compreensão empática e possibilita que o entrevistado seja congruente, mostrando realmente quem é. Trata-se de uma entrevista que permite o discurso livre, e pressupõe que o entrevistado é capaz de expressar com clareza sua experiência em relação ao objeto abordado (RUDIO, 1991).

As questões norteadoras foram delimitadas, por meio de teste piloto, com atores (doutorandos da UNESP e idosos do Centro Saúde Escola) que não compõem a amostra. As entrevistas foram áudio gravadas, por meio de aparelho digital, transcritas no aplicativo *speechnotes*, e analisadas segundo as fases do referencial metodológico da TFD. Além disso, foi utilizado diário de campo durante as entrevistas, transcrições e processo de análise.

Os cirurgiões-dentistas que aceitaram participar da pesquisa, após realização de contato telefônico, foram entrevistados pela pesquisadora principal individualmente em consultório da USF, respeitando a privacidade e o anonimato de suas declarações, tendo como pergunta de partida: – Qual a sua experiência no atendimento do idoso na demanda espontânea?

Foram entrevistados 16 cirurgiões-dentistas, sendo nove entre março e agosto de 2014, dos quais dois foram reentrevistados em novembro de 2017, e sete novos cirurgiões-dentistas entre novembro e dezembro de 2017. Um cirurgião-dentista recusou o convite, e dois não preencheram os critérios de inclusão. As entrevistas tiveram duração variada entre 15 e 47 minutos, com duração média de 20 minutos.

Os coordenadores municipais da saúde bucal foram contactados via telefone, e entrevistados pela pesquisadora principal individualmente na secretaria municipal de saúde e na Fundação Uni. A pergunta norteadora foi: – Qual o envolvimento da coordenação municipal de atenção básica nas estratégias desenvolvidas pelos dentistas da Estratégia Saúde da Família visando aumentar a captação de idosos⁶?

Foi entrevistada a totalidade (n=3) dos coordenadores municipais da saúde bucal, nos meses de junho e julho de 2018. As entrevistas tiveram duração variada entre 29 e 48 minutos, com duração média de 39 minutos.

⁶ Capacidade de atrair idosos para os cuidados de saúde bucal, não sendo sinônimo imediato de incremento de acesso.

Os gestores estaduais não compuseram amostra, motive especificado acima (item participantes da pesquisa).

Os coordenadores-gerais da saúde bucal foram identificados em pesquisa no Google e contactados por meio de contatos públicos (e-mail, LinkedIn e Facebook). As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal por vídeo chamada, pelo Skype e Whatsapp, nos meses de julho e agosto de 2018. A pergunta norteadora foi: – Conte-me, qual a sua experiência com o desenvolvimento ou implantação da política de saúde bucal no Brasil?

Foram entrevistados três coordenadores-gerais da saúde bucal, dois não responderam ao convite. As entrevistas tiveram duração variada entre 49 e 93 minutos, com duração média de 63 minutos.

Os idosos, inicialmente, foram identificados por meio de relatório gerado no prontuário eletrônico, escolhidos aleatoriamente, contactados via telefone e entrevistados em suas casas. Percebeu-se pouca adesão a esta forma de contato, mostravam-se desconfiados, inseguros. Posteriormente, os idosos foram abordados na sala de espera da USF, aqueles que não passariam por consulta foram convidados a participarem da pesquisa, as entrevistas foram realizadas por colaborador treinado em consultório previamente reservado na USF, nos meses de março e abril de 2019. Na tentativa de entender a questões como corresponsabilização dos idosos no cuidado de saúde bucal e a operacionalização da rede de cuidados, a pergunta norteadora foi: – Como o sr(a) cuida da sua saúde bucal?

Foram entrevistados 13 idosos, um retirou sua participação posteriormente, sete negaram do convite via contato telefônico e quatro pessoalmente. As entrevistas tiveram duração variada entre 4 e 17 minutos, com duração média de 8 minutos.

3.4 Análise dos dados

A TFD permite formular teoria a partir de dados coletados e analisados sistematicamente, sendo a constituição da teoria um dos pontos principais que a difere de outros referenciais qualitativos (STRAUSS; CORBIN, 2008). O pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados, encontra categorias conceituais que por meio de um processo de indução tem suas dimensões (macro e micro) inter-relacionadas. Assim, conforme a coleta de dados avança, emergem categorias analíticas que vão desenhando a teoria (GLASER; STRAUSS, 1967). Para Strauss e Corbin (2008) uma teoria representa um conjunto de categorias bem desenvolvidas e inter-relacionadas, de maneira que revele as condições e consequências de

manifestação dos fenômenos como os sociais, psicológicos, educacionais e os relacionados às experiências de saúde-doença.

A TFD, na vertente utilizada (STRAUSS; CORBIN, 2008), compreende três passos de codificação que se complementam: codificação aberta; codificação axial e codificação seletiva:

1. Codificação aberta: processo analítico, por meio do qual são identificados os conceitos. Um conceito é uma representação abstrata de um evento, objeto ou ação/interação que o pesquisador identifica como sendo significativo nos dados e que por sua vez representa fenômenos. Esse processo inicia-se com a *microanálise*, análise detalhada (linha por linha), necessária para gerar categorias iniciais, sugerindo relações entre elas. Momento de identificação dos códigos, primeiras propriedades que compõe a experiência.

A partir de então, os códigos são sistematicamente comparados, buscando-se similaridades e diferenças, sendo agrupados sob conceitos, denominados categorias, (abstrações do fenômeno observado nos dados).

2. Codificação axial: processo de desenvolver e relacionar as categorias às suas subcategorias, ou seja, ligar categorias em nível de propriedade e dimensões para construir a teoria. Essa etapa objetiva reagrupar os dados que foram divididos anteriormente (codificação aberta), por meio da identificação das causas desencadeadoras do fenômeno, do contexto de inserção, das condições intervenientes, estratégias de ação e consequências — modelo paradigmáticos dos 5 Cs proposto por Strauss e Corbin. Optou-se por deixar o modelo dos 5 Cs como trama de fundo na construção das categorias, sem explicitá-lo de maneira direta, tornando o texto mais fluído. No entanto, para melhor otimização deste processo, optou-se pela construção de matriz, instrumento analítico que permite melhor visualização das relações e conexões entre o contexto, consequências e ações que envolvem os eventos ou incidentes identificados ao longo do desenvolvimento da teoria, resultando em elemento gráfico que exemplifica a hierarquização das categorias constituintes do modelo teórico proposto (STRAUSS; CORBIN, 2008).
3. Codificação seletiva: corresponde ao processo de integração e aprimoramento da teoria, onde as categorias são organizadas em torno de um conceito central de motivos (categoria central), o qual abarca as principais categorias que estão relacionadas a ele,

por meio de notas explicativas das relações (memorandos), associado a outras técnicas, como a utilização de diagramas para facilitar o processo de integração.

Nesta pesquisa, em todas as fases, foi utilizado o diário e campo, composto pelas abstrações da pesquisadora principal, desde a coleta de dados até análise final. Este diário contém hipóteses levantadas, perguntas emergentes, memorandos, diagramas — ferramentas que conduziram para seleção de participantes adicionais afim de corroborar as hipóteses levantadas, integração dos dados, construção das matrizes, elaboração dos modelos teóricos e por fim, metassíntese dos modelos teóricos, resultando em metamodelo.

O metamodelo desta pesquisa emergiu a partir da metassíntese dos modelos teóricos das experiências, realizada com ferramentas da TFD, e alinhamento com referencial teórico descrito a seguir.

3.5 Referencial teórico

Na TFD o referencial teórico pode ser conectado aos dados por meio da codificação teórica, permitindo que o pesquisador aumente a capacidade de abstração da teoria construída até um nível de generalização conceitual. Nesta pesquisa, os modelos teóricos apresentaram códigos teóricos relacionados com a luta pelo reconhecimento social. Os cirurgiões-dentistas e gestores, em nível micropolítico, buscam da relevância social da saúde bucal. Os gestores, em um nível macropolítico, buscam o reconhecimento social da odontologia. Por sua vez, os idosos, em nível micropolítico, têm seu direito à saúde bucal negado, e não conseguem organizarem-se em ação política na busca pelo direito negado, resultando em resignação. Estes resultados foram analisados à luz da teoria do reconhecimento social de Axel Honneth (2009) que aborda a construção social da identidade individual e coletiva por meio da luta por reconhecimento, resultando em metamodelo teórico intitulado: **IDOSO COMO COADJUVANTE NA LUTA DA ODONTOLOGIA PELO RECONHECIMENTO SOCIAL DA PROFISSÃO.**

A teoria do reconhecimento social de Axel Honneth (2009) considera que para identificar-se consigo mesmo o indivíduo necessita encontrar apoio e aprovação para suas qualidades e peculiaridades na interação com outros. Assim, discorre sobre três formas ordenadas de reconhecimento social que, em conjunto, garantem as condições sociais para o indivíduo se reconhecer como ser autônomo e individuado, sendo então capaz de se identificar com seus desejos e objetivos.

Segundo essa teoria o grau da autorrealização positiva, processo decorrente da interação com

outros e por meio do qual o indivíduo pode referir-se a si mesmo como sujeito, aumenta com cada nova forma de reconhecimento. Portanto, a partir das subdivisões da vida social em três esferas de interações, o reconhecimento nas relações primárias (pais, parceiros, amigos) leva à experiência de amizade e amor que possibilita ao indivíduo a autoconfiança; o reconhecimento nas relações jurídicas leva à experiência do reconhecimento jurídico (direito) que possibilita o autorrespeito; e o reconhecimento na comunidade de valores leva à experiência da solidariedade que possibilita a autoestima (HONNETH, 2009).

Entretanto, as formas de reconhecimento recusadas (desrespeito) podem abalar a autocorrelação prática do indivíduo, incorrendo na perda de certas pretensões de identidade. Assim, o desrespeito do tipo maus-tratos fere a confiança em si e se estende aos demais relacionamentos levando à vergonha social, na dimensão de uma violação psíquica; o desrespeito da privação de direitos fere o autorrespeito e o indivíduo não se vê em pé de igualdade na interação com outros, na dimensão de uma morte social; e o desrespeito do tipo degradação cultural fere a autoestima, o indivíduo não se percebe de maneira positiva no interior de uma coletividade, em uma dimensão de vexação. Por fim, o desrespeito implica em experiências de rebaixamento e humilhação social, geradoras de emoções negativas (ira, vergonha, desprezo) que representam a base motivacional afetiva para os confrontos sociais (luta por reconhecimento) (HONNETH, 2009).

3.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP), CAEE 52533016.2.0000.5411 (Anexo 1). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices 1-4). Códigos de entrevista foram usados (CD: cirurgião-dentista; GM: gestor municipal; GF: gestor federal e I: idoso), detalhes e lugares pessoais foram propositadamente omitidos para proteger a identidade dos participantes.

3.6 Validade e rigor científico

O rigor é um objetivo desejado independente da abordagem metodológica (qualitativa ou quantitativa) e de procedimentos especiais externos ao processo de pesquisa (MORSE et al., 2002). Para alcançá-lo, sugere-se a incorporação de estratégias, em cada fase da pesquisa, que atuam como mecanismo de autorregulação na garantia da qualidade do projeto (MORSE et al., 2002). Essas estratégias incluem o desempenho do investigador (*responsiveness*), a

coerência metodológica, a amostragem teórica e adequação da amostra, a orientação analítica ativa e a saturação (MORSE et al., 2002).

Tais estratégias fundamentam-se em dois aspectos: características próprias do investigador e estratégias de verificação (MORSE et al., 2002). Visando assegurar a qualidade desta pesquisa, buscaram-se atender esses dois aspectos. Quanto ao primeiro aspecto, é essencial que o pesquisador seja aberto, consiga ser sensível, criativo, flexível e disposto a abandonar ideias pouco suportadas pelos dados, ainda que ofereçam grande potencial à primeira vista (MORSE et al., 2002). Nesta pesquisa, a pesquisadora principal foi apoiada por uma pesquisadora experiente na TFD, não envolvida diretamente na coleta de dados, com quem se reuniu periodicamente, permitindo explorar outras perspectivas durante o processo de análise dos dados. Quanto ao segundo aspecto, as estratégias de verificação foram asseguradas por meio de cinco objetivos, descritos a seguir (MORSE et al., 2002):

1. Coerência metodológica: garantir congruência entre a questão de pesquisa e o método. A pesquisadora principal desenhou o projeto de pesquisa sob orientação da pesquisadora sênior, que assegurou o rigor em relação aos fundamentos epistemológicos e metodológicos de maneira a garantir tal congruência;
2. Adequação do processo amostral: amostra constituída por participantes que melhor representem o tema de pesquisa. Buscaram-se as técnicas de amostragem apropriadas à pergunta de pesquisa e os melhores informantes, por isso, a inclusão de grupos amostrais adicionais e a abrangência em quatro grupos amostrais distintos;
3. Coleta de dados e análise simultânea em processo iterativo. A TFD exige o respeito ao processo (*pacing*) não linear na coleta e análise de dados;
4. Abstração teórica: requer perspectivas macro e micro, avançando sem fazer saltos cognitivos, constantemente verificando as inferências nos dados, a fim de construir uma base sólida. Trata-se de etapas da TFD (codificação axial e seletiva), movimento indutivo reforçado pela constante comparação com os dados. Ademais, a inclusão de gestores de saúde bucal visou aprofundar o conhecimento dos fatores macropolíticos envolvidos no fenômeno investigado;
5. Mover-se com a deliberação entre uma perspectiva micro dos dados e uma compreensão conceitual macro/teórica. Processo garantido pela TFD em todas as etapas da TFD, culminando no aprimoramento da teoria. Bem como na discussão dos dados fundamentada na literatura atual e o referencial teórico adequado à experiência.

RESULTADOS

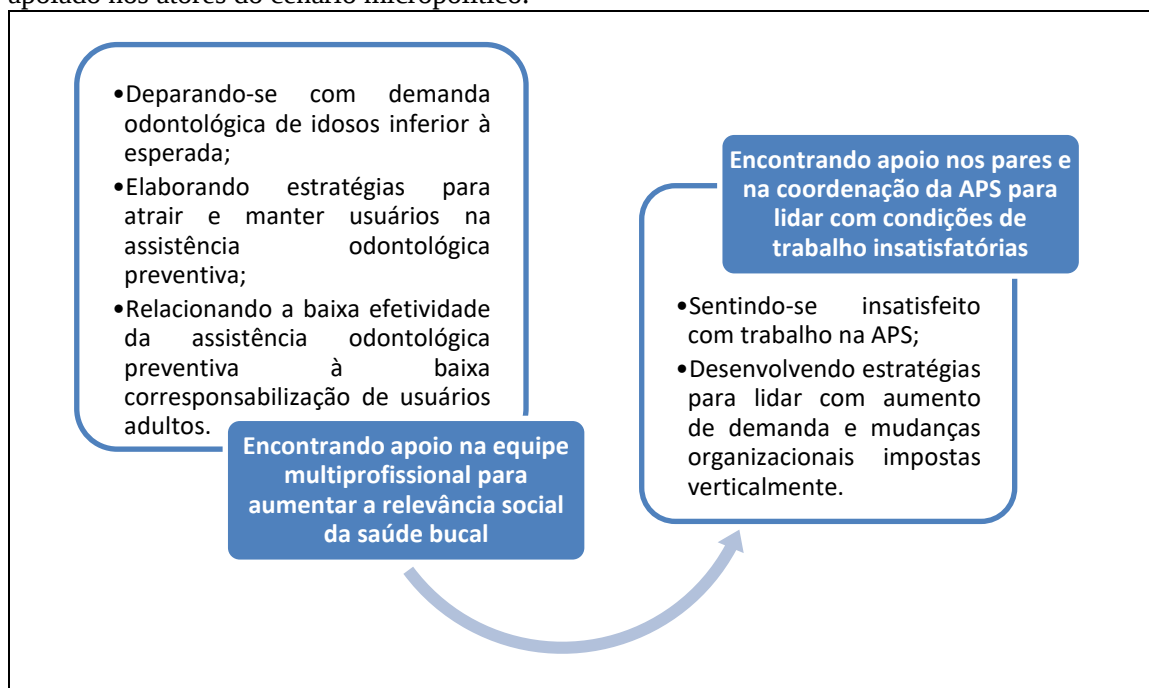
4 RESULTADOS

4.1 Experiência dos cirurgiões-dentistas

Foram entrevistados 16 cirurgiões-dentistas. A idade dos dentistas variou entre 29 e 52 anos, sendo a maioria do sexo feminino (n=10), casada (n=11), e com especialização em saúde da família ou saúde pública (n=11), o tempo de trabalho na ESF variou entre um e 11 anos, e o tempo de trabalho na USF atual variou de cinco meses a 11 anos.

A análise dos dados, por meio da TFD, permitiu compreender a experiência dos cirurgiões-dentistas com a demanda espontânea de idosos na ESF. A matriz desta experiência consta como Apêndice 5. O estabelecimento de relações teóricas entre os componentes desta experiência (subprocessos, categorias e subcategorias) permitiu o desenvolvimento de processo analítico que resultou na categoria central intitulada: **TENTANDO ALCANÇAR A RELEVÂNCIA SOCIAL DA ODONTOLOGIA NA APS APOIADO NOS ATORES DO CENÁRIO MICROPOLÍTICO** (Figura 1).

Figura 1. Categoria Central – Tentando alcançar a relevância social da odontologia na APS apoiado nos atores do cenário micropolítico.



Fonte: elaborada pela autora.

TENTANDO ALCANÇAR A RELEVÂNCIA SOCIAL DA ODONTOLOGIA NA APS APOIADO NOS ATORES DO CENÁRIO MICROPOLÍTICO representa a experiência de inserção política dos cirurgiões-dentistas no cenário da Estratégia Saúde da Família e gestão municipal do trabalho na APS, a fim de garantir condições laborais que possibilitem

impacto das ações de saúde bucal em nível local, e por consequência alcance da relevância social da odontologia — emissão de julgamento de valor que atribui importância à saúde bucal e ao trabalho do cirurgião-dentista, emitido por colegas de outras categorias profissionais e usuários do SUS. A categoria profissional tem grande capacidade de agenciamento micropolítico, sendo capaz de mobilizar membros da equipe multiprofissional para aumentar a relevância social da saúde bucal, entre usuários da ESF; e, simultaneamente, apoiar-se mutuamente e conseguir representação política junto à gestão municipal de saúde, na luta por condições laborais satisfatórias.

Este processo desdobra-se em dois subprocessos que explicitam as condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas na ESF, bem como as interações e parcerias estabelecidas com atores do cenário micropolítico: **Encontrando apoio na equipe multiprofissional para aumentar a relevância social da saúde bucal;** e **Encontrando apoio nos pares e na coordenação da APS para lidar com condições de trabalho insatisfatórias.**

Para os cirurgiões-dentistas a melhoria das condições de saúde bucal dos idosos, e demais usuários, exige uma mudança cultural em relação à saúde bucal, que por consequência poderia impulsionar a adoção de padrão regular de utilização dos serviços odontológicos e melhor autocuidado. Deste modo, **encontrando apoio na equipe multiprofissional para aumentar a relevância social da saúde bucal** trata-se de movimento político realizado pelos cirurgiões-dentistas em busca de outras oportunidades de mostrar a relevância social da saúde bucal aos usuários do SUS.

Este subprocesso emerge de uma sequência de eventos e reflexões: Deparando-se com demanda odontológica de idosos inferior à esperada; Elaborando estratégias para atrair e manter usuários na assistência odontológica preventiva; e Relacionando a baixa efetividade da assistência odontológica preventiva à baixa responsabilização de usuários adultos.

Os cirurgiões-dentistas conhecem o perfil epidemiológico da saúde bucal dos idosos no Brasil, especialmente precário entre aqueles com histórico de desvantagem social ao longo da vida. Portanto, seria esperado que estes idosos fizessem considerável uso dos serviços odontológicos no setor público. No entanto, deparando-se com demanda odontológica de idosos inferior à estimada trata-se da percepção de baixa procura de idosos pelos serviços odontológicos na APS, em relação aos demais ciclos de vida. Além disso, os idosos apresentam um padrão de utilização dos serviços odontológicos caracterizado como irregular, tardio e emergencial. Este padrão de procura e utilização dos serviços odontológicos públicos reforça a iniquidade em saúde bucal entre idosos brasileiros, parece que aqueles mais

vulneráveis aos acometimentos bucais são os que menos acessam cuidados de saúde bucal públicos.

Esta categoria compreende as subcategorias: *Identificando o histórico de escassez de cuidados odontológicos no país como responsável pela alta proporção de idosos edêntulos; Reconhecendo o padrão de utilização dos serviços odontológicos como determinante da condição de saúde bucal de idosos; Diferenciando padrão de utilização dos idosos em relação aos demais usuários do SUS; Observando idosos com queixas bucais procurando atendimento médico; e Percebendo baixa adesão dos idosos ao tratamento odontológico.*

Os cirurgiões-dentistas acreditam que a cultura de extração dentária no passado, devida escassez de recursos odontológicos, à falta de tecnologias de conservação e de abordagem preventiva em odontologia, resultou em grande parcela de idosos edêntulos. Uma vez que a perda dos dentes não é consequência natural do processo de envelhecimento, mas resultado de um efeito negativo progressivo e cumulativo na saúde bucal. Portanto, terminam *identificando o histórico de escassez de cuidados odontológicos no país como responsável pela alta proporção de idosos edêntulos.*

Quando o idoso era jovem tinha menos recurso, menos oportunidade para fazer o tratamento [odontológico]. Tinha a cultura de extrair todos os dentes, mesmo que não precisasse extrair, tinha essa cultura de extrair todos os dentes e colocar prótese. (CD7)

Porque é um mito que a pessoa tem que chegar à idade adulta, à idade avançada, banguela, edêntulo. Na verdade, ele pode chegar com os dentes perfeitamente em condições. (CD11)

Adicionalmente, ao compararem o perfil de idosos que procuram os setores público e privado, os cirurgiões-dentistas acabam *reconhecendo o padrão de utilização dos serviços odontológicos como determinante da condição de saúde bucal dos idosos.* A partir desta análise, cirurgiões-dentistas explicitam que a condição socioeconômica limita o acesso e as escolhas relacionadas à tecnologia odontológica, bem como a apreensão de informações de saúde. Além disso, ressaltam que a qualidade dos materiais e técnica do cuidado odontológico não se diferem entre os setores público e privado.

Na verdade, eu acredito assim, que essa diferença, do nível social, difere o usuário do serviço público do usuário do serviço particular. E para tudo, para divulgação de informação, para conscientização [...]. (CD16)

Eu acredito que o atendimento em si, do profissional, não muda. É o mesmo. O que muda realmente é o material. A qualidade do material é boa, é que não tem, por exemplo, a quantidade de material que um dentista particular teria. (CD16)

Nesta perspectiva, idosos que procuram setor privado tem melhor saúde bucal e dentição preservada em consequência do padrão de utilização regular dos serviços odontológicos,

associado à adoção de comportamento individual recomendado (busca regular por cuidados de saúde bucal, hábitos de higiene recomendados, redução do consumo de açúcares, tabaco e álcool). Ademais, no setor privado, idosos que não conseguiram realizar acompanhamento odontológico regular ao longo da vida, optam por opções melhores de reabilitação (implante ou prótese fixa sob implante) mas não aceitam ficar sem os dentes.

O idoso que vai ao setor privado tem condições [socioeconômicas], e tem outra cabeça. A vida inteira ele foi ao dentista. Eu tenho o meu sogro que tem 85 anos, ele tem todos os dentes na boca. A boca dele é invejável, é coisa linda. E os que não são tão invejáveis falam que querem melhorar, então optam por implante, eles não vão colocar a prótese total. É outra mentalidade. Hoje em dia, no privado, ninguém tira dente para pôr prótese total, a pessoa parcela [o pagamento]. E se vai colocar a prótese, faz aquela sobre implante, sabe? (CD15)

Por sua vez, idosos que procuram o setor público apresentam condição de saúde bucal bastante diversa: idosos que necessitam de prótese total; idosos com alguns dentes recuperáveis; e idosos com padrão de utilização regular e que necessitam de manutenção. Percebe-se que áreas periféricas da cidade concentram aqueles com dentição comprometida, que necessitam de exodontia e posterior reabilitação por prótese total – única forma de reabilitação ofertada no município em estudo. Em sua maioria, estes idosos apresentam um padrão de utilização dos serviços odontológicos emergencial, tardio e irregular. Por vezes, contradizem a indicação do cirurgião-dentista e optam por exodontia, ao invés da restauração.

É bem misturado, aparece de tudo. Aparece bastante idoso que já é caso de encaminhamento para prótese total, que eles querem, a prefeitura faz esse tratamento de prótese total. Tem bastantes casos de idoso com dor, que daí alguns dentes nós conseguimos salvar enviando para tratar canal, alguns dentes já são extração. E tem gente que vem mesmo para fazer o tratamento, que vem regularmente, e daí, às vezes, tem uma cárie ou outra, porque a destreza motora já não é a mesma. E daí é só raspagem, restauração. É bem dividido assim. (CD16)

Ainda existe uma cultura de que dente é ruim, de que é melhor tirar o dente do que tratá-lo, principalmente nesta geração mais idosa. Eles vêm com essa ideia de extração, mesmo que o serviço público tenha algum tipo de tratamento para conservar esse dente, é muito comum a procura por extração. Eles procuram extração e depois a instalação de uma prótese total, que seria a dentadura. Eu acho que é cultural, geracional. Eles geralmente associam dente com problema. Então, eles acabam mesmo com essa ideia, de extrair quase todos os dentes ali. (CD7)

Ademais, os cirurgiões-dentistas acabam *diferenciando o padrão de utilização dos idosos em relação aos demais usuários do SUS*. Embora seja crescente o número de atendimentos odontológicos de idosos na APS, devido ao envelhecimento populacional, este grupo apresenta a menor frequência de utilização entre os demais ciclos de vida.

E a população vem envelhecendo, não é? Então, é cada vez mais comum [...], nós atendemos cada vez mais pacientes idosos. (CD7)

Então, infelizmente o idoso constitui uma minoria para nós dentistas, tanto na demanda espontânea quanto nos atendimentos agendamentos. São pacientes que temos que praticamente caçar a laço, não é? (CD1)

Assim, cirurgiões-dentistas enumeram as razões da baixa procura dos idosos pelo serviço odontológico: barreiras de acesso (geográficas e organizacionais); desconhecimento dos serviços oferecidos, como reabilitação por prótese total; medo de receberem diagnóstico de câncer de boca; medo do atendimento odontológico; não percepção de necessidade de cuidados de saúde bucal, principalmente entre idosos edêntulos e reabilitados com prótese; resistência aos cuidados de saúde; não atribuição de relevância aos acometimentos bucais, na medida em que não relacionam saúde bucal e saúde geral.

Para além de não identificarem associação entre saúde bucal e geral, idosos por vezes, têm uma visão limitada do escopo profissional do cirurgião-dentista. Assim, cirurgiões-dentistas notam um padrão nas consultas não agendadas na APS: *idosos com queixas bucais procurando atendimento médico*. Segundo os cirurgiões-dentistas, muitos idosos não associam o cuidado da boca com o profissional cirurgião-dentista, apenas o cuidado dos dentes, sejam eles naturais ou prótese. Por isso, quando apresentam dor ou lesões bucais procuram atendimento médico.

Geralmente, o idoso procura o dentista porque quebrou a dentadura ou percebe que a dentadura está machucando a boca. Mas se é alguma outra coisa, que não é da dentadura, ele procura o médico, mesmo que seja na boca. Porque eles acham que não é a área do dentista, eles não associam a boca como a área do dentista, eles associam os dentes como a área do dentista. Então, se eu não tenho dentes, eu não procuro dentista; ou se a minha dentadura está pegando, daí procuro o dentista. É isso que eu consigo identificar nas demandas deles [idosos]. (CD13)

O tipo de queixa define se o paciente procura diretamente o dentista, porque quando o paciente precisa trocar uma prótese, por exemplo, ou tratar um dente, ele já sabe, tem que procurar o dentista. Agora quando a pessoa está com uma dor na boca, muitas vezes, eles [idosos] ainda procuram o médico primeiro. (CD5)

Por fim, quando conseguem captar estes idosos, os cirurgiões-dentistas acabam *percebendo a baixa adesão dos idosos ao tratamento odontológico*. Fato que impulsiona os cirurgiões-dentistas, na medida do possível, a resolver imediatamente as necessidades dos idosos em uma única consulta. Uma vez que, a maioria não retorna para finalizar o tratamento oral quando o desconforto bucal é resolvido, ainda que temporariamente.

Se for uma extração muito complicada, nós medicamos e agendamos o tratamento. Só que, às vezes, eu medico e agendo, e a pessoa acaba faltando no dia agendado. Depois volta outra vez no eventual, porque a hora que eu medico, a dor passa, mas

como não tratou, não resolveu o problema, a dor volta, e eles [idosos] voltam de novo no eventual. (D8)

Neste sentido, visando uma mudança cultural em relação à saúde bucal, e por consequência, o aumento da captação de idosos, os cirurgiões-dentistas acabam elaborando estratégias para atrair e manter usuários na assistência odontológica preventiva. Assim, adotam um modelo assistencial de odontologia preventiva, estabelecem parcerias com membros da equipe multiprofissional, e se inserem em programas de saúde bem consolidados na APS. Entende-se por mudança cultural o processo de modificação de hábitos, atitudes e valores dos usuários do SUS, incluindo usuários idosos, em relação à saúde bucal. Embora a procura e aceitabilidade de idosos pelo cuidado de saúde bucal tenha melhorado, por meio da adoção de tais estratégias, o padrão de utilização regular pelos serviços odontológicos ainda não foi alcançado.

Esta categoria compreende uma sequência de eventos, ações e reflexões: *Associando o padrão de utilização emergencial dos serviços odontológicos à baixa valorização da saúde bucal; Elegendo o modelo preventivo para ações de mudança comportamental relacionadas à saúde bucal; Precisando atuar colaborativamente, especialmente, no contexto das doenças crônicas; Identificando no trabalho interprofissional a possibilidade de inserção da saúde bucal na saúde geral; Estabelecendo parcerias com membros da equipe multiprofissional; Acordando com equipe o redirecionamento de idosos para atendimento odontológico; Contando com apoio dos agentes comunitários de saúde; Utilizando o HiperDia para ampliar sua atuação na saúde do idoso; Utilizando Campanha Nacional da Influenza para ampliar o papel do cirurgião-dentista na saúde do idoso; e Percebendo-se aceito pelos idosos com o passar do tempo.*

Para os cirurgiões-dentistas o comportamento de busca e padrão de utilização dos usuários da APS reflete a baixa valorização do atendimento odontológico quando comparado ao atendimento de saúde geral, ofertado por médicos e enfermeiros. Assim, acabam *associando o padrão de utilização emergencial dos serviços odontológicos à baixa valorização da saúde bucal*.

Porque eles dão mais importância para a parte médica do que para parte odontológica. Então é aquilo que eu te falei, espera doer. Então, nós contamos com essa colaboração do médico e do enfermeiro, para estar realmente direcionando eles. Então assim, várias pessoas vêm, com o cartãozinho e fala assim: – Ah, o médico pediu para marcar. Entendeu? E daí, nós marcamos. (CD16)

Adicionalmente, os cirurgiões-dentistas vêm-se *precisando atuar colaborativamente, especialmente, no contexto das doenças crônicas*, pois um cirurgião-dentista qualificado

avalia a condição de saúde geral e o histórico clínico do usuário, de maneira a direcionar o cuidado odontológico com segurança. Durante a anamnese reconhece condição fisiológica e medicações que podem contraindicar procedimentos odontológicos imediatos, especialmente os cirúrgicos, comum entre idosos. Atuando desta maneira, os cirurgiões-dentistas evitam complicações secundárias à intervenção odontológica.

Existe o nosso cuidado profissional de não gerar nenhum tipo de problema a mais para o paciente. De repente, eu faço a extração de um dente em um paciente que toma anticoagulante, e o paciente tem uma hemorragia, acabo gerando outro problema. Ou então, o paciente tem pressão alta, não identificada, e eu coloco o paciente na cadeira, quase todo mundo tem medo de dentista, não relaxa, daí tem um pico de pressão. Então, eu acho que temos que ter esse cuidado, com a saúde do paciente. E por consequência, evitamos complicações. Acho que tem que ter esse olhar um pouco mais atento. (CD7)

Em sua prática diária, os cirurgiões-dentistas atendem diversos usuários idosos com doenças crônicas não controladas. Nestes casos, precisam solicitar intervenção médica visando controle imediato ou ajuste do plano terapêutico do usuário, em longo prazo, antes de realizar ou reagendar o procedimento odontológico. Desta maneira, por vezes, o descontrole das doenças crônicas entre os idosos torna um atendimento imediato em eletivo. Logo, o adiamento do procedimento odontológico permite aos cirurgiões-dentistas abordarem oportunamente a importância do autocuidado com usuários. Além de solicitarem avaliação médica quando o usuário tem doença crônica e não está realizando acompanhamento clínico regular (sem consultas médicas e exames clínicos recentes).

Aí eu tenho que recorrer ao médico, quando não está controlado. Existem duas possibilidades, ou conseguimos controlar ali no momento, com a medicação extra que o profissional médico faz, e consigo realizar o procedimento no mesmo dia. Ou eu tento controlar a dor do paciente, com alguma medicação, até que se consiga o controle da glicemia ou da pressão. (CD13)

Desta maneira, os cirurgiões-dentistas acabam *identificando no trabalho interprofissional a possibilidade de inserção da saúde bucal na saúde geral*. Afinal, as políticas de APS e saúde bucal incentivam o trabalho interprofissional, e a coordenação municipal da APS apoia as iniciativas de colaboração na equipe multiprofissional. Contudo, cirurgiões-dentistas esclarecem que o trabalho interprofissional é uma orientação da política que depende da atitude individual para acontecer. O fato, é que a conveniência de diferentes profissionais da saúde atuarem em uma mesma unidade física, sendo responsáveis por uma população adscrita e compartilharem os prontuários dos usuários, facilita a integração da equipe e a possibilidade de interconsultas, encaminhamentos e outras modalidades de trabalho interprofissional.

Eu acho que vem também da própria política, que orienta que façamos a interconsulta. Apesar de que, têm profissionais e profissionais. Então, tem os dois lados, eu acredito. Dessa interconsulta que já é preconizada, mas também do profissional abraçar essa ideia, de fazer interconsultas, e tudo. (CD9)

Visto que cirurgiões-dentistas objetivam uma mudança cultural terminam *elegendo o modelo preventivo para ações de mudança comportamental relativas à saúde bucal*. O modelo odontológico preventivo visa reduzir o risco de perda dentária, promover a saúde bucal e a detecção precoce de acometimentos bucais. O enfoque está em mudanças relativas ao estilo de vida, principalmente direcionadas ao comportamento individual; pressupõe o acompanhamento odontológico regular ao longo da vida, hábitos de higiene bucal adequados, redução do consumo de açúcares, bebida alcoólica e tabaco.

Eu tento trabalhar com eles [idosos] com orientação, a questão da prevenção. Tento explicar, dou folhetinhos para eles levarem para casa. Oriento a olhar a boca, procurar se tem alguma lesão, o que fazer se tiver dor. Nós sempre tentamos trabalhar não só com a avaliação, mas com uma orientação, com a prevenção. (CD12)

[...] Se eles já fizessem o acompanhamento no decorrer da vida, vindo frequentemente ao dentista, fazendo em casa a escovação correta, não comendo muito doce, evitando doce entre as refeições, não ficando com açúcar na boca o tempo todo, sem escovar os dentes. Quer dizer, tem todo um trabalho de prevenção durante a vida que a pessoa chegará à idade adulta sem precisar usar uma prótese total. (CD11)

Neste contexto, cirurgiões-dentistas propõem e acabam *estabelecendo parcerias com equipe multiprofissional para melhorar adesão dos usuários e captação de idosos*. Assim, encontram apoio da equipe multiprofissional e conseguem identificar ocasiões oportunas no processo de trabalho médico-enfermagem para se inserirem.

Na verdade, nós usamos essas estratégias para todo mundo, não é só para o idoso [risos]. Nós pedimos para o médico orientar, por exemplo, as gestantes, durante o pré-natal, para marcarem consulta com dentista. Orientar o idoso para passar com o dentista, se notar alguma coisa. A criança, também [...]. Então, contamos com a colaboração do médico e da enfermeira. (CD16)

Visto que idosos dificilmente chegam espontaneamente ao serviço odontológico, mas constantemente buscam por atendimento de saúde geral, cirurgiões-dentistas acabam *acordando com equipe o redirecionamento de idosos para atendimento odontológico*. Assim, a equipe de enfermagem, responsável pelo primeiro acolhimento à demanda espontânea, redireciona idosos com queixas bucais para atendimento odontológico. Portanto, a demanda espontânea que recebe é indireta, ou seja, induzida pela equipe multiprofissional.

Agora, nós já percebemos que até as técnicas de enfermagem, às vezes, enquanto fazem a pré-consulta, na hora que já colhem a queixa, elas mesmas já direcionam para nós. (CD5)

Aqui geralmente o pessoal [médico e equipe de enfermagem] tem encaminhado, tem pedido para avaliar [interconsulta]. Principalmente se é idoso que há muito tempo não passa com dentista. (CD9)

Ademais, os cirurgiões-dentistas frequentemente recebem pedidos de interconsulta ou encaminhamento de idosos pelo médico e enfermeiro, após identificarem demanda odontológica durante seus atendimentos clínicos. E, algumas vezes, inclusive, recebem idosos edêntulos, que necessitam de reabilitação por prótese total, encaminhados pelo gastroenterologista da atenção secundária à saúde.

Em um primeiro instante passaram com o médico ou com a enfermeira, e daí a enfermeira ou médico acabam nos encaminhando [...]. É meio que de praxe, quando há lesão de boca ou área de nossa abrangência eles [equipe] já encaminham para nós, certo? Essa demanda espontânea é diferente, é difícil eles [idosos] chegarem aqui e falarem: – ‘Eu quero falar com o dentista’. – ‘Ah, mas por que o Sr deseja passar no extra?’ – ‘Ah porque eu estou com uma ferida na boca’. Isso praticamente não acontece, vão primeiro para o médico. Nós temos muitos desdentados totais que não usam prótese, então, às vezes, o gastroenterologista fala assim: – ‘Não, o Sr. precisa procurar uma unidade básica de saúde, para conseguir a prótese’. Basicamente eles [idosos] aparecem nestes casos. (CD1)

Neste contexto, os cirurgiões-dentistas acabam *contando com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)*, a fim de melhorar a comunicação com os usuários e identificar necessidades específicas. Uma vez que os ACS oferecem informações de saúde específicas para às quais foram capacitados; entregam e explicam convocações para atendimentos odontológicos na unidade de saúde e em serviços especializados; solicitam autorização para que crianças participem de atividade de prevenção odontológica nas escolas; e identificam necessidades de saúde bucal. Ademais, como são moradores da região e têm maior vínculo com usuários, acompanham os profissionais de saúde nas visitas domiciliares, nas clínicas rurais, e em deslocamentos em áreas remotas e menos seguras.

Eu peço para eles [ACS] explicarem o porquê que eu estou convocando. [...], mas eles não fazem só a convocação, geralmente, eles se deslocam comigo até lá [zona rural]. Então eles estão acostumados a me verem orientando. Eu, inclusive, passo algumas orientações aos ACS para que eles levem para as pessoas. Então, às vezes, algumas coisas eles mesmos orientam. (CD12)

Agentes comunitários são nossos parceiros. Tudo o que precisamos eles estão [pausa], por exemplo, o trabalho que fazemos na escola, temos parceria com eles, porque eu preciso da autorização dos pais para atender os alunos, para que a criança saia da escola. No início, nós mandávamos as autorizações pelas crianças, e não voltavam, entendeu? Agora elas [ACS] passam na casa, pedem para mãe ler e assinar. Quando temos algum problema com paciente, mais em relação às crianças, mandamos cartinha pelos ACS, para que eles expliquem a necessidade dos pais

estarem ajudando a criança na manutenção da higiene oral. Toda semana convocamos gestantes e bebês para atendimento, quando são faltosos também reconvocamos, porque é grupo prioritário. Então, os agentes levam uma cartinha, explicam que precisam vir, qual a importância. Quando precisa de visita domiciliar eles [ACS] solicitam para mim, por exemplo, quando tem algum paciente acamado, que veio do hospital, eles que me acionam, entendeu? – ‘Olha chegou tal pessoa, ela estava acamada, tem como você ir lá? Dar uma olhadinha na boca? Orientar a família sobre a higiene bucal?’ (CD13)

Adicionalmente, os cirurgiões-dentistas se inserem nos programas bem consolidados na APS, por médicos e enfermeiro, visando ampliar suas atividades junto à população idosa. Assim, acabam *utilizando o HiperDia para ampliar sua atuação na saúde do idoso*, uma vez que a maioria dos usuários cadastrados no programa é idosa. Esta estratégia é avaliada pelos cirurgiões-dentistas como eficiente para aumentar a captação de idosos, incrementar o acesso aos cuidados de saúde bucal, e possibilitar tratamento de acometimentos bucais não percebidos como problemas pelos idosos.

O HiperDia, na verdade, começou aqui interno. O médico nos chamou para participar do HiperDia, tanto de grupo quanto das avaliações. Nós começamos a fazer e achamos interessante, tivemos resultados bons. Então, nós conseguimos trazer bastante idosos. (CD9)

[...] Quando tem, por exemplo, o HiperDia que já é um tratamento mais específico, nós conversamos com médico e com a enfermeira, pedimos para passar, fazer alguma coisa. Porque no HiperDia a grande maioria é idoso, hipertenso e diabético. (CD16)

A participação do cirurgião-dentista no HiperDia é acordada com médico e enfermeiro, mas em geral acontece de duas maneiras: agendamento simultâneo às consultas médicas e de enfermagem; e compartilhamento de atividades coletivas de educação em saúde, seguido de avaliação odontológica individual. O compartilhamento de datas e períodos de agendamentos de consultas médicas e de enfermagem pressupõe menor absenteísmo e aumenta chances de alcance dos idosos pela odontologia. Além disso, o atendimento sincronizado possibilita aos usuários acesso aos cuidados primários em uma única ocasião.

Eu falo do HiperDia porque é onde conseguimos alcançar a faixa de 60 anos para cima. Nós temos um espaço reservado na agenda em que atendemos sincronizado. Então, por exemplo, nós marcamos 10 pacientes, esses 10 pacientes vão passar comigo, com a enfermeira e com médico. Passa em consulta com médico, passa comigo. [...] Nessa avaliação eu já vou orientando, muitos usam dentadura e tal, então oriento higienização, tudo certinho. Nesse mesmo dia, ele [idoso] já passa com todos [profissionais]. (CD12)

Durante as atividades coletivas de educação em saúde com médico e enfermeiro, os cirurgiões-dentistas têm a oportunidade de explicar a conexão entre saúde bucal e saúde geral, e abordar temas que julgam pertinentes. Após a atividade em grupo, os usuários são

convidados para avaliação odontológica individual. Por meio da avaliação odontológica, o cirurgião-dentista identifica as necessidades de cada indivíduo e elege as intervenções adequadas. Desta maneira, avalia lesões bucais, prescreve medicações, faz agendamentos para tratamentos necessários e para acompanhamento da evolução de lesões bucais, oferece orientações relacionadas à saúde bucal, higienização e substituição da prótese, orienta fluxos assistenciais, e encaminha para outros serviços como o de protetização e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

No HiperDia, eles [idosos] vêm com consulta agendada com o médico ou enfermeiro. Geralmente é feito um grupo, porque a médica faz uma orientação geral. Nós participamos deste grupo para eles valorizarem, porque eles não dão importância. Tem muitos que: – ‘Ah, eu já tirei todos os meus dentes. Então, nem vou ao dentista’. Daí nós abordamos algum assunto, mostrando a importância deles [idosos] estarem procurando um dentista. Em seguida, fazemos a avaliação bucal, e se for necessário fazemos um agendamento ou encaminhamento. (CD10)

Os cirurgiões-dentistas também se inserem no programa nacional de imunização, *utilizando a Campanha Nacional da Influenza para ampliar o papel do cirurgião-dentista na saúde do idoso*. Simultaneamente à campanha nacional de vacinação contra Influenza, o cirurgião-dentista organiza a campanha de prevenção do câncer de boca na USF. Esta estratégia visa à identificação de lesões precursoras, e por consequência, o diagnóstico precoce do câncer de boca em idosos.

Nós tentamos atingi-los [idosos] no HiperDia e, principalmente, na campanha de vacinação da gripe que é sempre feita no mês de abril. Então, esses são os dois maiores focos, onde nós atingimos o idoso. (CD1)

Os cirurgiões-dentistas do município deliberadamente aumentaram o escopo da campanha: para além da identificação de lesões precursoras de câncer, realizam avaliação odontológica completa, semelhante à abordagem realizada no HiperDia, oferecendo intervenção adequada a cada caso. Cirurgiões-dentistas avaliam esta estratégia como efetiva para aumentar a captação de idosos, além de possibilitar resultados imediatos como a detecção e o tratamento de lesões bucais.

Nós fazemos a campanha de prevenção de câncer de boca junto com a da influenza. Só que nós não investigamos apenas as lesões, avaliamos também se precisa de tratamento, se tem doença periodontal, cárie. Então, damos continuidade, já agendamos para fazer o tratamento. (CD9)

Nós avaliamos a lesão, medicamos. E, dependendo do grau da lesão, dependendo da gravidade, marcamos um retorno, geralmente com 15 dias, porque toda lesão que perdure mais de 15 dias deve ser investigada. Então, se esta lesão persiste, nós encaminhamos para o diagnóstico bucal no Centro de Especialidades Odontológicas. (CD1)

No começo de sua atuação no HiperDia e na campanha de vacinação da influenza, o cirurgião-dentista se deparava com muita resistência dos idosos ao seu atendimento. Nestas ocasiões, os idosos comparecem à USF esperando atendimento médico ou de enfermagem, portanto, não estão preparados para esta abordagem oportunista do cirurgião-dentista, fato que gerava resistência. No entanto, o cirurgião-dentista acaba *percebendo-se aceito pelos idosos com o passar do tempo*. Idosos se acostumaram com a presença do cirurgião-dentista e a abordagem odontológica, mas ainda apresentam certa resistência ao diagnóstico bucal, pois têm medo de receberem o diagnóstico de câncer bucal.

[...] Acho que alguns idosos estão se acostumando com a ideia de serem vistos por um dentista. Eu vi esta mudança ao longo do tempo, e sei que tem a ver com minha abordagem no HiperDia. No começo, muitos não queriam ser examinados, eles diziam: – ‘Oh, como posso passar com o dentista se eu tenho uma consulta médica? E vim aqui para ver o médico’. Mas hoje, muitos já se acostumaram comigo. (CD9)

Eles têm medo. Eles têm medo do que pode ser diagnosticado, eles já sabem que tem uma lesão, então não [aceitam ser examinados] [...] sabe, preferem não saber. (D16)

Desta maneira, os cirurgiões-dentistas reconhecem a baixa efetividade da abordagem preventiva entre usuários adultos, e por consequência empreendem esforços na abordagem preventiva dirigida à criança, pois consideram que a criança é mais passível de apreender novos hábitos comportamentais relacionados à saúde bucal e geral. Contudo, cirurgiões-dentistas avaliam a intervenção dirigida às crianças como pouca efetiva, devido à carência de reforço positivo, por parte dos responsáveis adultos, ao comportamento de saúde recém adotado pela criança. Por fim, cirurgiões-dentistas acabam relacionando a baixa efetividade da assistência odontológica preventiva à baixa corresponsabilização de usuários adultos.

Esta categoria compreende os eventos: *Reconhecendo a dificuldade de adesão dos usuários adultos à odontologia preventiva; Investindo na abordagem odontológica preventiva direcionada às crianças; e Culpabilizando usuários adultos pela baixa efetividade da odontologia preventiva*.

Reconhecendo a dificuldade de adesão dos usuários adultos à odontologia preventiva, o cirurgião-dentista percebe que a abordagem de mudança de estilo de vida não vem apresentando os resultados esperados na saúde bucal. Considera que usuários têm acesso às tecnologias do cuidado necessárias para mudaram o comportamento e aderirem à terapêutica recomendada, mas não aderem. Adicionalmente, reconhece que a odontologia preventiva é muito pouco assimilada entre os idosos, jovens adictos, e entre crianças e adolescentes que dependem dos responsáveis legais para acompanhá-los às consultas odontológicas.

Eles não têm o hábito da prevenção, principalmente a odontológica. Nas outras áreas

nós também vemos que eles não se cuidam muito bem. Na área médica, por exemplo, é difícil você ver eles se prevenindo, mudando hábitos alimentares, hábitos de atividade física. Eles são sedentários, você orienta a realização de algum tipo de atividade física, eles continuam sedentários. Então, eles são muito resistentes. É difícil fazer essa abordagem, essa mudança cultural de prevenção. Pelo menos na minha área, é muito difícil convencer um idoso a não tirar o dente, mesmo que este dente possa ser tratado. (CD7)

Neste contexto, acabam *investindo na abordagem odontológica preventiva direcionada às crianças*, por meio de atividades de escovação supervisionada na escola e acompanhamento odontológico regular. Assim, acreditam que alcançarão a mudança cultural desejada, pois as crianças adotariam comportamento odontológico preventivo e se acostuariam ao atendimento odontológico regular, mantendo hábitos na fase adulta, reduzindo assim os acometimentos bucais na fase adulta e o edentulismo.

Nós acreditamos muito na prevenção, eu acredito que esta seja a ideia principal: se prevenir [na infância] você não vai ter problema com adulto, e nem com idoso. Então, abordamos mais a fase da criança. (CD14)

Os cirurgiões-dentistas avaliam o investimento realizado com a abordagem preventiva na infância como parcialmente efetivo. Em um primeiro momento, as crianças assimilam o comportamento odontológico preventivo, mas abandonam por falta de incentivo e supervisão dos adultos, que têm dificuldade em modificar hábitos. Portanto, *culpabilizando usuários adultos pela baixa efetividade da abordagem odontológica preventiva* significa o entendimento dos cirurgiões-dentistas de que a manutenção de um padrão de utilização irregular dos serviços odontológicos, resultando em processo progressivo de piora clínica, é consequência da falta de adesão dos usuários. Não se sentem frustrados com esta situação, pois acreditam que usuários têm acesso aos cuidados primários e tecnologias necessárias para manterem uma condição razoável de saúde. Ademais, explicitam que fazem sua parte como profissional – orientando o autocuidado e comportamento individual relativo à saúde bucal.

Tem muita criança, os próprios professores falam, que escovam na escola, mas em casa ninguém cobra a escovação. Então, acabam deixando de lado. Tem muita criança que é pobrezinha financeiramente, mas estão com os dentes em ordem, os pais, no caso, cuidam mais. (CD11)

É, nós fazemos a nossa parte. Nós avisamos, explicamos como cuidar dos dentes, fazemos a manutenção. Explicamos a prevenção, tudo. Agora tem uma parte que eles [usuários] têm que fazer na casa também. No dia a dia, na escovação, seguir todas as recomendações para preservar [os dentes]. Não é só em nível de consultório que você vai resolver o problema. (CD11)

Eu procuro fazer o meu trabalho. Eu acho que aí o paciente tem que fazer o trabalho dele, não é? Você orienta, reorienta, às vezes, você chama a atenção do paciente, fala: – Poxa, olha, é a quinta vez que o Sr. vem aqui, está do mesmo jeito. Alguns, às vezes, aderem, mas de repente, passam ali seis meses, um ano, percebo que

retornam naquela rotina de não cuidar da própria saúde. Isso não me frustra, como profissional, mas eu acho que o paciente tem que executar o cuidado dele, o paciente é responsável por ele mesmo. (CD7)

O segundo subprocesso desta experiência, **encontrando apoio nos pares e na coordenação da APS para lidar com condições de trabalho insatisfatórias** decorre da percepção de contexto laboral insatisfatório que compromete as parcerias instituídas entre membros da equipe multiprofissional e inviabiliza o desenvolvimento de práticas odontológicas fundamentadas no modelo assistencial preventivo. Em decorrência, desestabiliza as ações estratégicas dos cirurgiões-dentistas, visando aumento da relevância social da saúde bucal. Perante tal situação, os cirurgiões-dentistas se articulam com pares e com a coordenação da APS conseguindo força e representação política.

Este subprocesso compreende as categorias: Sentindo-se insatisfeito com trabalho na APS; e Desenvolvendo estratégias para lidar com aumento de demanda e mudanças organizacionais impostas verticalmente.

Sentindo-se insatisfeito com trabalho na APS resulta do sentimento de insatisfação com atos políticos dirigindo a gestão do trabalho em saúde e com a piora percebida nas condições de trabalho, influenciando negativamente nas práticas colaborativas em equipe e fazendo-o adotar um modelo assistencial curativo.

Esta categoria compreende a sequência de eventos: *Percebendo interferência partidária no desenvolvimento da política de saúde bucal em nível local*; *Perdendo autonomia e controle sobre seu processo de trabalho*; *Sentindo sobrecarga de trabalho*; e *Adotando modelo assistencial de odontologia curativa*.

Percebendo interferência partidária no desenvolvimento da política de saúde bucal em nível local trata-se do entendimento dos cirurgiões-dentistas de que a instituição de práticas profissionais colaborativas e atividades de prevenção de doenças e promoção à saúde, ainda que incentivadas pela política de APS, só se concretizam em nível local com apoio da gestão municipal de saúde. Na ocasião das eleições municipais, com mudança do partido político no governo, a nova gestão instituída ocupa-se com uma série de modificações nos programas de saúde em andamento. Desta maneira, os cirurgiões-dentistas relatam terem passado por dificuldades para reestabelecer o programa de saúde bucal nas escolas, devido período de descontinuidade temporária. O programa foi reestabelecido quando a nova gestão municipal percebeu sua vinculação com repasse financeiro proveniente de nível federal. Ademais, a nova política municipal de acesso à APS, instituída verticalmente, entre outras ações, reduziu a frequência e duração da reunião de equipe, e não permite a reserva deste período nas

agendas dos profissionais. Tal modificação afetou a integração da equipe, diminuiu as ações colaborativas e favoreceu a ocorrência de conflitos.

Tive dificuldades para continuar com o programa de risco de cáries das crianças, perdemos os dados de acompanhamento devido descontinuidade, por interferência política. Digo política partidária, pois ao se trocar o prefeito, com a mudança do partido, parece que o novo secretário quer mudar tudo o que o anterior construiu, para mostrar que não era bom. [...] há um ano o secretário de saúde proibiu as reuniões de equipe, que retornou em ‘nova versão’ [quinzenal, duração de uma hora, com profissionais que estão livres] há quatro meses. Agora, fica difícil reunir toda a equipe, os médicos geralmente estão com pacientes e não podem participar. Eu, também, por vezes, tenho paciente. Isto atrapalhou a integração da equipe, as pessoas passaram a trabalhar de maneira isolada, cada um fazendo o ‘seu’. Os conflitos também aumentaram, pois a informação é passada de forma parcial, sem possibilidades de questionamentos, e cada um acaba interpretando do seu próprio jeito e vai passando para o outro. (CD13)

Em 2015, algumas USF tinham população adscrita maior que a preconizada na política de APS. Nestas USF, os cirurgiões-dentistas utilizavam mecanismo de agendamento quinzenal com triagem clínica e delimitação de horário na agenda para atendimentos não agendados (*carve-out*), visando controlar a demanda populacional. Nos últimos dois anos, em decorrência do aumento de cadastramento nas USF e da retirada de barreiras organizacionais de acesso à APS – sem redimensionamento de pessoal e adaptação de outras estruturas – o cirurgião-dentista viu-se *perdendo autonomia e controle sobre seu processo de trabalho*.

Ela [vaga para tratamento de adultos] está agora para uns seis meses mais ou menos. Antes, nós conseguíamos mantê-la a cada dois meses, porque quem realizava o agendamento era eu e a minha auxiliar. Nós tínhamos, a cada 15 dias, o período da manhã para fazer o agendamento. Então, fazíamos uma triagem dos pacientes. Depois, eles [nova gestão municipal] colocaram que o agendamento deveria ser livre. Assim, o pessoal teria que vir no posto e agendar, ou então deixar o nome, a qualquer dia e a qualquer hora. Daí não foi mais possível fazer o agendamento por risco clínico. Então, por exemplo, a pessoa vem agendar e ela agenda, entendeu? Não é visto qual é a necessidade. (CD13)

Neste contexto, algumas equipes passaram de um modelo de agendamento *carve-out* para o tradicional, com elevação do tempo de espera (passando de 15-30 dias para três ou quatro meses) para consulta odontológica. A exigência de abertura da agenda (modelo de agendamento tradicional) trouxe à tona a demanda reprimida, explicitou o desequilíbrio entre demanda e oferta de serviços odontológicos, e ocasionou aumento da carga de trabalho dos cirurgiões-dentistas. Para lidar com tal situação, a coordenação municipal de APS estabeleceu estratégia de racionalização de recursos, por meio da priorização de crianças e gestantes, e da criação de lista de espera para usuários adultos, incluindo idosos.

Nas outras duas áreas, a agenda já era aberta, pois têm menos pacientes. Eu agendava x vezes por mês, daí ficava igual às outras áreas. Agora, com a minha agenda teve que ficar aberta, deu um mês, o segundo mês, daí o retorno já começou

a ficar para dois, três meses para frente. Conversando com a coordenação, sobre o que eu faria [...], ela [coordenadora da APS] orientou que eu fizesse a lista de espera de adulto na minha área, dando prioridade para criança e gestante. (CD9)

Em decorrência, *sentindo sobrecarga de trabalho*, o cirurgião-dentista não se preocupa mais com baixa captação de idosos, pois não consegue gerenciar a demanda existente. Deixa de desenvolver atividades de prevenção de doenças bucais, de promoção à saúde, busca ativa de usuários, e mantém o programa de escovação supervisionada nas escolas com muita dificuldade.

Na verdade, por ter essa lista grande de espera, eu não consigo ter nenhuma estratégia voltada para os idosos. Minha demanda é impossível. [...] Mesmo o trabalho nas escolas é pesado, tenho x escolas, x creches e x projetos sociais sob minha responsabilidade. (CD14)

De forma natural, acabam *adotando o modelo assistencial de odontologia curativa*, com enfoque clínico e reativo à demanda que se apresenta no serviço. Todos os usuários que buscam atendimento não agendado são acolhidos pelo auxiliar de saúde bucal que investiga o motivo da busca espontânea. Esta etapa inicial pode desdobrar-se em: atendimento imediato (dor, infecção, procedimentos simples); atendimento mediato, por meio de agendamento de consulta (procedimentos complexos, limpeza); ou encaminhamento para serviços especializados (protetização, diagnóstico de lesões bucais). O atendimento imediato é ordenado por gravidade clínica.

Fazemos uma pré-consulta, para ver qual é a necessidade dele. Então, por exemplo: – ‘Ah eu só quero um encaminhamento para ir para a prótese’. Já faço o encaminhamento para o serviço de protetização. – ‘Ah eu quero fazer uma limpeza’. Não é nada urgente, então encaixo na agenda. – ‘Ah eu estou com uma restauração, mas estou com um pouquinho de dor’. Como está com dor peço para esperar, será atendido entre um paciente e outro. – ‘Ah acho que estou com uma infecção’. Infecção não pode esperar, encaixo entre os agendados do dia. (CD14)

[...] Eu faço o que é possível de se fazer, mas não o que gostaria de fazer, o que é esperado de um dentista de família. Não dá tempo de construir vínculo, conhecer as pessoas. Isso aqui parece um pronto-socorro, não uma unidade de saúde da família. (CD14)

Insatisfeito com perda de autonomia e piora nas condições de trabalho, os cirurgiões-dentistas conseguem se articular com colegas de profissão, partilhando a carga de trabalho e estratégias organizacionais capazes de garantir o atendimento dos usuários mais vulneráveis. Ademais, encontram apoio e representação política na coordenação de APS, que apresenta suas reivindicações como categoria profissional junto à gestão municipal de saúde. Assim, acabam desenvolvendo estratégias para lidar com aumento de demanda e mudanças organizacionais

impostas verticalmente.

Entre outras estratégias, os cirurgiões-dentistas de diferentes equipes, que atuam na mesma unidade física, passam a compartilhar os atendimentos não agendados. Cirurgiões-dentistas responsáveis por população adscrita muito maior que o preconizado, que não tem colegas de profissão atuando na mesma unidade física, conseguem que coordenação da APS advogue junto aos gestores municipais pela instituição de outra equipe de saúde bucal. Por fim, cirurgião-dentista, por iniciativa própria, sugere a priorização dos idosos nos atendimentos, retirando-os da lista de espera de adultos. Esta sugestão é aceita pela coordenação da APS, que orienta a inclusão dos idosos como grupo prioritário.

[...] Espero que algum dia isto aqui mude. (CD14)

Espero que as coisas melhorem [...]. Ainda bem que a coordenadora da APS, que também é dentista, e já trabalhou na rede, está do meu lado, está brigando para colocarem uma segunda equipe aqui. (CD13)

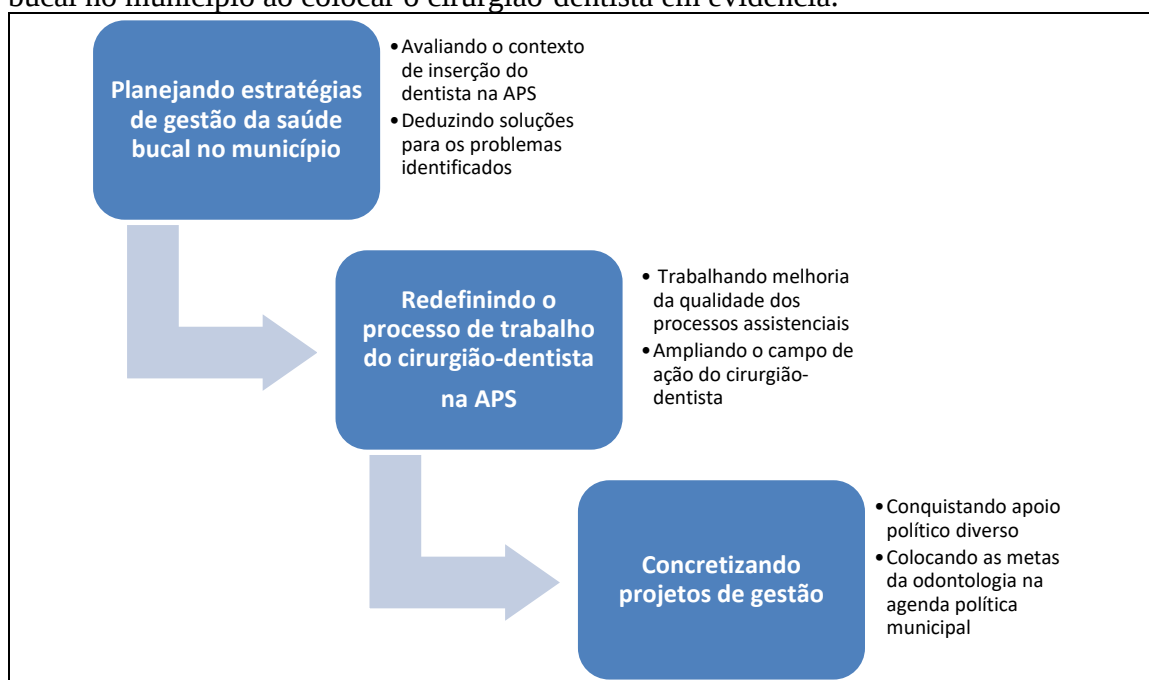
A coordenação orientou criar a lista de espera de adultos. Aí, eu resolvi abrir a prioridade para o idoso, para ele não ir para a lista. Já separei horários para chamá-los, agora no começo do ano. (CD9)

4.2 Experiência dos gestores municipais da política de saúde bucal

Foi entrevista a totalidade dos gestores municipais de saúde (n=3). A idade dos gestores municipais variou entre 36 a 60 anos, todos eram casados, um deles tem especialização em saúde da família e gestão de serviços de saúde, o tempo de atuação na gestão em saúde no município varia de 18 meses a cinco anos.

A análise dos dados, por meio da TFD, permitiu compreender a experiência dos gestores municipais como relação à consolidação da política de saúde bucal em nível local. A matriz desta experiência consta como Apêndice 6. O estabelecimento de relações teóricas entre os componentes desta experiência permitiu o desenvolvimento de processo analítico resultante na categoria central intitulada: **OBTENDO SUCESSO NOS PROJETOS DE GESTÃO DA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO AO COLOCAR O CIRURGIÃO-DENTISTA EM EVIDÊNCIA** (Figura 2).

Figura 2. Categoria Central – Obtendo sucesso nos projetos de gestão da saúde bucal no município ao colocar o cirurgião-dentista em evidência.



Fonte: elaborada pela autora.

OBTENDO SUCESSO NOS PROJETOS DE GESTÃO DA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO AO COLOCAR O CIRURGIÃO-DENTISTA EM EVIDÊNCIA representa o processo experiencial dos gestores municipais na concretização da política de saúde bucal em nível local. Trata-se de trajetória cuidadosamente planejada, a partir da identificação do contexto micropolítico de inserção dos cirurgiões-dentistas na APS, fato que resulta na definição de projeto de gestão e simultânea constatação de capacidade política reduzida para realizá-lo. Assim, desenvolvem estratégias diversas que colocarão o dentista em evidência e contribuirão para aumento da capacidade política desejada. Este processo desdobra-se em três subprocessos: **1. Planejando estratégias de gestão da saúde bucal no município; 2. Redefinindo o processo de trabalho do cirurgião-dentista na APS; e 3. Concretizando projetos de gestão.**

Planejando estratégias de gestão da saúde bucal no município decorre do movimento empreendido pelos gestores municipais no desenvolvimento de um projeto de gestão da política de saúde bucal em nível municipal, que implicará em modificações no processo de trabalho dos dentistas na APS. Este subprocesso compreende duas categorias: avaliando o contexto de inserção do cirurgião-dentista na APS e deduzindo soluções para os problemas identificados.

Avaliando o contexto de inserção do cirurgião-dentista na APS, os gestores municipais da saúde bucal percebem o aumento da demanda populacional por cuidado de saúde bucal, a sobrecarga dos dentistas, e a queda da qualidade assistencial odontológica no município. Simultaneamente identificam recursos e apoio disponíveis, bem como fragilidades existentes, por meio das ações: *avaliando a demanda por serviços odontológicos; avaliando a estrutura da rede odontológica no município e avaliando o apoio disponível por meio da colaboração interprofissional*.

Avaliando a demanda por serviços odontológicos, os gestores municipais constataam que não tiveram a capacidade de contratar pessoal de maneira proporcional à demanda que se apresentou nos serviços de atenção primária. Uma vez que a crise econômica no país resultou em incremento no número de usuários do SUS e redução da arrecadação municipal. Assim, a demanda odontológica de adultos é alta, sendo as listas de espera resultantes do desequilíbrio entre demanda e oferta de serviços odontológicos.

Na verdade, esta vinda de mais gente para o serviço público foi uma coisa que nós não esperávamos. E nós não tivemos a capacidade de aumentar o número de profissionais, mesmo de unidades de saúde, na mesma proporção que esse pessoal começou a procurar o serviço público. [...] Isto aconteceu no país inteiro, cada vez vai ser pior porque nós não conseguimos, em uma época de crise, repor ou mesmo acompanhar a demanda crescente da população. Nós sempre estamos contratando um ou outro, já temos programada a abertura de duas novas unidades de básicas de saúde, mas ainda assim fica deficitário. (GM3)

Essa demanda está grande sim. Não tem nenhum lugar que eu posso falar para você: “— Não, lá está tranquilo.” A lista de espera está grande, têm lugares que está bem extensa, a parte de adulto. (GM1)

Além disso, a retirada abrupta de barreira de acesso (horário fixo para atendimento de urgências odontológicas), sem definição de outros critérios de acesso ou mudanças organizacionais para sustentá-la, fez com que dentistas perdessem o controle sobre seu processo de trabalho. A fim de lidar com os usuários inesperados, os dentistas têm restringindo o número de procedimentos odontológicos a serem realizados em consulta agendada. Ademais, o tempo de espera para um agendamento odontológico tornou-se elevado, dificultando a finalização de tratamentos odontológicos, incorrendo em maior taxa de absenteísmo e aumento da procura por atendimento de urgência. Esta organização do trabalho tem ocasionado sobrecarga de trabalho para os dentistas, bem como maior custo e menor produtividade, resultando em queda da qualidade assistencial odontológica.

Antes desta gestão tinha um período, o paciente tinha que chegar na primeira hora para ser atendido como eventual, e agora não tem mais isso, ele pode chegar a qualquer momento. Isso para o usuário facilitou, de certa maneira, mas a agenda fica

muito tumultuada. Então, o eventual acaba sendo a prioridade, e o agendado nunca consegue terminar o tratamento. Às vezes, o paciente falta na consulta, e no dia seguinte, vai de extra. Então, bagunça muito, está muito difícil para eles [dentistas] trabalharem. [...] os retornos ficam muito para frente e aí a pessoa acaba faltando, não tem o tratamento completado. (GM2)

Adicionalmente, *avaliando a estrutura da rede odontológica no município* os gestores verificam os meios de que se dispõem, e as dificuldades existentes nos fluxos assistenciais. A rede odontológica é bem estruturada no município e a linha de cuidado do câncer bucal está bem estabelecida. A abertura recente do pronto-atendimento noturno ampliou o acesso e tem ajudado na gestão das urgências odontológicas. O CEO municipal é bem estruturado, apenas usuários com deficiências graves e que necessitam de sedação geral são encaminhados para outro município. Um dentista realiza as biópsias para diagnóstico bucal e encaminha para análise em serviço de estomatologia de município conveniado, com retorno breve dos resultados. A marcação de cirurgia de câncer bucal pela central de regulação é rápida, e o serviço de atenção terciária é localizado no próprio município.

O CEO é municipal, só atende as pessoas do município. No caso de paciente especial, poucos, mas quando eles precisam são encaminhados para Araçatuba, no centrinho. Quando é cirurgia de câncer, nós conseguimos aqui no hospital das clínicas, dentro do município mesmo. O diagnóstico bucal, temos uma dentista, ela fez o curso em Piracicaba. Então, ela manda todas as biópsias para Piracicaba, retorna bem rapidinho, uma semana, quinze dias no máximo, se fossemos mandar aqui no hospital das clínicas ia demorar bastante, e lá é cirurgião-dentista mesmo quem faz. E se tem alguma parte, alguma coisa de cirurgia, que foi diagnosticado câncer, aí tem a unidade de vagas, já marca rapidinho, essa parte é bem boa. (GM2)

Entretanto, a mudança do CEO para uma localização periférica dificultou o acesso dos usuários, elevando a taxa de absenteísmo; e o distanciamento físico do CEO de uma unidade de saúde impossibilita a realização de interconsulta médica e administração de medicamentos, em casos de emergência e urgência clínica.

Quando o CEO era aqui na cidade, as pessoas iam com a guia marcada. Se faltasse um paciente, você já pegava a pessoa que ia marcar, ou ligava para uma lista, e as pessoas iam lá. Mas agora tem que pegar estrada, muita gente não consegue. Então, temos mais faltas lá, e faltas que não conseguimos repor. Lá estamos em um lugar longe de uma unidade de saúde, não temos nenhum recurso, se tiver algum problema emergencial ali [...]. Quando estávamos perto da unidade, às vezes, quando tinha um paciente que estava com uma pressão um pouco mais elevada ou mesmo a diabetes fazíamos a interconsulta, até você conseguir atendê-lo, dava a medicação, ia atendendo outro. Agora não temos farmácia, não tem a possibilidade disso. Então ficou, ficou ruim, ficou bem ruim lá. (GM2)

O município conta com um bom serviço de protetização, embora não ofereça prótese parcial. A qualidade da assistência odontológica é boa, havendo poucas reclamações na ouvidoria municipal. Na verdade, gestores esperam aumento de reclamações devido à frustração dos

usuários com o atual tempo de espera para se conseguir um agendamento odontológico.

A parte de prótese no município é muito boa, conseguimos oferecer a dentadura. Só que quando é perda parcial, não tem prótese parcial, isso nós não temos, isso dificulta um pouco. (GM1)

A odontologia de Botucatu não gera muita ouvidoria, não gera muita reclamação, entendeu? Agora num futuro próximo, o que pode gerar reclamação é justamente essas listas de espera. (GM3)

Neste contexto, *avaliando o apoio disponível por meio da colaboração interprofissional* os gestores municipais reconhecem o papel da equipe multiprofissional no alcance de metas do cuidado de saúde bucal. Desta forma, identificam todos os membros da equipe multiprofissional como potenciais colaboradores da odontologia, os ACS, por exemplo, são essenciais na identificação de necessidades de saúde dos usuários, especialmente daqueles que não chegam aos serviços de saúde. Mais especificamente, os ACS contribuem para oferta de um cuidado oportuno e efetivo ao trazer informações relevantes sobre usuários mais complexos; orientam fluxo de usuários na rede de atenção à saúde bucal; e auxiliam na busca ativa de usuários e identificação de necessidade de atendimento domiciliar.

Às vezes nós fazemos uma abordagem no grupo, explicamos tudo, e a pessoa, não consegue tocar, a pessoa não faz o que pedimos. Para mudar isso tem que ter muito trabalho viu, não só do dentista, é um trabalho da equipe mesmo. É um trabalho de acesso verbal, no trabalho do médico, do enfermeiro, do dentista, a equipe melhoraria isso. [...] Todos, auxiliar administrativo, todos, todos podem ajudar. (GM1)

Um caso, por exemplo, o idoso está com câncer, ele vai precisar fazer quimioterapia. Ele vai precisar de um tratamento mais intenso. Então, o agente comunitário traz a história. Eu acho que esse é um papel fundamental deles [ACS], se eles não trouxerem o paciente vai ficar lá na casa. Então: “— Dá para você ir em um acamado?” (GM1)

Segundo os gestores municipais, os dentistas costumavam desempenhar um papel profissional isolado, porém o modelo de ESF contribui para maior integração deste profissional na equipe. Os dentistas da ESF, quando comparados com dentistas de UBS tradicionais, mostram-se mais abertos, predispostos ao trabalho interprofissional, apresentam maior envolvimento em atividades preventivas e realizam busca ativa de forma rotineira. Entretanto, os gestores municipais pontuam que o trabalho interprofissional depende muito do perfil e iniciativa dos profissionais que compõem a equipe. Quando a equipe multiprofissional e o dentista são abertos, a colaboração interprofissional é facilitada, sendo o contrário também verdadeiro.

O dentista sempre foi um profissional isolado. Eu acho que na saúde da família, os dentistas, como eu falei, na época que nós chegamos, mudamos muita coisa. Eu

acho que isso depende muito da equipe em si, tem equipe que ela é mais aberta. Daí ele [dentista] consegue realmente fazer parte daquela equipe e consegue trazer as nossas dificuldades. E quando a equipe é aberta, ela está lá para ajudar. Mas tem equipe que não, tem equipe que eu sinto, que eu visito, agora estando do outro lado [como gestora], que eu sinto muita dificuldade. Que não é bem assim, que é fechada, que o dentista não consegue ter uma boa relação, parece que é truncada, e isso não é bom. (GM1)

Desta forma, avaliam que a redução do tempo de reunião em equipe prejudicou a organização do processo de trabalho na ESF, representando para os dentistas a perda de espaço de partilha de dificuldades e conquista de apoio.

[...] por isso que a perda da reunião de equipe foi uma perda muito grande para nós [dentistas]. Era onde conseguíamos trazer as nossas dificuldades, e quando a equipe é aberta ela estava lá para ajudar. (GM1)

A percepção dos gestores de queda da qualidade assistencial odontológica, redução da autonomia/controle dos dentistas sobre seu processo de trabalho nos serviços de APS leva à segunda categoria deste subprocesso, deduzindo soluções para lidar com os problemas identificados. Tendo como contexto estrutural a migração de usuários do setor privado para o SUS, e maior intervenção da gestão municipal nos mecanismos de acesso aos serviços de saúde, resultando em elevada demanda espontânea e tempo de espera para consulta odontológica. Ademais, a localização periférica do CEO é tida como barreira de acesso, apesar da rede odontológica bem estruturada no município; e a redução do apoio interprofissional disponível enfraquece a capacidade política da odontologia no município. Tais constatações mobilizam os gestores municipais a buscarem alternativas de sucesso.

Agora que nós entramos [gestoras novas] começamos a conhecer outros municípios. Fomos a [outro município], ver algumas coisas que eles tinham. Porque sentimos a necessidade de ver o que de diferente nós podemos trazer para cá. E uma das coisas que nós vimos que melhoraria é se tivesse um pronto atendimento para ajudar. Porque daí um pronto-atendimento ia tirar um pouco da demanda das unidades, mas também não ia deixar ninguém com dor. Então, teríamos um horário programado na unidade para atendimento de urgências, na agenda dos dentistas. Fora o noturno, nós já temos o PA noturno. (GM1)

Nós fizemos uma visita em [município vizinho], que é uma cidade maior, com três pronto-atendimentos diurnos, acho que um de 12 horas e dois de 24 horas, inclusive aos finais de semana. A coordenadora de lá se formou comigo, e daí ela falou assim: “– Como é que os dentistas podem trabalhar atendendo esse volume de extra? Não tem como”. Eu falei: “– Pois é, mas eles trabalham, vai no bolo”. E lá não, lá os dentistas atendem os agendados, na falta de um agendado, pode ser atendido um eventual, mas os usuários já sabem e vão para os pronto-atendimentos. Então, fica um trabalho mais organizado. (GM2)

Nosso pensamento enquanto coordenação, eu e fulana chegamos juntas, tentando trazer coisas novas. Então, nós temos que lutar por isso. Como eu falei para você, voltar o CEO aqui para cidade, porque temos muitos problemas lá, além de ser distante. (GM2)

Deduzindo soluções para lidar com os problemas identificados, os gestores municipais definem um projeto de gestão da política de saúde bucal em nível municipal. Reconhecem as dificuldades que enfrentarão na concretização de tal projeto, tido como desafiador.

Nós estamos tentando mesmo mudar esta realidade. Se eu conseguir fazer isso, eu já fico contente, porque acho que é uma coisa que vai dar resultado. Nós estamos tentando, estamos com bastantes dificuldades. [...] Mas está tudo [pausa], estamos tentando trabalhar, mas como eu falei para você, está difícil implantar tudo. São tudo ideias. Você entendeu? (GM1)

Visando as mudanças desejadas, os gestores empreendem movimento para o segundo subprocesso desta experiência: **redefinindo o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na APS**. Este subprocesso compreende duas categorias que constituem frentes estratégicas intencionalmente definidas pelos gestores municipais, a fim de colocar o dentista em evidência e garantir o apoio político desejado: trabalhando a melhoria da qualidade dos processos assistenciais e ampliando o campo de ação do cirurgião-dentista.

Trabalhando melhoria da qualidade dos processos assistenciais configura-se em ação estratégica dentro do limite da governabilidade dos gestores municipais. Assim, eles priorizam a gestão do cuidado, com foco na organização do processo de trabalho, investindo em modalidades de cuidados que contemplem as condições crônicas de saúde e que possibilitem o incremento do acesso. Agem *realizando diagnóstico da efetividade do processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na APS; priorizando atendimento odontológico de idosos no município; fortalecendo a inserção do cirurgião-dentista na linha de cuidado de usuários com doenças crônicas; redefinindo mecanismos de acesso e estruturando a agenda odontológica*.

Realizando diagnóstico da efetividade do processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na APS os gestores municipais instituem mecanismos de identificação dos usuários dos serviços odontológicos no município, verificando cobertura populacional e alcance de metas assistenciais por ciclo de vida e condições de saúde, fundamentados em orientações nacionais e indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ tem muitos indicadores que nós começamos a ler, começamos trabalhar, e estamos percebendo as coisas que temos que trabalhar. (GM1)

Estamos trabalhando mais com os programas, vendo quanto estamos atingindo. HiperDia, por exemplo: – Estamos conseguindo atender? Estamos conseguindo fazer? O idoso, estamos atendendo? Ou não. Eles estão ficando em casa? Busca ativa? Como fazer avaliação de câncer bucal? Vamos fazer busca ativa. Então, têm

algumas coisas que estamos tentando trabalhar para melhorar. (GM1)

Os gestores municipais admitem algumas dificuldades para melhorar indicadores apontados pelo PMAQ e implantar todas as ideias de melhoria da assistência odontológica. Portanto, começaram *priorizando o atendimento odontológico de idosos no município*, uma vez que tal priorização está prevista em lei. Além disso, os serviços de saúde têm que se organizar para receber maior demanda de idosos, devido ao envelhecimento populacional e à migração de idosos do setor privado para o SUS.

Os idosos estavam na mesma lista de espera que adultos, sendo recentemente, considerado grupo prioritário para atendimento, como crianças e gestantes. Esta separação tem permitido o dimensionamento da demanda e identificação das necessidades odontológicas de idosos, implicando em tentativa de adequação da oferta de serviços e busca ativa mais bem direcionada. Em UBS com maior número de idosos, a lista de espera exclusiva acelerará o atendimento em comparação com permanência na lista de adultos.

O que nós estamos trabalhando agora, trabalhando com o pessoal [...] é de estar separando os idosos, para não entrarem nesta lista de espera. Então, os idosos entrariam junto com crianças e gestantes. E só os adultos entrariam na lista de espera. Nós estruturamos a agenda para que acontecesse desta forma. Se a demanda for muito grande para idoso, e nós não tivermos como absorver de uma vez, faremos uma lista de espera de idoso. Entendeu? Daí ele [idosos] seria chamado bem mais rápido que o adulto. Tirando, é lógico, os casos de urgência que são atendidos de imediato. (GM1)

Além disso, os gestores estão *fortalecendo a inserção do cirurgião-dentista na linha de cuidado de usuários com doenças crônicas*, conforme orientado nos Cadernos de Atenção Básica do MS. Neste sentido, estimulam que os cirurgiões-dentistas verifiquem a cobertura deste grupo populacional e invistam em modalidades de cuidado pertinentes para as necessidades identificadas.

Nós estamos trabalhando agora com eles [dentistas], para eles comecem a ter consciência, conseguirem ver quem são os hipertensos e diabéticos que estão passando por eles. É um trabalho moroso, não é tão rápido de se conseguir mudança. Se você pegar o caderno de atenção básica tem que passar por dentista, é a rede de atenção de atendimento. E têm uns que não passavam. Estamos inserindo o dentista nessa [...], não é ficar só na cadeira, agenda e atende. Até mesmo por causa do PMAQ. (GM1)

Por fim, *redefinindo mecanismos de acesso e estruturando a agenda odontológica*, os gestores modificaram a agenda dos cirurgiões-dentistas objetivando melhorar o processo de trabalho, e por consequência, a qualidade assistência odontológica em médio prazo. Estruturaram a agenda do cirurgião-dentista de maneira a contemplar os usuários por ciclo de

vida e condições de saúde, priorizando idosos, prevendo vagas exclusivas para urgências, permitindo adaptação do tempo de consulta ao tipo de atendimento (retorno, primeira consulta), reservando horário para atividades preventivas, de promoção à saúde e atividades organizacionais (esterilização, atividades administrativas). Porém, mantiveram o critério de priorização dos atendimentos de urgência odontológica por risco clínico — todos os usuários devem ser acolhidos, mas nem todos atendidos imediatamente.

A agenda passa por todas as linhas [de cuidado]. Então, adulto antes era tudo adulto agora tem adulto e tem horário para idoso. Então, temos adulto, idoso, crianças, gestantes, HiperDia, atividade em grupo, atividades com hipertensos e diabéticos, grupo de bebês, grupos de criança e a prevenção. [...] Nós deixamos: quatro retornos, uma primeira consulta, e dois horários vagos que seriam para urgências. Assim que organizamos a agenda. (GM1)

Agora de extra [atendimento não agendado] é uma coisa que acaba sendo pelo risco clínico. Por exemplo, chega uma criança lá chorando, com abscesso, alguma coisa, ela acaba sendo atendida. Daí chega o adulto que avulsionou o dente, daí acaba sendo um pouquinho diferente. Geralmente a auxiliar [de consultório dentário] faz o acolhimento, e ordena [o atendimento]. (GM1)

Para além de reorganizar o cuidado de saúde bucal, os gestores municipais preocupam-se com alcance de apoio político, fator que favoreceria o alcance das mudanças desejadas. Assim, emerge a segunda categoria deste subprocesso: ampliando o campo de ação da odontologia, ação estratégica sob influência dos gestores municipais. Para tal, agem: *orientando mudança atitudinal dos cirurgiões-dentistas; garantindo a participação do cirurgião-dentista em todas as oportunidades; estabelecendo parcerias intersetoriais e investindo na abordagem odontológica preventiva.*

Orientando mudança atitudinal dos cirurgiões-dentistas decorre do reconhecimento de que as estratégias de colaboração interprofissional são importantes para o alcance de metas do cuidado de saúde bucal. Assim, os gestores municipais orientam os cirurgiões-dentistas, principalmente aqueles atuantes em UBS tradicionais, a se integrarem na equipe, por meio de uma atitude proativa; portanto, mostrando que têm interesse em participar das atividades promovidas pela equipe, encontrando meios de contribuir com a equipe, e solicitando ajuda quando enfrentam dificuldades.

[...] teve um relato de uma unidade de que: "— Ah, ela se fecha, eu não consigo conversar, não vem falar, faz as coisas sem falar comigo." Daí eu falei assim para esta pessoa: "— Mas você vai falar com ela?" "— Eu não, ela não vem falar comigo." "— Ela não está vindo falar com você e você também não está indo falar com ela? Então, você vai começar a ir falar com ela. Vai mostrar que você tem interesse, que você quer participar." "— Teve um grupo, nem me falaram do grupo." "— Você vai falar que quer participar do grupo." Também tem que fazer, não adianta você ficar esperando na sala aí." Eu acho que depende muito do perfil, da equipe, dos

profissionais da equipe. Mas, quando a equipe de saúde bucal quer, ela consegue porque ela vai: "–Ah, eu estou com esta dificuldade, me ajuda." (GM1)

Adicionalmente, os gestores municipais agem *garantindo a participação do dentista em todas as oportunidades*. Desejam que os dentistas sejam inseridos em todos os programas nacionais, tais como HiperDia, programa nacional para acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos; e Pré-natal, programa nacional de assistência à gestante.

O HiperDia é organizado pelas unidades, é um programa. Isto daí veio da necessidade, até para o dentista se inserir na equipe, como parte da organização. Acho que, do mesmo jeito que a enfermeira participa, o médico participa, nós achamos interessante o dentista participar também. Se você pegar uma pessoa com a diabetes descontrolada, a parte bucal dela também vai estar com gengivite, periodontite. É uma linha de mão dupla. Então, o dentista pode entrar no tratamento, eu acho que tem que ter isso. (GM1)

No pré-natal, eles [médicos e enfermeiros] são obrigados a fazer algumas perguntas de saúde bucal e encaminhar para os dentistas, nem todos fazem. Em Botucatu procuramos fazer, para que a saúde dela [gestante] esteja em melhores condições, sendo supervisionada, para que não aconteça nada com a sua gestação, por exemplo, alguma infecção de dente, alguma coisa que pode afetá-la de maneira sistêmica. (GM3)

Promovem ainda a inserção dos dentistas nas atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças promovidas pela APS. Durante campanhas de prevenção do câncer de colo de útero, mama e próstata, por exemplo, os dentistas fazem a abordagem de prevenção do câncer bucal.

Quando tínhamos as campanhas de prevenção do câncer de colo de útero, de próstata, o dentista participava fazendo a prevenção do câncer bucal. [...] Então, tem outras estratégias, por exemplo, a ação dos caminhoneiros. Teremos um dia de ação para os caminhoneiros, e eu estou tentando inserir os dentistas para fazer avaliação do câncer bucal. (GM1)

Durante o período da campanha de vacinação da influenza, os cirurgiões-dentistas desenvolvem a campanha de prevenção do câncer bucal, proposta pelo Estado de São Paulo. Esta campanha é a melhor oportunidade no ano para avaliar a saúde bucal dos idosos, bastante aderentes à campanha da influenza. Além de abordarem idosos que procuram os serviços de APS para vacina, os gestores incentivam que cirurgiões-dentistas acompanhem a equipe de enfermagem na vacinação domiciliar. Desta maneira, conseguirão realizar diagnóstico bucal daqueles com mobilidade reduzida.

Durante a campanha de vacinação [influenza] nós fazemos a prevenção do câncer bucal. Nós temos trabalho em abordá-los [idosos], nós falamos: "– Oh, você não gostaria de passar no dentista?" Nós não estamos felizes com o receio que eles têm, alguns são reticentes, muitos deles não querem passar com o dentista. Falam que não precisam, que não tem nada, vão embora. Esta é a melhor chance que temos no ano de atingir esses idosos, e ver como que estão as próteses deles, de ensinar como utilizar a prótese bem. (GM3)

Neste ano, na campanha da influenza, para dentistas que ficaram em unidades onde

tem mais de uma equipe, nós [gestores] incentivamos eles fazerem acamados junto com a equipe. Então, um ficava na unidade e o outro saía. Senão, nós ficamos apenas na unidade, e têm muitos [idosos] que não vão à unidade. Então, tentamos desta forma, foram junto com o ACS, com a equipe. (GM1)

Percebendo que o trabalho realizado pelo dentista não é suficiente para baixar o índice de cáries entre escolares, gestores municipais acabam *estabelecendo parceria intersetorial* com a secretaria de educação. Acreditam que o trabalho preventivo desenvolvido pelo cirurgião-dentista nas escolas será mais valorizado e apoiado ao estreitar laços com a secretaria de educação.

Deram o primeiro passo, delineando um projeto de intervenção colaborativa de saúde do escolar, em conformidade com necessidades identificadas por profissionais da educação e dentistas. Além disso, realizaram reuniões conjuntas abordando questões como vacinação e saúde bucal, temas de capacitação solicitados pelos professores. Entregaram plano de ação aos diretores da escola, para que possam realizar sugestões, e têm incentivado cirurgiões-dentistas a procurarem diretores das escolas de seu território de atuação para implementarem o plano conjuntamente.

O escolar é uma demanda muito alta para unidade [de saúde], e o índice de cárie é muito alto. Só que daí o dentista vai na escola, faz o trabalho preventivo, entrega escova, faz educação, vai para unidade, a escola faz o quê? Nada. Entendeu? Então, o que tentamos fazer? Estamos tentando fazer uma parceria com a educação. Já conversamos com coordenadores e supervisores da educação, para fazermos um trabalho juntos, alguma coisa que a educação pudesse dar continuidade. Fizemos uma reunião com todos os coordenadores, todos os supervisores, diretores, da parte da Educação. Apresentamos, fizemos um documento do que eles acham importante, do que eles acham que precisa ser modificado. Estamos neste processo, agora eles estão devolvendo todos esses documentos. Agora vamos sentar equipe de saúde bucal por cada unidade escolar para definirmos o que podemos fazer para melhorar esta parte, porque precisamos trabalhar prevenção. Se não trabalharmos prevenção, nunca vamos dar conta. (GM1)

Os gestores municipais acreditam ser necessário investir em prevenção odontológica no Brasil, pois trata-se de um país com dimensões continentais, com dificuldades financeiras e deficiências nos serviços de saúde, portanto, que não pode sustentar o custo e sobrecarga de tratamento curativo exclusivo. Relatam que a política de atenção básica, por meio da estratégia saúde da família, incentivou uma abordagem preventiva em odontologia e que cirurgiões-dentistas têm conteúdo de prevenção na grade curricular durante formação profissional. Assim, *investindo na abordagem preventiva em odontologia* reduziriam a ocorrência de problemas de saúde bucal, de maneira a garantir retenção dentária e qualidade de vida.

Por meio da abordagem preventiva, enquanto ação educativa, os dentistas orientam higiene

bucal, alimentação saudável, importância de cuidar dos dentes de leite, prevenção de fluorose, entre outros. Tal abordagem pode ser realizada em grupos, em atividades nas escolas, em visitas domiciliares, e com todos os ciclos de vida, embora crianças recebam maior investimento.

Então, ter esta abordagem de orientar a alimentação saudável, demonstrar para eles o caminho: “– Se você comer isso [...]” “– Não pode comer?” “– Pode, mas você deve fazer isso depois [escovação, por exemplo]”. É você trabalhar com os pais o cuidado da criança, porque ouvimos muito lá no posto: “– Ah, é só dente de leite, não vou cuidar.” Precisa explicar o porquê é tão importante cuidar do dente de leite, tem muita gente que não sabe. Então, a abordagem preventiva que eu digo é antes que vire o curativo, antes que tenhamos que intervir. Não que a abordagem preventiva não seja uma intervenção, mas é outra forma, acontece antes de aparecer um problema. É falar sobre o flúor, sobre a ingestão de pasta de dente, que de repente a pessoa não tem a orientação de que se a criança começar engolir pasta de dente pode ter uma fluorose, que é uma doença. Isso é algo [fluorose] que tem que trabalhar, por exemplo, na creche com os próprios professores. (GM1)

No caso das crianças nós atuamos na prevenção para que elas tenham uma mentalidade de higiene diferente quando se tornarem adultos, para que tenham dentes melhores porque a perda de dentes acarreta outros problemas, como a mastigação, e a própria ortodontia. Quando os dentes permanentes vierem na criança, se ela sofreu uma perda prematura de dente de leite, o dente vem torto, fica impactado dentro do osso, tem muitas implicações. (GM3)

As atividades odontológicas preventivas, além do incentivo dos gestores e envolvimento dos cirurgiões-dentistas prescindem de investimento financeiro direto para serem realizadas. O município tem investido em prevenção: a água é fluoretada há muitos anos; a escovação supervisionada é incentivada nas escolas, e a distribuição gratuita de kit dental acontece nos serviços de saúde. O município tinha, inclusive, equipe de saúde bucal especializada em prevenção que atuava exclusivamente nos equipamentos sociais. Porém, os gestores não conseguiram manter equipe preventiva devido ao déficit de dentistas na rede.

Nós tínhamos uma equipe só de prevenção, ela só fazia prevenção. Ela fazia várias creches, escolas e tal, porque ela não atuava em postos. Como passamos a ter um déficit de dentistas nós não conseguimos manter esta equipe, e este dentista foi trabalhar em um posto de saúde. (GM3)

No entanto, ao longo dos anos, o trabalho preventivo em odontologia foi se perdendo no município. Havia pouca valorização e incentivo, desmotivados e com sobrecarga de trabalho, os dentistas foram abandonando as atividades preventivas.

Eu como coordenador, eu acho que o dentista é muito mais valioso sentado, nós temos poucos dentistas, ele sentado no banquinho, sentado no mocho trabalhando na parte curativa. (GM3)

Mas eu creio que estas duas coordenações anteriores, acabaram mesmo [com o trabalho preventivo]. É, não vou nem falar o motivo para você, mas acho que isso acabou se perdendo. No meu ponto de vista foi um desestímulo, falta de estímulo

para continuidade, uma falta, às vezes de [...], de valorização. Ficou por muito tempo desvalorizado, se pensava muito mais em quantidade de procedimentos, e esta parte acabou ficando, e aí se você não tem [...] um controle da produção, se você não tem o controle do serviço, acaba. (GM2)

Assim, os gestores municipais tentam resgatar o trabalho preventivo entre os cirurgiões-dentistas da APS. Orientam os cirurgiões-dentistas a realizarem educação em saúde bucal na primeira consulta, e incentivam ações coletivas de educação em saúde bucal com crianças até três anos de idade. Percebem que cirurgiões-dentistas das UBS tradicionais são mais resistentes às proposições da gestão sobre a necessidade de realização de atividades preventivas, pois são de uma geração em que não se valorizava a prevenção, e tiveram menor contato com atividades de prevenção no trabalho, em comparação com cirurgiões-dentistas da ESF.

Mas assim, como eu falei, vai de profissional para profissional. Profissional que gosta, e profissional que tem resistência. Profissional que tem resistência acha que está perdendo tempo. Na saúde da família menos, é mais em unidade básica. Se você for em unidade básica, é onde eles acabam achando: “– Ah, é perda de tempo, eu não vou, eu não quero, não vou sair, não vou fazer isso.” [...] são profissionais mais antigos, daí tem outra ideia, vieram de outra época, eles não gostam da abordagem preventiva, eles não gostam de ir à escola. É mais difícil conseguir as coisas com eles. [...] Quando os dentistas entraram na saúde da família, eu fui da primeira turma que entrou, nós entramos com este negócio de: “– Nossa, saúde da família, prevenção. Vamos trabalhar nisto!” Tanto que se você pegar um CPOD, de quando nós entramos, nossa baixou muito. CPOD é o índice de dentes cariados perdidos e obturados. Se você pegar hoje vai ver que está alto, aumentou muito porque este trabalho preventivo não foi contínuo, foi deixado de lado. (GM1)

Todo este movimento estratégico dos gestores municipais – redefinirem o processo de trabalho dos dentistas e ampliarem o campo de ação da odontologia – coloca os cirurgiões-dentistas em evidencia e aumenta capacidade política da odontologia, resultando no terceiro subprocesso desta experiência: **concretizando projetos de gestão**. Trata-se do momento em que atingem as primeiras metas e conquistam apoio e promessas políticas para projetos de gestão previamente definidos, vislumbrando sucesso em curto prazo. Este subprocesso compreende duas categorias: conquistando apoio político diverso e colocando as metas da odontologia na agenda política municipal.

Conquistando apoio político diverso resulta da integração dos cirurgiões-dentistas nas atividades promovidas pela equipe multiprofissional da APS, da comunicação com entidades de classe e da realização de trabalho intersetorial. Assim, os dentistas conseguiram se inserir na campanha proposta pelo município, inicialmente para equipe de enfermagem e médica, para promoção da saúde dos caminhoneiros. Também foram bem-sucedidos na promoção de campanha própria de prevenção do câncer bucal, sem restrição de idade, realizada no centro

da cidade. Na ocasião, conseguiram consultório odontológico móvel, emprestado da Associação Paulista dos Cirurgiões-dentistas e kits de cuidado odontológico com a prefeitura.

Esta do caminhoneiro vai acontecer agora, e daí foi uma proposta nossa [gestores], eu até levei hoje para os dentistas, para aproveitarem este momento para fazer essa [pausa]. [...] eu estou oferecendo para eles [dentistas] trabalharem. Eu estou tentando porque eu acho bem importante. (GM1)

No ano passado, teve um dia que nós ficamos na rua Amando de Barros [centro da cidade]. Veio uma van da PCD (Associação Paulista dos Cirurgiões-dentistas). Eles conseguiram uma van que tem um equipo odontológico dentro. A presidente da PCD falou conosco, nós achamos interessante e organizamos com os dentistas. Então, em um sábado, levamos uma equipe para fazer avaliação do câncer bucal na Amando de Barros. Fizemos muitos, muitos, muitos exames, eu não vou saber te falar quantos. Mas não fizemos apenas do idoso, era para qualquer idade, qualquer pessoa que quisesse passar por avaliação odontológica era atendida. Mas com enfoque no câncer bucal [...]. Lógico que víamos, e orientávamos: “– Olha você tem que procurar uma unidade [de saúde]”. Mas o enfoque era o câncer bucal, e não fazer o tratamento odontológico. (GM1)

Além disso, colocando as metas da odontologia na agenda política municipal, os gestores conseguiram a promessa de prioridades de investimento financeiro em projetos cuja concretização estava limitada pela falta de governabilidade dos gestores, uma vez que estavam atrelados à vontade política manifesta pelo prefeito e secretário de saúde municipal.

A vontade política que eu digo é o secretário de saúde e o prefeito falarem: “– Nós vamos investir dinheiro na parte de prevenção odontológica. Nós vamos comprar escovas, mandar o dentista nas escolas e creches para fazer este trabalho.” Isso é uma coisa que parte deles, mesmo que eu como coordenador tenha a vontade de que isso aconteça, se eu não tiver o aval de meus superiores e recursos financeiros, que são liberados por eles, eu não tenho condição de fazer. Então, a vontade política, é uma vontade política real: “– Olha eu estou disponibilizando recursos financeiros para que sua equipe faça esse serviço.” Às vezes, mesmo com vontade política, não sobra dinheiro para você fazer, porque a situação está difícil, a arrecadação das prefeituras caiu, a situação do nosso país está caótica. (GM3)

Ao conseguirem um prédio novo em região central da cidade que abrigará o CEO, apresentaram possibilidades concretas de incorporação do pronto-atendimento odontológico e do raio-x panorâmico no mesmo projeto, com pouco investimento financeiro adicional. Desta forma, conseguiram a promessa política e estão atentos e trabalhando para concretizá-la.

Nós já conversamos com o prefeito, e ele achou boa a ideia, o secretário também. Já temos um lugar, um posto central, próximo ao terminal de ônibus. Inclusive o CEO vai voltar para um prédio que está sendo reformando ali. Então, ficará tudo concentrado ali, o CEO, a parte de radiologia, a parte de panorâmica, que já tem o equipamento comprado, mas não está instalado ainda, e o pronto atendimento. É o que pensamos em fazer. Inclusive já vimos se seria melhor custo benefício contratar um profissional ou pagar por RPA, igual é o plantão, e seria contratar um profissional mesmo. Agora, o que está barrando é a questão financeira, já está aprovado. Foi uma ideia que o secretário e o prefeito acharam interessante, mas tem a questão da verba. Como já tem o lugar, nós pensamos que a hora que o CEO mudar para este local, que forem transferir algumas cadeiras, já deixaremos esta sala

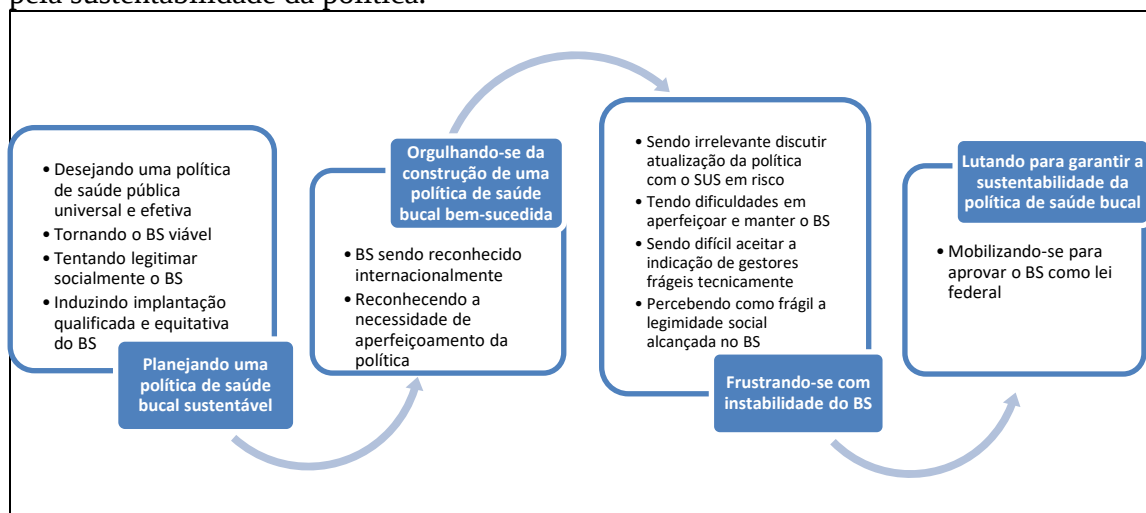
pronta [do pronto-atendimento] e assim que for possível [...]. Nós vamos fazer o concurso também [...] como os dentistas estão aposentando, três já se aposentaram e não foram repostos, temos vagas, tanto estas para serem repostas e novas vagas na câmara, não só reserva técnica. Então, estamos esperando este concurso para poder contratar o dentista para o pronto-atendimento, aproveitar este mesmo concurso. Então, é uma ideia que pensamos para o próximo ano, tendo o concurso, e eu acho que o ano que vem teria já uma verba para isso, já começaríamos, vamos ver se dá certo. (GM2)

4.3 Experiência dos gestores federais da política de saúde bucal

Foram entrevistados três gestores federais. A idade dos gestores variou entre 39 e 55 anos, dois eram casados e um divorciado, um tinha especialização em saúde pública, e um em gestão de negócios, o tempo de atuação na gestão em saúde no nível federal variou entre dois meses e 13 anos.

A análise dos dados, por meio da TFD, permitiu compreender a experiência dos gestores federais com a consolidação da política de saúde bucal. A matriz desta experiência consta como Apêndice 7. O estabelecimento de relações teóricas entre os componentes desta experiência permitiu o desenvolvimento de processo analítico que resultou na categoria central intitulada: **DA SATISFAÇÃO COM A CONCRETIZAÇÃO À FRUSTRAÇÃO COM A INSTABILIDADE DO BRASIL SORRIDENTE: legitimidade social como componente interveniente na luta pela sustentabilidade da política** (Figura 3).

Figura 3. Categoria Central – Da satisfação com a concretização à frustração com a instabilidade do Brasil Sorridente: legitimidade social como componente interveniente na luta pela sustentabilidade da política.



Fonte: elaborada pela autora.

DA SATISFAÇÃO COM A CONCRETIZAÇÃO À FRUSTRAÇÃO COM A INSTABILIDADE DO BRASIL SORRIDENTE: legitimidade social como componente interveniente na luta pela sustentabilidade da política representa uma experiência de

satisfação vivenciada pelos gestores federais ao atingirem a concretude de seus desejos na instituição do Brasil Sorridente, uma política que alcançou impacto epidemiológico e reconhecimento internacional. Seguida pela experiência de frustração, ao constatarem a instabilidade do Brasil Sorridente, enquanto política social, em contexto macroeconômico e político desfavorável. Uma política que não tem legitimidade social suficiente para garantir sua continuidade, que beneficia segmento populacional com baixo capital político e que confere baixa relevância social à saúde bucal. Tal cenário, mobiliza os gestores federais e lideranças da odontologia a engajarem-se politicamente na luta por aprovar o Brasil Sorridente como lei federal, conferindo-lhe um orçamento legal e, por consequência, garantindo sua sustentabilidade política.

Este processo desdobra-se em quatro subprocessos que explicitam o percurso percorrido por gestores federais e lideranças da odontologia em processo de implantação, consolidação, tentativa de legitimar socialmente e luta pela continuidade da política de saúde bucal: **Planejando uma política de saúde bucal sustentável; Orgulhando-se da construção de uma política de saúde bucal bem-sucedida; Frustrando-se com a instabilidade do Brasil Sorridente; e Lutando para garantir a sustentabilidade da política de saúde bucal.**

O primeiro subprocesso desta experiência **planejando uma política de saúde bucal sustentável** representa a intencionalidade dos gestores federais na construção e implantação do Brasil Sorridente: uma política de saúde bucal universal, eficiente, equitativa, socialmente legítima e que ofertasse cuidados de saúde bucal de qualidade. Portanto, uma política que teria sustentabilidade ao longo do tempo.

Este subprocesso compreende as categorias: Desejando uma política pública de saúde bucal universal e eficiente; tornando o Brasil Sorridente viável; tentando legitimar socialmente o Brasil Sorridente; e induzindo implantação qualificada e equitativa do Brasil Sorridente.

Neste contexto, desejando uma política pública de saúde bucal universal e eficiente inicia-se como uma atitude cognitiva, um desejo inicialmente manifesto em pensamento, por parte de lideranças da odontologia e da presidência da república, constituída na forma de representação mental de uma política de saúde pública que atendesse a todos os brasileiros e que alcançasse impacto epidemiológico, posteriormente concretizada e intitulada Brasil Sorridente. Esta categoria compreende as subcategorias: *desenhando o Brasil Sorridente como frente de saúde bucal do SUS; assumindo a integralidade como eixo estruturante do Brasil Sorridente e assumindo a transversalidade como eixo estruturante do Brasil Sorridente.*

Desenhando o Brasil Sorridente como frente de saúde bucal do SUS iniciou-se com o desejo

do presidente naquele momento de uma política de saúde bucal que ofertasse assistência odontológica universal à população brasileira, em resposta a omissão do poder público com relação aos investimentos em saúde bucal.

No Brasil, em Brasília, a saúde bucal foi negligenciada, uma palavra um pouco pesada, mas é uma palavra que se encaixa sim. Durante muito tempo, o governo foi omissor, e a população como um todo, o governo também é reflexo da população, existiu uma omissão das duas partes em relação aos investimentos em uma política de acesso à saúde bucal. Eu acho que a intenção de programas, por meio de políticos e da política, foi no sentido de corrigir isso, de dar acesso, e melhorar a condição da saúde como um todo. (GF1)

Quando o presidente Lula foi eleito, ele pediu para o ministério da saúde uma política de saúde bucal para o Brasil. Ele sofreu muito com dor de dente, durante a sua vida, essa era uma decisão dele, ele queria uma política que atendesse a população como um todo, no Brasil todo. (GF2)

Este desejo, em conjuntura política favorável, se transformou em movimento político-social, culminando na criação de um comitê de assessoramento, composto por lideranças estaduais da odontologia, que fundamentou a política de saúde bucal nos princípios e diretrizes do SUS, *desenhando o Brasil Sorridente como frente de saúde bucal do SUS*, alinhada com os eixos macropolíticos do governo. Além disso, foram delimitados como eixos estruturantes do Brasil Sorridente: integralidade e transversalidade.

Nós, participantes deste comitê, tanto participamos da campanha para eleger o presidente da república, como fizemos uma articulação para indicar o Coordenador Nacional de Saúde Bucal. [...] Então, nós pegamos pessoas que apoiavam o governo, lógico, e que eram lideranças em seus estados. Nós tentamos contemplar todas as lideranças dos principais estados do Brasil. Lideranças de todas as regiões, não de todos os estados, no mínimo um de cada região, Sul, Sudeste, Norte, Nordeste e Centro-oeste. Tentamos garantir representantes para que a política contemplasse todas as realidades. (GF2)

Queríamos a eficiência da política, pelo menos na estrutura. Mas como pensamos que deveria ser a política nacional de saúde bucal? Ela deveria ter os mesmos princípios do SUS. Esse é o primeiro ponto. Segundo ponto, ela não poderia ser um pedaço do SUS, a política de saúde bucal, ela nasce como a frente de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, e não uma política específica que não dialoga com as outras políticas. As diretrizes do Brasil Sorridente são as mesmas diretrizes do SUS. (GF3)

Então, a transversalidade junto com a integralidade calçadas nos princípios da promoção e da vigilância, foram os grandes eixos que nós investimos, de uma forma muito determinada, desde o início. (GF3)

Desta maneira, *assumindo a integralidade como eixo estruturante do Brasil Sorridente* resultou em embates ideológicos e significou a responsabilidade pública e política de concretizar a saúde bucal como um direito. A inclusão da integralidade foi especialmente criticada por gestores de saúde, pois pressupunha que a política garantiria cuidados a todos os

ciclos de vida, condições de saúde e em todos os níveis de atenção à saúde. Antes do Brasil Sorridente, a assistência odontológica pública cobria apenas alguns procedimentos em APS, e destinava-se prioritariamente ao grupo materno-infantil, sendo os programas de saúde bucal desarticulados do sistema de saúde brasileiro.

Se nós tirássemos uma fotografia da saúde bucal no Brasil antes do Brasil Sorridente, da época de Pedro Álvares Cabral até o presidente Lula, o que essa fotografia iria mostrar? Uma criança brasileira escovando os dentes, uma criança branca brasileira escovando os dentes, é isso que essa fotografia iria mostrar. Por quê? Porque nós somos filhos pobres da saúde materno infantil, já que não podíamos atender todo mundo, atendíamos as criancinhas, pois algum dia elas serão adultos saudáveis. Adultos, idosos, adolescentes, mulheres que não fossem gestantes, estavam completamente fora do jogo. Então a integralidade formou um eixo junto com a transversalidade, que nós, desde o início, colocamos de uma maneira muito clara, e muitas vezes, inegociável. Falar isso hoje, depois de 16 anos, é uma coisa, mas há 16 anos foi uma pauleira. Foi muita briga, com gestores, inclusive, mas isso, nós colocamos como ponto que não iríamos negociar. (GF3)

No Brasil, o acesso diferenciado aos cuidados de saúde bucal entre as classes sociais foi historicamente instituído como natural. Neste sentido, o Brasil Sorridente coloca-se como política de empoderamento, e o Estado reafirma sua função como protetor de direitos, ao ofertar assistência odontológica, incluindo reabilitação, pelo SUS. Em outras palavras, *assumindo a integralidade como eixo estruturante do Brasil Sorridente* tem-se a garantia de oferta de cuidados de saúde bucal ao segmento historicamente marginalizado da sociedade brasileira.

Nós naturalizamos o edentulismo, nós conseguimos convencer as pessoas de que é natural faltar dentes na boca. A boca é status de classe, bocas proletárias são muitos diferentes de bocas burguesas, e isso é tido como natural. As pessoas, esses 80% que estão fora, nós conseguimos convencê-los de que eles estão fora e que isso é normal. O Brasil Sorridente conseguiu iniciar essa inversão. [...] A saúde bucal mexe com subjetividades, a saúde bucal mexe com autoestima, povo sem autoestima é um povo que facilmente é manipulado. Quando você devolve a autoestima para as pessoas você está dizendo que o Estado tem uma função, que só o Estado faz, que a clínica particular da esquina da casa dele não vai fazer, se ele não pagar. Quando você coloca isso dentro do posto de saúde, naquele postinho lá, que as pessoas, às vezes, chamam de ‘o postinho lá da esquina’; quando eu falo que o postinho da esquina está colocando prótese, isso dá outra conotação para o SUS. E isso não tem nada de assistencialismo. Tem de devolver a autoestima, dizer para o usuário do SUS que ele tem direito aquelas questões. Então, o Brasil Sorridente tem oferecido empoderamento nestas questões. (GF3)

Por outro lado, *assumindo a transversalidade como eixo estruturante do Brasil Sorridente* partiu do entendimento de que ações transversais em saúde bucal são mais efetivas que ações assistenciais. A fim de garantir que o Brasil Sorridente alcançasse impacto epidemiológico, os gestores decidiram investir em sua transversalidade, ampliando seu campo de ação. Em outras palavras, deveria viabilizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, inclusive

bucais, por meio de políticas e programas transversais, por exemplo, fluoretação das águas de abastecimento público, cessação do tabagismo e redução do consumo de açúcares.

Eu advogo essa ideia, que nossa única possibilidade de avançar na saúde bucal, até mesmo para termos saúde bucal, é abraçarmos a transversalidade, nós não podemos ficar falando para nós mesmos [setor saúde], mas com um cuidado muito importante, temos que sair da distração, temos que sair do campo do desejo, nós temos que construir práticas concretas (GF3).

Nós não vamos conseguir impacto epidemiológico apenas com assistência. Nem nós, nem ninguém, a literatura mostra isso, já sabemos. (GF3)

Assim, tornando o Brasil Sorridente viável resulta do empenho de gestores da saúde bucal em nível federal para concretizar no plano real o detalhamento ideológico do que seria a política pública de saúde bucal. Entendendo a necessidade de capital político e recursos financeiros, investem nas seguintes frentes: *protegendo a gestão do Brasil Sorridente da influência do setor privado; concretizando a transversalidade, inserindo o Brasil Sorridente em programas estratégicos; investindo em vigilância em saúde; e gerando e partilhando capital político.*

Primeiramente, os gestores federais agiram *protegendo a gestão do Brasil Sorridente da influência do setor privado*. Portanto, constituiu-se *lobby* político que não permitiu a entrada de representantes do setor privado na comissão gestora do Brasil Sorridente, pois entendia-se que empresas privadas de assistência odontológica não têm interesse em um sistema de saúde público fortalecido.

Por exemplo, no governo do Lula, nós reunimos todas as lideranças e exigimos que fosse colocado alguém das nossas lideranças históricas, nós não permitimos que um lobby de setor privado pudesse ser indicado. Então, nós temos essa força, pois temos um compromisso histórico com o SUS. (GF2)

Paralelamente, *inserindo o Brasil Sorridente em programas estratégicos* como Fome Zero e Estratégia Saúde da Família, garantiu orçamento público e construção de legitimidade social da política. Estes programas eram prioridades de governo e alcançariam segmento populacional que mais necessitava de saúde bucal pública.

Então a questão da construção da legitimidade da saúde bucal foi colocá-la dentro dos programas estratégicos, como o Fome Zero, era o Fome Zero e o Boca Cheia de Dentes. (GF3)

A política de saúde bucal está bastante consolidada na atenção básica devido à inserção das equipes da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. No início da política era uma equipe de saúde bucal para duas equipes de saúde da família, mesmo sem isonomia inicial, houve ampliação significativa de acesso, já que a Estratégia Saúde da Família foi uma prioridade no governo Lula e Dilma. No final do governo Dilma, conseguimos uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde da família. (GF2)

Adicionalmente, *concretizando a transversalidade* resultou de esforço para ultrapassar as divergências políticas entre ministérios e outras secretarias dentro do próprio ministério da saúde, a fim de ampliar o campo de ação do Brasil Sorridente. A transversalidade política alcançada no Brasil Sorridente foi possível por meio de planejamento, foram apresentadas pautas de trabalho concreta aos ministros de outras pastas, posteriormente frentes de trabalho conjuntas foram instituídas, garantindo ações/programas em saúde bucal dentro de 12 ministérios – educação, justiça, relações exteriores, integração nacional, das cidades, do esporte, do desenvolvimento social e combate à fome, desenvolvimento agrário, entre outros.

Esse fazer ações concretas, por exemplo, da agenda estratégica, tem um dado que eu não dei. [...] Na mesa de abertura da terceira Conferência Nacional da Saúde Bucal tinham nove ministros do governo federal. Mas nove ministros na abertura de uma conferência de saúde bucal? Isto aconteceu porque já estávamos desenhando as ações do Brasil Sorridente. Lógico que não tínhamos chegado para o ministro Olívio Dutra, por exemplo, que era ministro na época do ministério das cidades, e falado para ele: “– Olha ministro, nós somos da saúde bucal, nós mexemos os pauzinhos porque o presidente Lula quer. E queremos algum dia, fazer alguma coisa bacana.” Não! Teve algo mais concreto: “– No seu ministério, ministro Olívio Dutra, nós vamos fazer a fluoretação das águas de abastecimento público.” Então, já tinha uma pauta de trabalho coberta, dentro de cada um desses nove ministérios que estavam presentes nesta conferência. (GF3)

Além disso, *concretizando a transversalidade* oportunizou: o estabelecimento de parceria com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a fim de ampliar a cobertura da fluoretação das águas de abastecimento público; a assinatura de plano de cooperação com secretaria de saúde indígena para ofertar saúde bucal em todas as aldeias; a publicação de edital que ofertava bolsas para pesquisas de interesse da saúde bucal no SUS, por meio de parceria com secretaria de ciência e tecnologia; a abordagem sobre alimentação saudável nas cantinas escolares, por meio do programa saúde na escola, em parceria com a coordenação de alimentação e nutrição da secretaria de atenção à saúde.

Nós fizemos parceria com a FUNASA com relação ao flúor na água. Estávamos com projeto pronto para ampliar a fluoretação nas águas de abastecimento, por meio de parcerias com as secretarias estaduais, fornecendo os equipamentos para fluoretação da água, e o estado manteria o produto químico. Quando você pega essa questão da água fluoretada no Brasil ainda tem muita deficiência, principalmente no Norte e Nordeste. (GF2)

Fizemos uma parceria importante com as secretarias, em um ministério são várias coordenações e várias secretarias, e as coordenações de saúde bucal estavam muito isoladas. Então retomamos, por exemplo, com a secretaria de ciência e tecnologia, conseguindo um edital para contratar profissionais pagando bolsa para fazer pesquisas nas áreas que interessavam ao SUS, na área de saúde bucal. [...] Nós fizemos parcerias com as secretarias internas também do ministério da saúde, na saúde indígena chegamos assinar um plano de implementação da saúde bucal em

todas as aldeias, tanto da equipe da saúde bucal como dos CEOs. Então, tentamos entrar em todas as secretarias dos ministérios. (GF2)

Na sequência, *investindo em vigilância em saúde* trata-se de estratégia meio, pois investimentos em vigilância oportunizariam a publicização de resultados concretos da política de saúde bucal, que viabilizariam vantagem na disputa do orçamento da saúde; além da avaliação contínua do Brasil Sorridente, visando o aperfeiçoamento da política, estabelecimento de novas metas de gestão, de critérios para ampliação de cobertura assistencial e avaliação de impacto.

Assim, foram criados centros colaboradores de vigilância em saúde bucal vinculado às universidades federais, responsáveis por qualificar as frentes de vigilância do Brasil Sorridente. Em 2003, concretizou-se o SB Brasil, inquérito nacional visando caracterizar o perfil epidemiológico da saúde bucal dos brasileiros, que foi incorporado como instrumento de vigilância na política de saúde bucal. Idealmente, o SB Brasil seria realizado a cada 10 anos. Posteriormente, instituiu-se microcontroles de resultados da saúde bucal em intervalo de tempo menor que realização dos levantamentos nacionais, por meio da inserção de questões de saúde bucal em todos os levantamentos e questionários realizados pela secretaria de vigilância e outras secretarias do MS.

Nós tínhamos claro que não adiantava criar serviços, certo, se não conseguíssemos construir um eixo de vigilância sólido, dentro do Brasil Sorridente. Então, construímos seis centros colaboradores de vigilância em saúde bucal vinculados às universidades, com o dinheiro do ministério da saúde, para esses centros colaboradores induzirem, qualificarem as frentes de vigilância em saúde bucal. [...] nós construímos o SB, isso é importante, o SB foi tido anteriormente como a síntese da política de vigilância, tudo se resumia ao SB. O SB tem que ser um instrumento da política, ele é mais um instrumento da política de vigilância. É um importante instrumento, evidente, mas é um instrumento para a política de vigilância. Então, nós terminamos o SB 2000, ele estava literalmente parado na gaveta do governo federal, no ministério da saúde. [...] Existiam dados do SB 2000, aliás o nome era SB 2000, e já estávamos em 2003, por exemplo. Existiam dados que já tinham sido colhidos e que estavam perdendo a validade. [...] Nós retomamos o SB 2000 para ter uma fotografia epidemiológica. Então nós mudamos o nome para SB Brasil, passou de SB 2000 para SB Brasil para ficar atemporal, porque tínhamos que recuperar esse tempo perdido. (GF3)

Nessas frentes de vigilância e monitoramento, se você pega, por exemplo, estes questionários que o ministério da saúde fazia, todos tinham perguntas de saúde bucal, o PeNSE [Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar] e todos os levantamentos que a secretaria de vigilância e saúde do ministério faziam tinham questões de saúde bucal, ou seja, a saúde bucal poderia ser avaliada continuamente. (GF3)

Na medida em que resultados concretos da política foram demonstrados, por meio do SB Brasil e outros inquéritos, a coordenação geral de saúde bucal conseguiu incremento de recurso financeiro, passando de um orçamento 50 milhões de reais em 2002 para 1 bilhão e

500 milhões de reais em 2015.

Os resultados epidemiológicos do SB 2010 serviram também para mostrarmos para o conjunto do governo, a partir de 2010, que a saúde bucal é um plano, que a saúde bucal mostrava resultado, que podíamos colocar o Brasil Sorridente na vitrine. Esta é uma questão importante também, políticas públicas têm que aparecer, têm que aparecer com resultado. Porque se você não colocar, se nós não colocarmos [a política na agenda] outros vão colocar, se ninguém sabe, ninguém investe. Então, para os gestores esta é uma questão importante, e que chama outra, que é a disputa de orçamento. Nós não convivemos estes 14 anos, 13 anos com dinheiro sobrando, nós tivemos mais recursos do que em outras vezes, mas os recursos sempre foram muito escassos, em primeiro lugar. Em segundo lugar, os recursos do SUS são poucos e são disputados, esse dinheiro que foi para a saúde bucal, deve ter deixado de ir para outro lugar. E mesmo eu fazendo parte do governo, do conjunto do ministério da saúde, do governo federal que tinha essa sensibilidade para políticas sociais, [...] nunca ninguém foi na minha porta dizer: “— Olha, você está precisando de dinheiro? Está sobrando dinheiro aqui, vocês são superbacanas, então vamos depositar na conta de vocês.” Não rola desse jeito, é briga, é disputa, é guerra, no bom sentido. Leva quem tem proposta, leva quem mostra resultado, leva quem consegue se articular politicamente. (GF3)

Por fim, *gerando e partilhando capital político* trata-se de estratégia usada pelos gestores estaduais visando maior adesão dos municípios à política de saúde bucal. A partir da publicização dos resultados do Brasil Sorridente, demonstrou-se aos gestores de saúde, em nível municipal, que investimentos em saúde bucal resultam em impacto positivo no status de saúde bucal da população em curto período. Desta forma, *gerando e partilhando capital político* os gestores federais possibilitam aos gestores municipais o uso de resultados do Brasil Sorridente como capital político, como uma bandeira de seus governos. Tal estratégia resultou em maior adesão dos municípios ao Brasil Sorridente.

Alguns municípios que implantaram o Brasil Sorridente e demonstraram seus resultados, demonstraram os avanços da política, se diferenciaram politicamente de outros municípios que não demonstraram. O Brasil Sorridente acabou se transformando em vitrine de políticas municipais. Isso interessa a quem? Interessa para o prefeito que quer se reeleger, interessa para o cara que ele quer indicar para determinada associação. Agora, por que o governo federal tem que se meter nisso? Não interessa, é uma questão política de cada um. Isto é um componente político que vai criando legitimidade [ao Brasil Sorridente]. Os prefeitos falavam: “— Eu quero trazer o Brasil Sorridente para cá!” Mas, por que eles faziam isso? Os prefeitos de maneira geral, vou dizer para você, eles não faziam isso, de trazer o Brasil Sorridente, porque de uma hora para outra caía a ficha deles de que saúde bucal era importante. Muito menos porque eu ia lá falar: “— Olha vamos fazer porque é importante.” Não é assim que acontece. Eles faziam porque sentiam que teriam um capital político aí, que eles poderiam mostrar resultado também. E isso é legítimo? Claro que é legítimo, nós estamos tratando de políticas públicas. Então, você precisa fazer, precisa ter, você vai construindo a legitimidade social neste campo que é o campo da gestão das políticas públicas. (GF3)

Neste sentido, tentando legitimar socialmente o Brasil Sorridente resulta do entendimento de que uma política pública precisa de legitimidade social para ser sustentável ao longo do tempo. Entende-se por legitimidade social o apoio ofertado pela população, dentro do estado

de bem-estar social, na forma de controle social visando à garantia da continuidade da política pública de saúde bucal. Além disso, legitimando socialmente o Brasil Sorridente implicaria, de maneira indireta, em ampliação do campo de ação e trabalho da odontologia. Desta forma, os gestores federais agiram *instituindo o controle social no Brasil Sorridente, por meio de gestão descentralizada e participativa*, bem como *ofertando saúde bucal em todos os níveis de atenção à saúde*.

Instituindo o controle social no Brasil Sorridente, por meio de gestão descentralizada e participativa, foi uma estratégia adotada desde a proposição do Brasil Sorridente, atendendo aos moldes estruturais do SUS. A saúde bucal foi incorporada ao SUS 17 anos após seu processo de implantação, de modo que as experiências de sucesso de implantação e ampliação deste sistema de saúde universal foram fundamentais para a efetivação do Brasil Sorridente em território nacional; bem como o acúmulo de experiências anteriores em saúde bucal existentes em alguns municípios.

A terceira conferência nacional da saúde bucal, que foi onde se discutiu o Brasil Sorridente, também foi um excelente congresso que nós fizemos para incluir o controle social, para legitimar o Brasil Sorridente. (GF3)

Falo de experiências municipais, que eram frágeis, mas existiam, eram frágeis não, eram poucas, mas existiam. E a experiência de implantação do SUS, que é a experiência da reforma sanitária brasileira, que é uma questão importante. Nós temos o SUS desde 1988 e mesmo com a implantação do SUS, como resultado das lutas populares, democráticas, da reforma sanitária, nós não tínhamos a saúde bucal. A saúde bucal só aparece em 2004, quer dizer 17 anos depois, a essa experiência que eu me refiro. O Brasil passou por um período de implantação do sistema universal, mas faltava o buraco da saúde bucal. Então, a gente aproveitou também esta experiência da reforma sanitária. (GF3)

As decisões são relativamente descentralizadas, independentemente da hierarquia, são discutidas em conselhos municipais de saúde. Então, têm outros atores que interferem no processo e tudo gira em torno de orçamento. (GF1)

Ademais, *instituindo o controle social no Brasil Sorridente, por meio de gestão descentralizada e participativa* possibilitou a criação da comissão de saúde bucal no Conselho Nacional de Saúde (CONASS). De modo que tomadas de decisões maiores sobre a política de saúde bucal deveriam ser debatidas e votadas nesta neste conselho, reduzindo a chance de possíveis tentativas de alterações, de cunho partidário, na política.

Nós criamos uma comissão de saúde bucal no Conselho Nacional de Saúde, uma comissão que não existia. Isso foi muito legal porque a partir de então toda política de saúde bucal deveria ser aprovada no Conselho Nacional de Saúde, e ali tínhamos usuários envolvidos, trabalhadores, todo mundo envolvido. Isso reforçava muito a política que queríamos implementar, já que para ela ser discutida no conselho nacional, tinha que ter passado por 27 Estados e pelos conselhos municipais. (GF2)

Paralelamente, *ofertando saúde bucal em todos os níveis de atenção à saúde* significou a construção de uma rede de atenção à saúde bucal descentralizada, por meio de gestão coparticipativa entre MS, estados e municípios. Tal investimento em assistência odontológica visava, em primeiro plano, à legitimidade social, fundamental para viabilizar as ações indiretas de saúde bucal, bem como o apoio político por parte dos conselhos de saúde em suas diversas instâncias.

Se você não legitimar essa política com ações assistenciais, você não faz ações de vigilância e de promoção da saúde, porque você não tem legitimidade social para isso. Na saúde bucal, por exemplo, você não vai conseguir ter passeata das pessoas exigindo fluoretação de águas do abastecimento público, ainda que falemos para as pessoas que a água que a cidade delas trata, se for fluoretada, poderá reduzir a incidência de cárie pela metade. Isso é um discurso do pessoal da câmara, legal, estamos juntos, mas não vai mobilizar. [...] Para isso você precisa fazer assistência, ou seja, a legitimidade social você constrói, se constrói no dia a dia dos trabalhadores da saúde, e aí o componente assistencial não pode ser subestimado. (GF3)

Ofertando saúde bucal em todos os níveis de atenção à saúde os gestores federais garantiram o acesso aos cuidados de saúde bucal ao introduzir as equipes de saúde bucal (ESB) na ESF. Para tal, facilitaram os pedidos de credenciamento de ESB, o que resultou em importante incremento de acesso entre 2002 e 2015, passando de 4261 para 24.444 ESBs.

Até então existiam as equipes de saúde da família, não existia as equipes de saúde bucal. Foi no governo do Serra, o Serra como ministro, que começou, mas foi um percentual muito pequeno. Nota-se que realmente, a partir de 2003, é que se implantaram [as ESB] com força total. Se o estado pedia, nós credenciávamos, não tinha pedido negado, se o município tivesse a documentação correta, não tinha veto, não tinha uma seleção: “— Olha só, tem tantas vagas por estado.” Não. Chegou a demanda, automaticamente era autorizada. Então, teve uma diferença grande. (GF2)

Além disso, os gestores federais instituíram a atenção odontológica secundária no SUS, por meio da criação e implantação de CEOs e Laboratório Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Os resultados do SB 2010 foram usados na determinação das especialidades que prioritariamente deveriam ser ofertadas nos CEOs: periodontia, cirurgia, pacientes com necessidades especiais e endodontia. Posteriormente, os CEOs consolidados incorporaram especialidades adicionais: implante e ortodontia. Os gestores federais enfrentaram contexto macroeconômico desfavorável e resistência do setor privado odontológico na implantação dos CEOs. Contudo, entre 2006 e 2015 foram implantados 1034 CEOs.

Os resultados epidemiológicos, em relação aos níveis de reabilitação, melhoraram muito, por conta da implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Nós chegamos, em 2015, por exemplo, a ter cerca de 2100 municípios brasileiros recebendo recursos na área de reabilitação. Então, você sair do zero para quase 50%! (GF3)

Nós fizemos os CEOs, que foi de fato a introdução da assistência bucal em média complexidade, justamente para dizer o seguinte: o setor público vai sim hegemonizar uma atenção de média complexidade, que não pode ser só uma fatia do mercado. Do ponto de vista da implantação, não foi uma coisa assim tranquila, que todo mundo achou lindo e maravilhoso, que as pessoas que se opõem bateram palmas e nós éramos os bons moços. Quando se implantou o CEO, em um cenário de 2003 e 2004, de recessão, de dívida externa alta, de desemprego, bem, em um cenário muito próximo do que vivemos hoje, foi extremamente difícil. Para você montar um CEO do lado do consultório privado, você tirar, na cabeça do dentista, um paciente do consultório dele, principalmente nas cidades de pequeno e médio porte, não só nas grandes capitais, foi difícil, mas foi um movimento muito incisivo. (GF3)

A implantação dos LRPD prescindiu da construção da ideia de que as pessoas tinham direito à reabilitação odontológica. Os gestores federais entendiam que o Estado tinha uma dívida social com a saúde bucal dos brasileiros que precisa ser tratada de forma mais imediata, por isso enfrentaram outros gestores de saúde para garantir investimentos em reabilitação. Obtiveram sucesso, pois entre 2006 e 2015 foram implantados 1771 LRPD.

Quando você tem um quadro de carência nacional muito grande, como era o caso brasileiro, o discurso, de pessoas bem-intencionadas e até alguns sanitaristas, era o seguinte: “— Olha, por que vocês vão comprar laboratório de próteses se a atenção básica ainda não atingiu 100% das pessoas?” É aquela visão de que é preciso fazer primeiro a prevenção, deixar a casa tudo arrumadinha para depois fazer os outros níveis. Se nós fossemos fazer isso, nessa encarnação não ia rolar, os desdentados iam continuar desdentados, no máximo iríamos diminuir a incidência de desdentados. Ótimo, bacana, mas e a dívida social? Como iríamos fazer? Quando começaríamos a sanar? Nós fomos muito criticados, por setores progressistas inclusive, com esse discurso. Reabilitação? Gastar dinheiro com prótese? Como qualquer nível de prevenção, era uma coisa completamente extemporânea. Então, foi muito duro construir o direito à reabilitação. (GF3)

Ofertando saúde bucal em todos os níveis de atenção à saúde os gestores federais ainda enfrentaram o desafio de instituir ações na atenção terciária, praticamente inexistentes antes do Brasil Sorridente. A inserção dos cirurgiões-dentistas na atenção terciária esbarrou no corporativismo médico, pois espaços de alta complexidade foram historicamente dominados pela categoria. Assim, os gestores federais instituíram parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) na tentativa de promover o reconhecimento social da competência dos cirurgiões-dentistas em espaços de alta complexidade.

E na alta complexidade, a rede hospitalar, nós só tínhamos começado. Teria muito ainda a ser feito a fim de garantir aos dentistas acesso aos centros cirúrgicos, e possibilitar a resolução das demandas cirúrgicas da população. Estava ainda em uma escala mínima, foi muito inicial, praticamente só equipamos [centros-cirúrgicos]. Estávamos no processo de negociar com secretário a garantia de espaço do centro cirúrgico para os dentistas, pois a briga com os médicos é muito grande. Muitas vezes você equipa o centro cirúrgico, mas não dão espaço para o cirurgião-dentista

entrar e operar, devido ao pequeno porte dos centro-cirúrgicos ou ao corporativismo médico. Então, criar essa história de que o cirurgião dentista também opera, também entra no centro-cirúrgico, que ele precisa ter o centro-cirúrgico garantido uma vez na semana, pelo menos, para fazer a parte da odontologia, é uma luta, todo um processo que temos que trabalhar. Estávamos neste processo, nas reuniões do CONASS e do CONASEMS instituímos uma parceria muito boa. Eu já tinha conversado com o CONASS e CONASEMS: “— Olha tudo o que traçarmos nós vamos apresentar para vocês antes.” Era uma comissão interna que tínhamos criado e depois ia para o plenário do CONASS e CONASEMS, ou seja, estava falando com todos os secretários estaduais, em uma reunião, apresentando a política, a fim de que eles pudessem dar um suporte para o coordenador estadual, para que esta parte da política se efetivasse. (GF2)

Os gestores federais reconhecem que apenas iniciaram algumas ações como a oferta de infraestrutura hospitalar para cirurgia bucomaxilofacial e viabilização de atendimento de pacientes com deficiências graves. Conseguiram ofertar infraestrutura em quase todos os estados, porém o acesso à alta complexidade ainda é pouco significativo quando comparado com o acesso aos cuidados primários e mesmo à média complexidade.

Nós conseguimos equipar hospitais em praticamente todos os estados. Mas ainda estava iniciando com relação aos hospitais. Acho que, na alta complexidade, equipamos cerca de quatro hospitais por estado. (GF2)

Apesar da pouca inserção na alta complexidade, *ofertando saúde bucal em todos os níveis de atenção à saúde*, permitiu ampliação do campo de trabalho dos cirurgiões-dentistas. Além disso, a categoria profissional tem alcançado maior inserção política na sociedade brasileira.

Em relação a visibilidade, sem dúvida, a odontologia tem uma coordenação nacional, nós temos políticas implementadas, dialogamos com os conselhos. Não tem secretaria municipal, estadual de saúde que não tenha algum programa implementado, em consonância com a política nacional ou não. Entendeu? A odontologia é muito difundida, ela ganhou sim espaço no cenário público e no cenário político. Sem dúvida isso é uma conquista. E a quantidade de profissionais na área cresceu bastante, o que também ajudou um pouquinho. (GF1)

Por outro lado, induzindo implantação qualificada e equitativa do Brasil Sorridente trata-se de uma série de investimentos realizados pelos gestores federais a fim de garantir qualidade aceitável das ações de saúde bucal em nível local e o acesso equitativo aos cuidados de saúde bucal no Brasil. Desta maneira, agiram *induzindo ampliação do acesso com equidade, por meio de gestão coparticipativa; investindo em formação, educação permanente e teleodontologia; oportunizando acesso qualificado para populações culturalmente diversas e em situação de vulnerabilidade social; e instituindo programa de qualidade e diretrizes clínicas*.

Investindo em formação, educação permanente e teleodontologia trata-se de estratégia

adotada pelos gestores federais a fim de garantir ampliação do acesso e efetividade das ações de saúde bucal. Para tal, por meio de parcerias diversas, investiram em: qualificação técnica dos cirurgiões-dentistas; formação de pessoal de nível técnico; formação de gestores em saúde bucal; residência odontológica e teleodontologia.

Foi instituída parceria com Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGETS) que possibilitou a construção de uma agenda de educação permanente baseada em problemas de qualificação profissional relevantes aos cirurgiões-dentistas; a implantação da residência odontológica; e a formação de técnicos de saúde bucal, auxiliares de consultório dentário e técnicos de prótese dentária. Criaram-se ainda convênios com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e universidades públicas, promovendo a formação à distância de cirurgiões-dentistas em diversas especialidades, bem como formação em gestão contemplando gestores de serviços de saúde, como o CEO, e gestores municipais da política de saúde bucal.

Mais de mil coordenadores de saúde bucal passaram por essas atividades de qualificação de gestores de saúde bucal. Ok, o Brasil tem 5300 municípios e muitos deles trocaram, mas estamos falando de um período curto, absolutamente curto, em que ofertamos formação específica de gestão em saúde bucal. Nas agendas regionalizadas, estaduais, fizemos alguns convênios com universidades, para constituirmos escolas de formação em saúde bucal, uma delas, na Universidade Estadual de Maringá, por exemplo, foi premiada por conta disso. [...] Veja como isso é importante, de um lado você tinha uma fragilidade de gestores, de outro lado você tinha uma política nova, [precisava capacitar]. Eu ia para vários lugares e muitas vezes alguns coordenadores, pessoal que tinha mais tempo de serviço e que eram acostumados com a letargia na saúde bucal do SUS, diziam: “— Você está nos deixando doidos, toda semana sai uma portaria nova! Eu falei: “— Olha, nós não temos receio de fazer portarias, porque afinal portaria traz recurso. Então, é isso mesmo! Acostumem-se, segura, aperta o cinto porque vamos continuar nesse ritmo.” (GF3)

Uma parte importante também que implantamos na política foi a educação permanente. Então, a formação tanto de TSB [técnico de saúde bucal] como de ACD [auxiliar de consultório dentário] em grande escala, por meio de cursos à distância, com alguns momentos presenciais. Então, isso foi um grande avanço da política implementada, porque até então não existiam esses cursos de formação (GF2).

[...] E dentro do ministério, trabalhamos com a área de educação permanente, fizemos vários cursos também de educação permanente, por exemplo: formamos dentistas para atender pacientes com deficiência, grupos autistas, com síndrome de Down, esses tipos de pacientes. (GF2)

Investindo em formação, educação permanente e teleodontologia criou-se também o teleodontologia – central que oferta apoio diagnóstico e matricial à distância, por meio de canais tecnológicos – e estabeleceu-se parceria para capacitar os cirurgiões-dentistas a utilizarem teleodontologia.

Tínhamos fechado também uma parceria com a tecno com relação à educação à

distância de novos cirurgiões-dentistas da ESF, que estavam entrando no serviço, no Brasil todo, mas principalmente nas parcerias do telessaúde, que é aquela central que o dentista liga quando tem dúvida no consultório, na rede pública, manda por celular o raio-x ou foto e quem está na central o ajuda a tomar a decisão pelo diagnóstico ou forma de tratamento. (GF2)

Adicionalmente, *induzindo ampliação do acesso com equidade por meio de gestão coparticipativa* significou a adoção de uma política de gestão apartidária que permitiu aproximação entre gestores federais, estaduais e municipais visando à concretização das ações de saúde bucal em nível local. Para tal, a coordenação geral de saúde bucal ofertou canais de acessória técnica e comunicação direta. Além disso, utilizou o peso político do MS e aporte financeiro para induzir os gestores municipais a implantarem as ESB em regiões de maior vulnerabilidade social.

Convencimento, aproximação, assessoria, mostrar que o ministério estava junto [...] A aproximação das gestões municipais, estaduais com o Ministério da Saúde é um fator importante. Na nossa coordenação de saúde bucal aqueles telefones não paravam de tocar. Todo mundo conhecia os coordenadores e os meus assessores. Nós dividimos o Brasil, e cada assessor ficou responsável por algumas áreas, e os gestores municipais, esses mais de 5 mil gestores, conheciam seu assessor, poderiam até nunca ter visto, mas já ouviram a voz deste cara por telefone. Ninguém saía sem resposta, poderia até não conseguir o que queria, mas sempre saía com alguma coisa. Ou seja, essa é uma das grandes marcas deste período, a aproximação da política, isso é política. Isso não é crítica partidária, isso não é patrimonialismo, que você: “— olha, você faz isso e você vai ganhar aquilo.” Não, não é isso. Isso é política, é você conversar com os prefeitos, falar: “— Prefeito, não sei nem de que partido você é, você pode até ser oposição, mas o governo federal está aqui, e nós queremos caminhar juntos.” (GF3)

O peso político do Ministério da Saúde é muito grande, por conta da centralização. Não estou aqui discutindo se é bom ou ruim, eu acho que tem problemas, mas o peso político interno do ministério é muito grande. Então, você tem que usar, já que é assim você tem que usar para o bem, para aquilo que você quer. Nós aumentamos em quase 70% o financiamento das equipes na atenção básica, teria sido uma outra história se nós ficassemos sentados na cadeira em Brasília, lá no Ministério da Saúde. Iria aumentar a saúde bucal? Provavelmente, iria, não sei se na mesma velocidade que aumentou, mas eu posso, com uma dose grande de certeza, dizer que se aumentasse, não iria aumentar nas áreas de maior vulnerabilidade social. Quer dizer, isso foi muito discutido pelo Ministério da Saúde, nós induzimos essas ações. (GF3)

Por outro lado, *oportunizando a atenção às populações culturalmente diversas e em situação de vulnerabilidade social* os gestores federais investiram em formação de pessoal técnico e recursos tecnológicos para atendimento de população indígena, quilombola, assentada, pessoas privadas de liberdade, escolares, residentes de área rural/remota e em situação de rua. Para tal estabeleceram parcerias diversas, com a Coordenação de Atenção Básica, por exemplo, implantaram os Consultórios na Rua e capacitaram profissionais para atuarem na ESB indígena; com o Ministério da Justiça capacitaram pessoal de nível técnico para

atenderem pessoas privadas de liberdade e ampliaram o número de ESB em sistema prisional; com o MEC instituíram os consultórios itinerantes de odontologia no âmbito dos programas Saúde na Escola e Programa Brasil Alfabetizado; com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e a Escola Técnica de Saúde do SUS (ETSUS) capacitaram pessoal de nível técnico para atender a população rural e assentada. Entre 2003 e 2015 foram entregues 217 unidades odontológicas móveis.

Fizemos uma articulação interna com Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – uma parceria para cursos de formação para TSB [técnico de saúde bucal], ASB [auxiliar de consultório dentário], TPD [técnico de prótese dentária], curso para gerentes de CEO, curso para capacitação de ESB Indígena, curso para TSB e ASB para atendimento à população do campo, em parceria com o INCRA e ETSUS/SE. Fizemos também parceria com UFPE para criação de módulos de educação permanente para cirurgiões-dentistas nas várias especialidades. Implantamos ainda a residência odontológica em parceria com a SGETS [Escola Técnica de Saúde do SUS]. (GF2)

Por fim, instituindo programa de qualidade e diretrizes clínicas os gestores federais objetivaram melhora da qualidade dos serviços de APS e média complexidade. Assim, incorporaram o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB) e elaboraram o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas 2017 (PMAQ CEO), por meio de articulação com o CONASS. Tais instrumentos de avaliação — PMAQAB e o PMAQ CEO — permitem aos municípios se autoavaliarem, de maneira a modificarem pontos frágeis da política de saúde bucal localmente, além de definir valores de gratificação por desempenho — repasse financeiro, de acordo com nível de qualidade, alcançado destinado aos municípios e profissionais. Após algumas aplicações, foi criado um grupo de trabalho para rever os indicadores de saúde bucal, em resposta aos questionamentos dos estados. Neste mesmo sentido, foram instituídas diretrizes clínicas odontológicas e protocolos de encaminhamentos/fluxo na rede de atenção à saúde bucal, em parceria com a Coordenação de Atenção Básica.

Como qualquer política pública, ele [Brasil Sorridente] tem que ser construído no dia a dia. Não tem como bater o martelo em políticas públicas, tem que se avaliar, e aí os instrumentos de avaliação são poderosíssimos, justamente por isso que nós criamos, por exemplo, o PMAQAB e o PMAQ CEO, que é uma forma de você induzir, financeiramente. Mas também é uma forma do município, não do ministério, do município dizer o seguinte: “— olha, isso aqui está bom, isso aqui não está bom, isso aqui tem que mudar.” [...] os instrumentos de avaliação são poderosíssimos para se reavaliar e corrigir, melhorar aquilo que tem que ser melhorado [...]. (GF3)

Fizemos parcerias com a Secretaria de Atenção à Saúde, com a coordenação de Atenção Básica, por exemplo, implantamos os protocolos clínicos e protocolos de encaminhamento. (GF2)

Na sequência de toda esta construção, apresenta-se o segundo subprocesso desta experiência, **orgulhando-se da construção de uma política de saúde bucal bem-sucedida** significa lembrar dos obstáculos enfrentados em sua instituição, sentir-se satisfeito com os resultados alcançados e refletir sobre a necessidade de aperfeiçoamento da política. Para alguns, era inconcebível uma política de saúde bucal com gestão plena municipal, por conta da fragilidade técnica existente, além da restrição orçamentária. Contudo, hoje o Brasil tem uma rede de atenção à saúde bucal que oferta cuidados de alto nível, demonstrando que um país em desenvolvimento pode instituir uma política de saúde bucal universal e efetiva. Este subprocesso compreende as categorias: Brasil Sorridente sendo reconhecido internacionalmente; e reconhecendo a necessidade de aperfeiçoamento da política.

Brasil Sorridente sendo reconhecido internacionalmente representa um sentimento de satisfação vivido pelos gestores federais ao perceberem que os resultados da política que propuseram e construíram alcançaram visibilidade internacional. Os gestores federais reconhecem que os resultados de saúde bucal não podem ser atribuídos exclusivamente ao Brasil Sorridente, pois durante o governo liderado pelo ex-presidente Lula cerca de 30 milhões de pessoas saíram da linha da pobreza. Contudo, enfatizam que o Brasil Sorridente compôs um pacote de políticas sociais que elevou a qualidade de vida dos brasileiros, repercutindo positivamente na saúde bucal. Entre outros resultados, o SB 2010, mostrou redução importante do CPO — índice que aponta número de dentes cariados, perdidos e obturados — nos adolescentes e adultos. Desta maneira, o Brasil alcançou a marca, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de país com baixa prevalência de cárie, em apenas sete anos de Brasil Sorridente.

O SB 2010 mostrou resultados bastante significativos, por exemplo, o que mais me chama atenção, 44% das crianças brasileiras aos 12 anos de idade foram consideradas livres de carie. Em um país que saía de uma dívida social como a nossa, chegar a um número desses em apenas sete anos, foi uma vitória que foi reconhecida pela própria Organização Mundial de Saúde, a OMS colocou o Brasil, elevou o papel brasileiro justamente por esse resultado. Houve também uma diminuição do CPO nos adolescentes e mesmo em adultos também, ou seja, claro que não podemos creditar isso exclusivamente às ações de saúde bucal, evidente. O que devemos imaginar? Por que isso aconteceu? Porque saíram 30 milhões de pessoas da linha da pobreza, naquele mesmo período, ou seja, a saúde bucal ela compôs um leque de política sociais que impactaram e elevaram a qualidade de vida das pessoas, não foi ela por si, foi ela também [...]. Fazer saúde bucal em primeiro lugar é possível, e segundo é rápido. Você não precisa ser mágico, você não precisa ser rico, você não precisa morar nos Estados Unidos, você não precisa ter o orçamento do Canadá, seria bom se tivesse, mas dá pra ser feito, os resultados mostram isso, é factível. (GF3)

Durante período de implantação do Brasil Sorridente, poucas foram as participações do Brasil

em eventos e frentes internacionais promovidos por instituições supraestatais. Porém, em poucos anos, o Brasil Sorridente alcançou prestígio internacional. Em parceria com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), foram realizados dois encontros de coordenadores latino-americanos de saúde bucal no Brasil, sendo redigida a carta do Brasil que sugere a adoção dos princípios do SUS nas políticas de saúde bucal de países latino-americanos.

No tempo em que estive na coordenação eu não priorizei as metas internacionais, quando eu digo não priorizar não quer dizer não participar, mas veja, nós tínhamos um país de dimensões continentais, com mais de cinco mil municípios e com uma dívida social enorme. Então, não dá para ficar passeando, tendo uma reunião em Brasília e indo para tudo que é país, ou para Nova York ou para Genebra para ter reunião na OMS, com todo respeito a essas instituições, mas não foi nosso foco prioritário. Mas participamos de algumas frentes internacionais, por exemplo: junto com a OPAS, e fizemos aqui no Brasil dois grandes encontros. O Brasil, na realidade, se tornou protagonista em termos de política de saúde bucal, nosso presidente projetou o Brasil internacionalmente, desde o início. Nós realizamos, por exemplo, dois encontros de coordenadores latino-americanos de saúde bucal em São Paulo. A carta do Brasil, que inclusive foi uma carta redigida em um desses encontros, apontou que a América Latina deveria seguir os princípios do SUS, por exemplo. (GF3)

Durante o governo liderado pelo ex-presidente Lula, o Ministério das Relações Exteriores promoveu a cooperação Sul-Sul, com países em desenvolvimento. Neste contexto, o MS recebeu alguns pedidos de consultoria para implantação de políticas de saúde bucal em países em desenvolvimento; implantou o Moçambique Sorridente; importou a tecnologia cubana de acreditação de serviços de saúde de média complexidade e exportou para Cuba a tecnologia de reabilitação odontológica.

O Ministério das Relações Exteriores, sob a determinação do presidente, investiu muito em uma mudança de relações: ao invés do eixo Norte-Sul, passou a investir no eixos Sul-Sul. Então, passamos a nos relacionar, por exemplo, com a África, com a Índia, com a China, países para se constituir parte e que não eram priorizados economicamente, socialmente. E disso, surgiu uma parceria com Moçambique. Em Moçambique, por exemplo, nós implantamos, digo nós, junto com Moçambique, evidente, implantamos o Moçambique Sorridente, resultante de algumas idas e vindas para lá, por determinação do Gabinete do Presidente da República, para levar a experiência do Brasil Sorridente em uma pauta em Moçambique. Foi uma das experiências internacionais. Outra foi construída com Cuba, que tinha uma tecnologia de acreditação de serviços de complexidade, que nós estávamos começando. Então, associamos a tecnologia cubana de acreditação de serviços de média complexidade e levamos para Cuba a tecnologia de reabilitação, de prótese. [...] Na América Latina e no eixo sul-sul há uma carência enorme de ações de saúde bucal. O Brasil em 13 anos experimentou uma política que o diferenciou de todas as outras, e aí não vai nenhuma dose de nacionalismo, de propaganda pessoal, mas o Brasil Sorridente virou um exemplo de construção de política de saúde bucal. Nós passamos a ser muito demandados para ajudar esses países a investirem em suas políticas. Nós não focamos muito tempo nesta movimentação [internacional] porque não daríamos conta [dos investimentos internos]. (GF3)

Apesar do Brasil Sorridente tenha alcançado reconhecimento internacional, os gestores

federais tinham a percepção de que uma política não é estática, se constrói no dia-a-dia, precisando ser adaptada, por meio de informações que subsidiem correções de rumo, reconhecendo a necessidade de aperfeiçoamento da política. O Brasil Sorridente é uma política nova, que em parte ainda está em processo de implantação, não tendo atingido o potencial desejado na regionalização, descentralização e acesso aos cuidados de saúde bucal, especialmente em média e alta complexidade. Há ainda uma dificuldade de fixar profissionais em municípios afastados e de menor porte.

Em termo assistenciais, nós tínhamos que ter criado o CEOzinho, que nós estávamos já chamando de CEOzinho, por quê? Porque o CEO comum tem cinco abas e três consultórios. Onde nós precisamos avançar, nos municípios de pequeno porte, eles não conseguiam passar, não cabiam. Então tínhamos que criar uma forma de acessar a média complexidade que não fosse engessada. Nós fizemos e deixamos pronto o modelo CEOzinho, que os municípios menores poderiam escolher três áreas, de acordo com a sua realidade, e colocariam ali, para fazer a média complexidade na saúde bucal. A média complexidade precisa avançar, porque se você bota um CEO regional, por exemplo, o sujeito, o usuário, para fazer um tratamento periodontal, não vai ficar viajando de uma cidade para outra, para fazer raspagem, um canal ou uma cirurgia periodontal, três, quatro, cinco vezes, isso é história da carochinha, ele não vai fazer isso; ou faz uma coisa bem próxima, da casa dele, ou não faz, não é porque ele não gosta do dentista é porque ele tem outras prioridades. Então, não dá para pensar nas pactuações regionais de uma forma burocrática. Nós estávamos pensando em diminuir a carga horária dos dentistas, de 40 para 20 horas, na atenção básica também. É uma realidade daqueles municípios, não adianta você ficar só com 40 horas, se você não tem como sair dali, mas também não dá para pegar um dentista e ficar uma hora por dia no posto de saúde porque aí ele fará apenas trabalho espontâneo. [...] Uma outra questão, é a construção da odontologia terciária, agora está se falando muito na odontologia nas UTIs, isso é propaganda; agora tem projeto de lei obrigando a odontologia lá. Só que a UTI é um ambiente da atenção terciária, se não tiver a construção da odontologia na atenção terciária, ela vai pegar só a odontologia na UTI. (GF3)

Adicionalmente, reconhecendo a necessidade de aperfeiçoamento da política os gestores federais apontam a necessidade de garantir recursos para pesquisa em saúde bucal, ampliar a capacitação de profissionais cirurgiões-dentistas, e atualizar regularmente as diretrizes clínicas, visando adoção das últimas evidências em saúde bucal. Há ainda a percepção de burocratização e acesso precário às informações – falta de conectividade entre sistemas de informação nas diferentes esferas de gestão da política de saúde – para gestão orçamentária, que possibilita desperdícios, apesar de planos de viabilidade, bem como dificulta a tomada de decisões e assertividade das ações.

Percebi que era liberado muito recurso para implementação e aquilo não se consolidava. Às vezes, tinha troca de gestão na prefeitura, um prefeito ali gostaria de inaugurar um centro de especialidade, mas na segunda gestão o dinheiro se perdeu na média complexidade e não inaugurou. Agora não lembro exatamente, mas mais da metade do recurso que aportávamos para construir um centro de especialidade, não era executado, entendeu? Por mais que existisse um plano de viabilidade, os

gestores municipais tinham uma certa dificuldade, tinha ali um desperdício de recursos nesta gestão. As próteses dentárias a mesma coisa, a gestão no dia a dia precisaria de um afinamento. [...] É um processo que precisa ser revisto, aprimorado, ter acesso a números. A gestão era muito complicada, eu tenho também a experiência da gestão privada, posso dizer que o acesso à informação era muito difícil, tinha uma planilha de Excel no Ministério para controlar um orçamento de milhões! Então, era uma coisa que deixava um pouquinho a desejar neste quesito. Entendeu? (GF1)

A sensação, experimentada pelos gestores federais, de serem impedidos de concretizarem o Brasil Sorridente, impedidos de contribuir com seu aperfeiçoamento e ampliação de cobertura das ações de saúde bucal, como desejado, conforma o terceiro subprocesso desta experiência: **frustrando-se com a instabilidade do Brasil Sorridente**. Tal sentimento aflora a partir da percepção de contexto de desmonte técnico e político do SUS, que coloca a política de saúde bucal em risco, representado pelas categorias: sendo irrelevante discutir atualização da política com o SUS em risco; tendo dificuldades de aperfeiçoar e manter o Brasil Sorridente; sendo difícil aceitar a indicação de gestores frágeis tecnicamente; percebendo como frágil a legitimidade social alcançada no Brasil Sorridente.

Neste contexto, sendo irrelevante discutir atualização da política com o SUS em risco decorre da percepção de momento macroeconômico e político desfavorável para as políticas sociais no país. A instabilidade política atípica que o Brasil enfrentou durante o processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff causou indefinição sobre permanência em cargos de gestão [comissionados] dentro do MS afetando o andamento dos projetos. Para os gestores federais o desmonte do SUS começou no final do governo da presidenta Dilma Rousseff, com o acirramento político e partidarização excessiva.

Discutir isso [necessidades de aperfeiçoamento do BS] é meio irrelevante, agora temos que manter a estratégia saúde da família [...]. (GF3)

[O desmonte começou] no final do governo Dilma, com o impeachment a coisa oficializou. A partir daí o SUS virou um balcão de negócios, quem se apoderou do Ministério da Saúde foi um ministro que não tem interesse político no fortalecimento do SUS, e não tem capacidade técnica, mesmo que tivesse interesse político para o fortalecimento do SUS, que não é o fato, não tem capacidade técnica de gestão do SUS! Então, dali para baixo o perfil é o mesmo. (GF3)

De repente, você vê que começa a desmontar tudo, não existe mais reuniões com ninguém, não existe mais nenhuma articulação, está totalmente desarticulado, é um desmonte em todos os sentidos. (GF2)

A troca de ministro no fim do governo da presidenta Dilma, resultou em perda de protagonismo da coordenação geral de saúde bucal e redução de orçamento destinado à saúde bucal. Assim, os gestores federais acabaram tendo dificuldades de aperfeiçoar e manter o Brasil Sorridente, vivenciando situação de redução no número de novas ESB implantadas,

além da troca de cargos comissionados, com exoneração de lideranças da saúde bucal.

No final do governo Dilma, o último ministro do governo Dilma, foi uma situação extremamente delicada em que o Brasil Sorridente, a saúde bucal, perdeu protagonismo, perdeu financiamento. Os números mostram isso, nós implantamos menos equipes de saúde bucal, depois de 13 anos de crescimento em um ritmo forte, não só mantendo, mas crescendo em um ritmo uniforme, nós chegamos em uma situação muito fragilizada. (GF3)

Frente ao cenário financeiro, nós tínhamos muita dificuldade, dificuldade em conseguir viabilizar até algumas coisas que já estavam implantadas. Então, foi uma represália, uma dificuldade de liberar recursos para novas equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Nós estávamos com restrição em custeios de novos CEOs, na liberação de subsídios para implantação também. Com este problema financeiro, nós tivemos uma dificuldade muito grande em conseguir ampliar os programas já existentes, independentemente do modelo, se precisasse de um tipo de reforço, algum tipo de revisão, algum tipo de reorganização. Então, minha experiência, neste contexto, foi um pouco frustrante, especialmente por querer contribuir de alguma forma com a política, contribuir com a saúde em um âmbito bucal para que pudesse chegar mais na ponta, nos municípios, aos munícipes, à população efetivamente [...]. (GF1)

Hoje, infelizmente, estamos vendo um desmonte, reduzindo equipes de saúde bucal, vários CEOs sendo fechados, um desmonte desta política, que com certeza implica em redução do acesso à população. [...] Está difícil olhar, olhar o que fizemos e pensar [...] é muito triste, é a realidade de hoje. (GF2)

Neste cenário, sendo difícil aceitar a indicação de gestores frágeis tecnicamente representa um sentimento de indignação experienciado por gestores da saúde bucal atuantes junto ao MS até o impeachment da presidenta Dilma Rousseff. Acreditam que uma das estratégias de desmonte do SUS é a inserção de gestores frágeis tecnicamente e sem compromisso com o SUS em pontos estratégicos, visando quebrar a resistência institucional — qualidade de resistência às alterações de cunho partidário e de interesses pessoais eventualmente impostas à política, decorre do elevado grau de consolidação desta política, com gestão descentralizada, coparticipativa e apoiada no controle social e capital político ofertados aos gestores estaduais e municipais. Técnicos indicados contribuem com a precarização do SUS, facilitando a participação do setor privado, ao invés de consolidá-lo. Para alguns gestores, tais lideranças descomprometidas iniciaram desmonte do SUS, independentemente da crise econômica.

Eu acho que o momento da minha transição foi o momento mais grave de transição da história da política nacional de saúde bucal. Nós tivemos vários partidos PMDB, PSDB e PFL no governo, na presidência, mas que indicavam técnicos qualificados para coordenar a saúde bucal, por exemplo, o Vitor Gomes Pinto. Na minha substituição não, foi indicado uma pessoa que trabalhava em um plano de saúde, ou seja, uma pessoa ligada diretamente aos planos de saúde privados, que não tinha um conhecimento do que é um serviço público [...]. Entre todas as transições na história esta foi a pior, pois se você tem outros partidos que indicam técnicos qualificados e que defendem o SUS, a política segue, agora quando você indica técnicos que não tem nenhum compromisso, aí nós já conhecemos a história. (GF2)

Por mais que se fale que a máquina pública tem um inchaço, nós temos limitações de recursos e de conhecimento também. Então, eu compartilhava, tentava envolver ali os conselhos [de classe], a associação, então eu permitia um pouco mais de acesso, tentava dialogar um pouco mais com o pessoal, que saia um pouquinho do público, do ambiente público, que tinham outra visão. (GF1)

[...] quer dizer, se juntar desinteresse, aliás desinteresse não, interesse em fragilidade, fragilizando o SUS para que a iniciativa privada se expanda. Você coloca pessoas frágeis tecnicamente nos pontos chave tornando mais fácil você desmontar, aí você não tem resistência, você quebra a resistência institucional. Este é o modo de agir que vemos hoje. (GF3)

Neste sentido, acreditam que um coordenador da saúde bucal deveria garantir a continuidade da implantação da política, convencendo gestores a investirem em saúde bucal. Para realizar uma gestão efetiva é necessário um equilíbrio entre capacidade de articulação política e habilidade técnica. Além de conhecimento da política e vontade de manter o SUS.

[...] e a importância dele, enquanto coordenador, não é ficar lá pelo cargo, mas sim por garantir a implantação de políticas. Então, ele tem que trabalhar muito para garantir mais equipes, ele tem que mostrar para secretário estadual que vale a pena [...]. (GF2)

Ademais, sendo difícil aceitar a indicação de gestores frágeis tecnicamente, decorre da percepção de que a crise econômica não é alegação plausível para os retrocessos vistos na política de saúde bucal. Em outras palavras, a redução no orçamento não justifica cortes de repasses para manter ações já implantadas. Percebendo uma lógica de gestão inversa por parte da nova coordenação de saúde bucal, preferindo descredenciamento de ESB e fechamento de CEOs à tentativa de aproximação com estados e municípios ofertando apoio para que as ações se consolidem. Esta lógica de trabalho é entendida como contrária a consolidação do SUS.

Nossa luta interna era para não reduzir nada e arcar com os compromissos existentes, era 2015, mas no próximo ano não teria incremento de 10%, seria em torno de 2%, mas estávamos segurando, não podia ter retrocessos, ficaríamos ali lutando para ampliar, com percentual menor no momento de crise, mas garantiríamos que ampliásse. E o que nós vemos hoje? Não é só o orçamento caindo, é o desmonte neste sentido. Se cai o orçamento você tem que cortar. Você tem que cortar as equipes de saúde bucal? Você tem que cortar os CEOs? Você vai cortar o orçamento que está mandado para o estado? Além de não ampliar, estão cortando o que já estava implementado, e isso é gravíssimo. Nas últimas portarias que vi, publicadas pelo Ministério da Saúde, o número de equipes de saúde bucal já cortadas é enorme, cada dia sai uma portaria cortando mais equipes de saúde bucal, em vários estados do Brasil, e a alegação principal é que os estados não estão mandando os dados. Se não manda os dados, você corta? Não! Antes iríamos trabalhar para que os dados chegassem, para não cortar, agora não, tipo assim, ainda bem que não mandou os dados já que não temos como manter o orçamento, vamos cortar. É uma política completamente inversa. (GF2)

A questão da prótese era muito complicada, era uma dificuldade muito grande fazer com que os municípios implementassem os recursos de licitação do protético para este fim. Mesmo que os municípios quisessem de fato implementar este recurso,

como vinha na alta complexidade, ele podia ser utilizado para qualquer outra coisa na média e alta complexidade, que é uma conta homérica nos municípios. Assim, acabava não indo para o que era destinado, era muito complicado. Nós tínhamos, de alguma forma, que avaliar estes procedimentos pela produtividade, eles subsidiariam um X de reais para que fossem entregues um X de próteses. Mas, nós não conseguíamos ter este relatório para decidirmos que o fazer e mesmo para comprovar o que estava sendo feito. [Levava um tempo] até que conseguíssemos remanejar algum tipo de recurso de uma prefeitura que era ineficiente nesta gestão, que não estava utilizando. Eu geralmente avisava, eu tentava avisar antes de fazer um remanejamento: “— Eu esqueci de imputar o dado, a licitação venceu. Só estes 30 dias que estava com problema.” Mas sinto, tinha verba ali há anos e nunca entregou, nunca comprovou que entregou uma prótese. (GF1)

A análise do momento político descrito leva à racionalização sobre a sustentabilidade do Brasil Sorridente. Assim, os gestores federais acabam percebendo como frágil a legitimidade social alcançada no Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente é um conjunto de ações que conformam com a política de saúde bucal, não existindo uma lei que legitima tais ações. As ações das equipes de saúde bucal foram inseridas na portaria da política nacional de atenção básica, porém não há portaria única que legitime as ações de média e alta complexidade odontológicas. Desta forma, o Brasil Sorridente, apesar de ter alto grau de descentralização, encontra-se exposto à influência de interesses partidários e pessoais de gestores, por meio do controle da liberação de recursos financeiros, uma vez que não há obrigatoriedade legal em mantê-los. Em um cenário em que outras secretarias dentro do MS tiveram portarias revogadas ou modificadas, considera-se uma vitória a não revogação de portarias da saúde bucal, apesar da redução do número de ESB e CEOs.

O Brasil Sorridente é um conjunto de ações voltadas para saúde bucal que conformam com a política, mas ele não tem uma portaria, uma coisa que legitima essas ações. O que mais avança nesse sentido, por exemplo, é a antiga política nacional de atenção básica, na qual inserimos as ações do Brasil Sorridente dentro da estratégia saúde da família, as ações das equipes de saúde bucal estavam na política nacional de atenção básica. Mas, por exemplo, as ações de alta complexidade e de média complexidade não estão, porque não são contempladas na atenção básica. Então, não é uma portaria única, é um conjunto de ações, por isso que estamos nos movimentando agora para que o plenário transforme o Brasil Sorridente em lei federal, como a saúde mental, por exemplo. (GF3)

Por enquanto, não se revogou nada da política de saúde bucal, nenhuma portaria nossa foi revogada ainda, estão diminuindo as equipes, diminuindo os CEOs, mas não revogaram nenhuma portaria. Isso já é um ganho, porque outras portarias já foram modificadas dentro do Ministério da Saúde. (GF2)

Ademais, percebendo como frágil a legitimidade social alcançada no Brasil Sorridente os gestores federais explicitam que muitos brasileiros ainda desconhecem seu direito à saúde bucal, de modo que ainda não têm capacidade de agenciamento político na forma de mobilização social para exigí-lo. Ressaltam ainda que gestores investem em políticas públicas

setoriais quando há pressão social, independente da necessidade epidemiológica.

A saúde bucal não é um problema de todos, ela é um problema de 80% dos brasileiros e brasileiras que estão fora do orçamento. [...] não tem dinheiro para todo mundo, então você tira essas pessoas do orçamento, você congela os gastos públicos, como fizeram agora com a PEC 95. Esses brasileiros pagam o pato. A saúde bucal é um problema de quem? É um problema do sujeito que está fora e que não tem força política. Ele não aparece, se ele não aparece nem dentro do orçamento, imagina se consegue se mobilizar, ir votar na eleição é o máximo que ele consegue chegar. Porque ele não tem [pausa], são segmentos que estão desorganizados. [...] A lei, como cartão de mobilização, é de suma importância, o cartão de mobilização da saúde bucal para estes segmentos e de alguns profissionais de saúde que são solidários. [...] Se a gente não tiver um orçamento no legislativo, um orçamento legal, esses segmentos vão ficar muito mais marginalizados, inclusive dentro do sistema de saúde. O SUS atende também certas condições, prioridades, justamente porque o dinheiro é curto, os gestores vão colocar ou tirar dinheiro na saúde bucal a depender da pressão para colocar, o jogo é esse. Ele vai investir em uma política setorial na medida em que aquilo responda uma necessidade social, não uma necessidade epidemiológica, é a legitimidade social que vai construir. (GF3)

Eu era muito simpático ao modelo [GraduaCEO], mas ainda assim, eu coloquei algumas alterações ali no processo, antes de se fazer qualquer liberação de recurso. Não teve nenhuma alteração [significativa], era liberação de recurso. Então, a política está continuada, ela não é um projeto de lei, como já se falam, já foi comentado, acho que tem expectativa, tem movimentos para que assim seja [...]. (GF1)

Assim, surge o quarto subprocesso desta experiência, **lutando para garantir a sustentabilidade da política de saúde bucal**, um movimento político de lideranças da saúde bucal visando garantir orçamento legal e continuidade do Brasil Sorridente. Para tal agem mobilizando-se para aprovar o Brasil Sorridente como lei federal, pois consideram mais difícil modificar uma lei que um conjunto de portarias. A transformação do BS em lei federal representa um instrumento concreto para mobilização social, no sentido de exigência do cumprimento das ações nela asseguradas por parte de segmentos sociais organizados. Além de induzir as ações de saúde bucal nos municípios, pois garantiria orçamento legal.

Nós estamos correndo contra o tempo lá no congresso porque não sabemos sobre o futuro deste país, quem vai ser o próximo presidente. E a chance de não ter uma lei aprovada no congresso e de se desmontar aquelas portarias é muito grande. Então estamos lutando muito para aprovar esta lei, uma garantia mínima, já que mudar uma lei é muito mais difícil. (GF2)

[A aprovação do BS como projeto de lei] seria mais uma forma de indução das ações de saúde bucal nos municípios, em primeiro lugar. Em segundo lugar, um instrumento de luta dos trabalhadores e dos usuários do SUS, para que a saúde bucal acontecesse nos municípios, nos estados e municípios, a lei por si só não resolve, mas ela é um instrumento concreto de mobilização social, e de grande legitimidade social daquelas ações. (GF3)

Mobilizando-se para aprovar o Brasil Sorridente como lei federal, diferentes atores se envolveram na construção do projeto: gestores federais, entidades de classe, como a

associação nacional de odontologia, entre outros. O projeto encontra-se em tramitação no senado e na câmara dos deputados. Lideranças da odontologia estão exercendo pressão política para aprovação do projeto, uma vez que a pressão política constitui estratégia chave para tramitação rápida nas comissões e encaminhamento do projeto de lei até o plenário. Afinal, existem diferentes interesses políticos em jogo na tramitação deste projeto de lei. O *lobby* das empresas de plano de saúde odontológico, por exemplo, tem exercido oposição na câmara dos deputados.

É um projeto de lei, não foi aprovado. Nós fizemos o projeto de lei, as entidades nacionais todas participaram, o conselho federal, a federação interestadual, a FNO [Fundação Nacional de Odontologia], todo mundo participou. Nós reunimos com o senado, Humberto Costa, ele mandou um projeto, nós aperfeiçoamos aquele projeto, melhoramos ele. [...] trabalhamos neste projeto e mandamos para ele, ele deu entrada no senado, e o Jorge Sola, deputado federal deu entrada na câmara, e está passando por todas aquelas comissões. Nós estamos pressionando porque um projeto pode ficar 20 anos e ser arquivado ou pode se aprovado ao longo de dois anos, a depender da pressão política. Agora nós estamos organizados, estamos visitando os deputados. Até agora foi aprovado nas comissões que passou, mas o principal é pressionar para que entre em pauta em cada comissão, o mais rápido possível, são muitas comissões até chegar no plenário, e cada comissão quer fazer uma audiência pública para entender melhor do assunto, para compreender se realmente deve usar esta política. Então, tem vários deputados que querem compreender melhor e lógico que tem também as empresas de planos de saúde odontológico que são contra, que fazem o *lobby* contra na câmara, para não aprovar a política, porque não aprovando a política o orçamento pode beneficiar, por exemplo: os planos de saúde. Com um SUS mínimo pode ter plano de saúde bucal, ou terceirizar para empresas atenderem a população, coisa que sempre fomos contra. Por isso, temos que estar diariamente lá no congresso e é o que estamos fazendo no momento. (GF2)

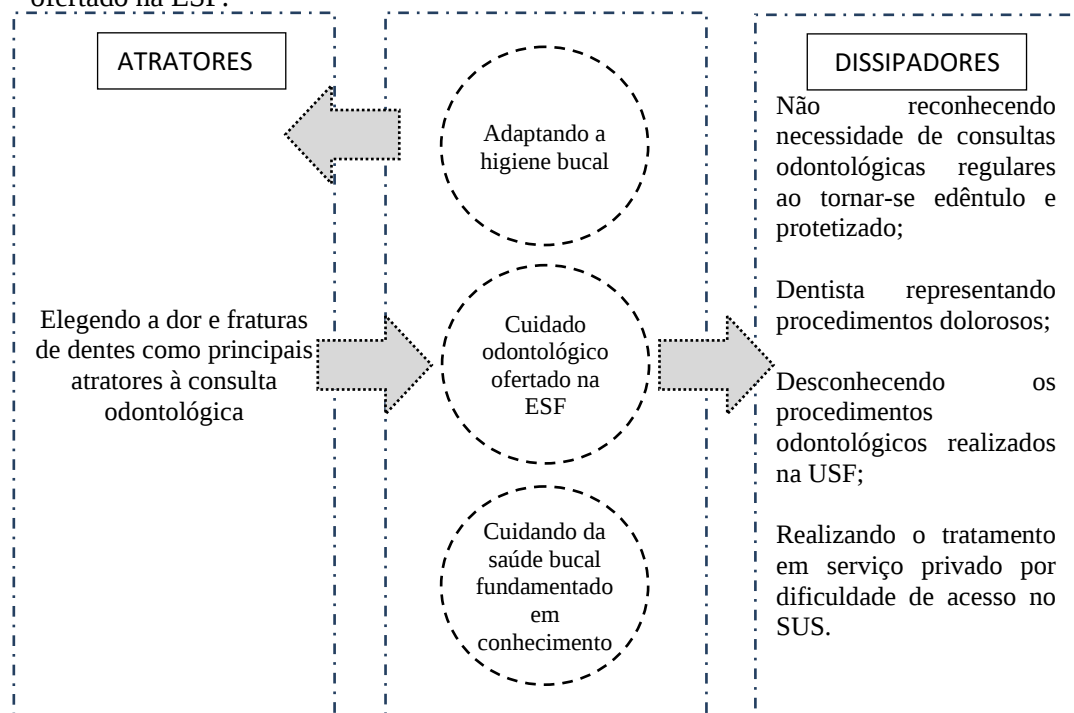
4.4 Experiência dos idosos

Foram entrevistados 12 idosos. A maioria residia na cidade há mais de 20 anos ($n=9$), era do sexo feminino ($n=7$), independente em suas atividades de vida diária ($n=11$), sem plano privado de saúde ($n=11$), e com idade entre 60 e 69 anos ($n=7$), seguidos por 70 e 79 ($n=4$) e apenas um entre 80 e 89 anos. Um era analfabeto, oito tinham de dois a quatro anos de estudo e três mais de 10 anos; dois mantinham atividades laborais, seis eram aposentados, dois pensionistas; a maioria declarou renda per capita mensal inferior a um salário mínimo ($n=5$), seguido de renda entre um e três salários mínimos ($n=4$). Apenas um idoso não necessitava de prótese dentária, um era edêntulo e a maioria reabilitada ($n=10$) — quatro com prótese total em uma arcada; um com prótese total nas duas arcadas; dois com prótese parcialmente removível em uma arcada; dois com prótese parcialmente removível nas duas arcadas; um com prótese fixa (um implante + três elementos).

Da análise dos dados, segundo os passos da TFD, apreendeu-se a experiência de idosos com

relação aos cuidados de saúde bucal. A matriz desta experiência consta como Apêndice 8. O estabelecimento de relações teóricas entre os componentes desta experiência permitiu o desenvolvimento de processo analítico que resultou na categoria central intitulada: **ENTRE ATRADORES E DISSIPADORES DO CUIDADO DE SAÚDE BUCAL OFERTADO NA ESF** (Figura 4).

Figura 4. Categoria Central – Entre atratores e dissipadores do cuidado de saúde bucal ofertado na ESF.



Fonte: elaborada pela autora.

ENTRE ATRADORES E DISSIPADORES DO CUIDADO DE SAÚDE BUCAL OFERTADO NA ESF significa a experiência diversa de dois grupos de idosos com relação ao cuidado de saúde bucal, idosos com melhor autocuidado, apresentam busca regular pelos serviços odontológicos e melhor status de saúde bucal; enquanto o segundo grupo de idosos busca o serviço odontológico somente por urgência odontológica, sendo facilmente afastado por dissipadores variados. Nesse contexto, dois subprocessos emergiram: **Recebendo as mesmas informações sobre cuidado de saúde bucal, mas se autocuidando de maneira**

diversa; Buscando e afastando-se do cuidado de saúde bucal na ESF.

Recebendo as mesmas informações sobre cuidado de saúde bucal, mas se autocuidando de maneira diversa trata-se do comportamento em relação à saúde bucal adotado pela maioria dos idosos em seu cotidiano, resultado da facilidade ou dificuldade na apreensão do padrão de comportamento recomendado pelos profissionais da odontologia. Algumas limitações individuais e impostas socialmente moldam esta situação, fato que resulta em experiência diferenciada entre grupos de idosos: um primeiro que age adaptando a higiene bucal; e um segundo que age cuidando da saúde bucal fundamentando em conhecimento.

Adaptando a higiene bucal retrata a execução do procedimento modificado pelos idosos, devido às barreiras relativas à apropriação do conhecimento técnico-científico transmitido pelo profissional da odontologia e às limitações impostas pela doença periodontal à escovação, como hiperalgesia e sangramentos gengivais. Neste grupo amostral, os idosos referem realizar a higiene bucal pelo menos três vezes ao dia, preferencialmente, após as grandes refeições: desjejum, almoço e jantar. Já os que dispõem de próteses relatam escová-las, assim como as suas gengivas. De modo geral, a língua é a estrutura menos higienizada, somente quando os mesmos a percebem incomodando, por se encontrar saburrosa.

[...] Eu escovo os dentes de manhã, assim, depois do café, depois da janta e para dormir. [...] Eu faço assim: eu tiro e escovo ela [apontando para a prótese total superior] e a gengiva, depois lavo e coloco na boca. Algumas vezes, dou uma passadinha na língua, [...] quando a língua da gente está grossa, branquicenta, para tirar aquela gosma [...]. (I1)

[...] Eu não posso escovar direito, muito forte, porque começa a sangrar e doer [...]. (I6)

Por outro lado, cuidando da saúde bucal fundamentado em conhecimento retrata o comportamento de idosos que se apropriaram das orientações realizadas pelo dentista e tentam segui-las no seu cotidiano, com adoção de procedimentos muito próximos ao ideal. Além da escovação dos dentes, gengiva, língua e higienização das próteses, incluem o uso do fio dental e bochechos com enxaguantes bucais, especialmente usado entre aqueles que fizeram implantes dentários. São indivíduos informados adequadamente, que realizam o autocuidado e acompanhamento odontológico regular.

[...] Eu levanto de manhã, faço um bochecho com água e depois eu escovo os dentes, porque se eu já por a pasta na boca, para escovar a língua, aí me dá ânsia. Eu escovo umas seis vezes ao dia e se eu comer passo o fio dental. Escovo mais vezes, porque eu sou tabagista e tenho implantes, então eu tenho o cuidado de escovar um pouquinho mais, ou seja, toda vez que eu comer, assim como de passar o fio dental e fazer bochecho com clorexidina uma vez por semana [...]. (I2)

[...] Eu vou à dentista frequentemente, inclusive tenho uma consulta para seis de maio com a doutora daqui. Sigo as orientações, escovando os dentes ao levantar e após as refeições, com uso do fio dental [...]. (I8)

O segundo processo desta experiência, **buscando e afastando-se do cuidado de saúde bucal na ESF** representa um movimento pendular dos idosos em relação ao cuidado de saúde bucal, implicando em procura em momento que julgam necessário e afastamento em determinadas situações, relacionadas com a baixa relevância atribuída aos acometimentos bucais, desconhecimento dos serviços prestados, memória negativa e barreiras de acesso.

Este processo é composto pelas categorias: Elegendo a dor e as fraturas de dentes como atratores à consulta odontológica; e Sinalizando os motivos de não procura por atendimento odontológico na ESF.

Elegendo a dor e as fraturas de dentes como atratores à consulta odontológica retrata o padrão de utilização dos serviços odontológicos daqueles idosos que agem adaptando sua higiene bucal. São idosos que apresentam saúde bucal prejudicada, que precisam de atendimento odontológico visando reabilitação oral, demandando exodontia de poucos elementos dentários que restaram, independentemente da possibilidade de restauração, pois querem se livrar da dor e do medo constante de sua recorrência.

[...] Eu só procuro o dentista, quando preciso, por exemplo se quebrar o dente, se está doendo [...]. (I5)

[...] Eu estou percebendo uns dias para cá, tudo adormecido. Eu até estava pensando de ir ao posto e arrancar o restante dos dentes e colocar uma chapa [prótese], porque ficar tratando não compensa mais não [risos], e eu não tenho muitos né. Então, [...] acho que não, porque passa muita dor, muita coisa, daí tirando já diminui bem, depois acaba com tudo isso [dor, parestesia]. (I6)

Adicionalmente, sinalizando os motivos de não procura por atendimento odontológico na ESF trata-se da elucidação de situações que tendem a afastar os idosos do cuidado de saúde bucal ofertado na ESF, são elas: *Não reconhecendo necessidade de consultas odontológicas regulares ao tornar-se edêntulo e protetizado*; *Cirurgião-dentista representando procedimentos dolorosos*; *Desconhecendo os procedimentos odontológicos realizados na USF*; e *Fazendo o tratamento odontológico em serviço privado por dificuldade de acesso no SUS*.

Não reconhecendo necessidade de consultas odontológicas regulares ao tornar-se edêntulo e protetizado retrata a baixa relevância despendida à consulta odontológica devido condição de saúde bucal atual. Nesta situação, idosos edêntulos reabilitados com próteses, adaptadas ou não, certamente não sofrerão com dores de dente, uma das razões que o obrigava a procurar o

dentista.

[...] Eu não procurei mais o dentista, porque eu acho que não precisa mais. Eu não tenho dor na boca, não tenho nada. Peguei no posto as duas próteses, mas não me adaptei a inferior, machuca, mas a superior sim. Eu não consigo usar a prótese de baixo, somente a de cima. Dói muito, muito, então eu acostumei a ficar sem a de baixo. Sem ela, não dói. Tendo a de cima, como bem graças a Deus. Não dói para comer, não sai da boca, foi bem-feita. Sei que é mais difícil acostumar com a prótese debaixo, fazer o que? (I1)

[...] Eu não passo mais pelo dentista, porque minha dentadura é boa. Não entra (alimentos sob a prótese), não machuca e quando machuca, eu não como carne. Eu como até coisas duras [...]. (I11).

Cirurgião-dentista representando procedimentos dolorosos trata-se da segunda situação que afasta os idosos dos cuidados de saúde bucal na USF. Esta situação está relacionada às memórias de infância ou fase adulta, principalmente daqueles que viveram em áreas rurais, quando jovens iam ao dentista e eram submetidos a tratamentos mutiladores, como as exodontias.

[...] Na fazenda, naquele tempo não tinha dentista. Tinha que vir para a cidade e aí tinha injeção [anestesia], o dentista furava o dente para fazer o canal e obturar [...]. (I5)

[...] Eu sou meio difícil com esse negócio de dente, arrancar, anestésias. Toda vida eu fui assim, desde nova [...]. Tenho medo da anestesia não pegar. (I6)

Desconhecendo os procedimentos odontológicos realizados na ESF representa a terceira situação que afasta os idosos do cuidado de saúde bucal ofertado. Os idosos referem desconhecimento da carteira de serviços da APS.

[...] Na verdade, eu tive que procurar um dentista particular, porque eu nem sei o que fazem aqui, limpezas, essas coisas. Por isso eu nunca procurei. Eu não tenho informação dos tratamentos que são realizados aqui [...]. (I3).

[...] Isso é falta de informação, eu não sabia quais os procedimentos o dentista pode fazer aqui [...]. (I9).

Por fim, *fazendo o tratamento em serviço privado por dificuldade de acesso no SUS* significa situação de afastamento da USF devido à barreira de acesso experienciada. Nesta situação a demora em conseguir consulta odontológica geral e especializada, e permanência em lista de espera obriga os idosos a procurar serviço privado.

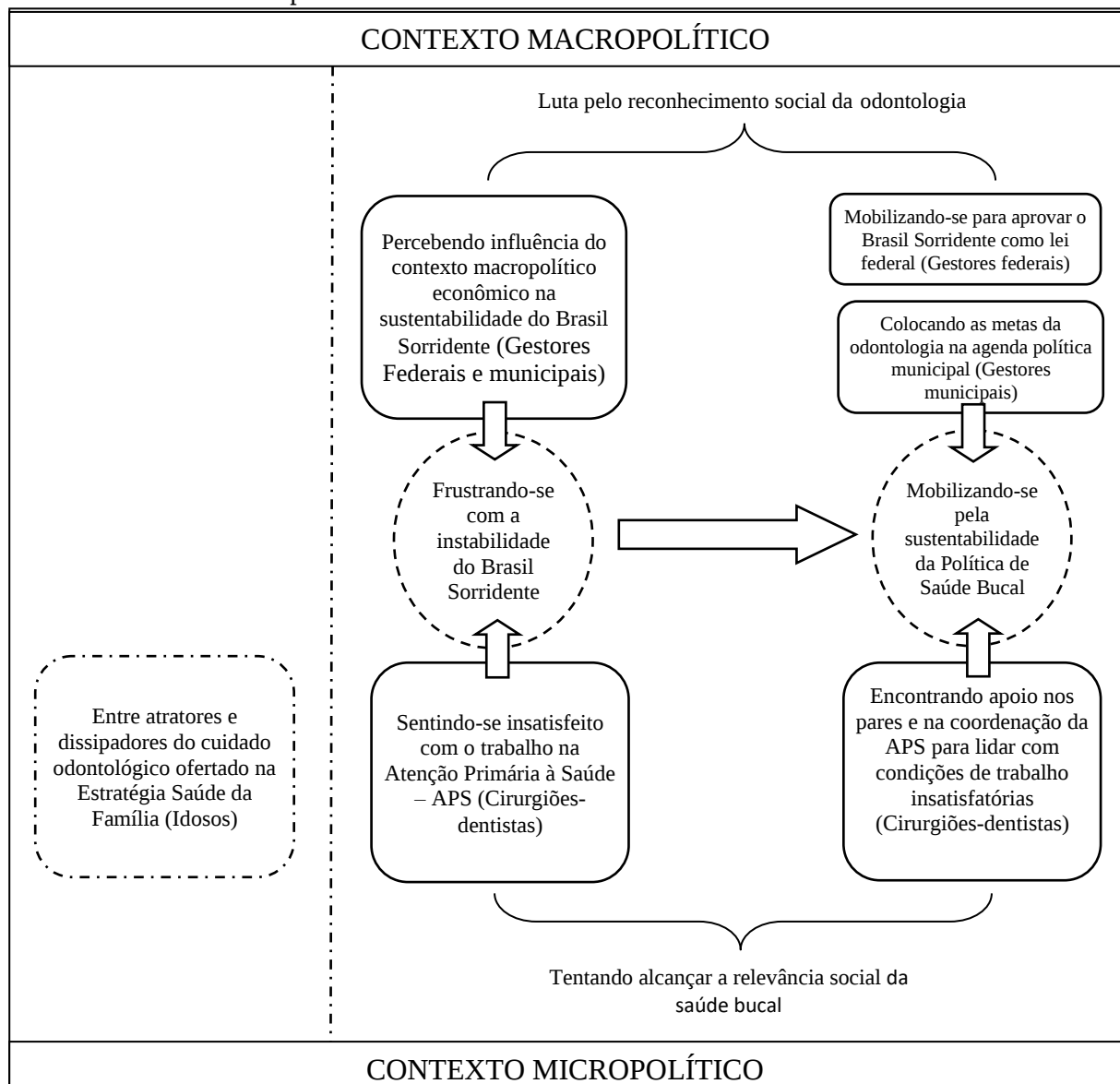
[...] Às vezes, eu uso aqui, por exemplo eu fiz a prótese aqui, mas a raspagem não consigo e como eu tenho periodontite classe 4, eu tenho que ir ao dentista particular, porque pelo posto demora muito [...]. (I2)

[...] Eu tenho tido dificuldade de agendamento de consulta odontológica, a fila é grande, precisando procurar atendimento particular [...]. (I8)

4.5 Metassíntese

O realinhamento dos quatro modelos teóricos, por meio de recursos da TFD, permitiu processo analítico que resultou na categoria central deste trabalho, intitulada: **IDOSO COMO COADJUVANTE NA LUTA DA ODONTOLOGIA PELO RECONHECIMENTO SOCIAL DA PROFISSÃO** (Figura 5).

Figura 5. Metamodelo. Categoria Central – Idoso como coadjuvante na luta da odontologia pelo reconhecimento social da profissão.



Fonte: elaborada pela autora.

IDOSO COMO COADJUVANTE NA LUTA DA ODONTOLOGIA PELO RECONHECIMENTO SOCIAL DA PROFISSÃO explicita a experiência de idosos, cirurgiões-dentistas, gestores municipais e gestores federais com a política de saúde bucal –

condizente com a inserção social do ator. Em um nível micropolítico idosos experienciam barreiras de acesso que o levam à busca de cuidados de saúde bucal no setor privado ou à resignação com sua condição de saúde bucal, de acordo com o nível de relevância que conferem à saúde bucal, que, por sua vez, parece ser socialmente determinado. Este grupo não consegue organizar-se, por meio de ato político, pelo seu direito à saúde bucal. Entretanto, cirurgiões-dentistas, gestores municipais e federais têm grande capacidade de agenciamento político, de forma que sua frustração resulta em movimento sociopolítico, em nível micropolítico, entendido como luta pela relevância social da saúde bucal (componente interveniente), e em nível macro político, como luta pelo reconhecimento social da odontologia (componente interveniente), representados por seu engajamento pessoal pela sustentabilidade da política pública de saúde bucal no país. Portanto, idosos desempenham papel secundário neste processo, que se desdobra em dois subprocessos: **Frustrando-se com a instabilidade do BS e Mobilizando-se pela sustentabilidade da Política de Saúde Bucal.**

O primeiro subprocesso, **frustrando-se com a instabilidade do Brasil Sorridente**, representa sentimento de insatisfação vivenciado por idosos, cirurgiões-dentistas, gestores municipais e gestores federais — condizente com a inserção social do ator — com a sustentabilidade das ações de saúde bucal em momento de instabilidade política e econômica no país. Este subprocesso compreende as categorias: Entre atratores e dissipadores do cuidado de saúde bucal ofertado na Estratégia Saúde da Família - (Idosos); Sentindo-se insatisfeito com o trabalho na Atenção Primária à Saúde (Cirurgiões-dentistas); e Percebendo influência do contexto macropolítico econômico na sustentabilidade do Brasil Sorridente (Gestores federais e municipais).

Entre atratores e dissipadores do cuidado de saúde bucal ofertado na Estratégia Saúde da Família encontram-se dois grupos de idosos que se diferenciam em relação à relevância atribuída à saúde bucal. O primeiro grupo confere alta relevância à saúde bucal e tem um padrão de busca e utilização dos serviços odontológicos regular; o segundo grupo, confere baixa relevância social à saúde bucal e apresenta um padrão de busca e utilização dos serviços odontológicos irregular e emergencial. Ambos os grupos, quando buscam cuidados de saúde bucal na ESF se deparam com barreiras de acesso que resultam em movimentos distintos: busca por serviços odontológicos privados, idosos do primeiro grupo; e resignação com sua condição de saúde bucal, idosos do segundo grupo.

Às vezes, eu uso aqui [ESF], vou colocar a prótese. Mas preciso fazer raspagem porque eu tenho periodontite classe 4. Então, eu tenho que ir no dentista particular porque aqui demora muito. (I2)

Eu acho que não preciso mais [passar por dentista] porque eu não tenho dor na boca, não tenho nada. Já coloquei a prótese do lado de cima, peguei no posto. Peguei as duas, mas não consigo usar a de baixo, só a de cima, porque dói, dói muito, muito, muito. Então, eu já acostumei assim e vou ficar assim. (I1)

Paralelamente, sentindo-se insatisfeito com o trabalho na Atenção Primária à Saúde resulta da experiência dos cirurgiões-dentistas na ESF. Em um primeiro momento buscam estabelecer estratégias que ampliam seu campo de ação, como o trabalho interprofissional com a equipe de saúde e com equipe de outros setores, como educação, visando alcançar maior relevância social à saúde bucal — julgamento de valor que atribui importância à saúde bucal e ao trabalho do cirurgião-dentista, emitido por colegas de outras categorias profissionais e usuários do SUS. No entanto, contexto laboral desfavorável se apresenta inviabilizando o estabelecimento de tais estratégias, resultando em oferta de cuidado de saúde bucal reativo à demanda que se apresenta na ESF, de caráter curativo e com baixa resolubilidade, fatores que levam à insatisfação com o trabalho.

Nós percebemos que os idosos não têm a percepção de que a boca pode influenciar a saúde do resto do corpo. Eles não têm essa percepção. “— Ah, é só um dente quebrado. Não vai acontecer nada.” “— Ah é só [...]”. Eles menosprezam, acham que não tem importância. (CD12)

Porque eles dão mais importância para a parte médica do que para parte odontológica. Então é aquilo que eu te falei, espera doer. Então, nós contamos com essa colaboração do médico e do enfermeiro, para estar realmente direcionando eles. Então assim, várias pessoas vêm, com o cartãozinho e fala assim: — Ah, o médico pediu para marcar. Entendeu? E daí, nós marcamos. (CD16)

[...] Eu faço o que é possível de se fazer, mas não o que gostaria de fazer, o que é esperado de um dentista de família. Não dá tempo de construir vínculo, conhecer as pessoas. Isso aqui parece um pronto-socorro, não uma unidade de saúde da família. (CD14)

Ainda neste contexto, os gestores municipais da política de saúde bucal identificam problemas na consolidação das ações de saúde bucal em nível local — queda da qualidade assistencial odontológica, barreiras de acesso aos cuidados de saúde bucal e redução da autonomia e sobrecarga dos cirurgiões-dentistas. Percebendo influência do contexto macropolítico econômico na sustentabilidade do Brasil Sorridente decorre a identificação de processos contextuais desfavoráveis que influem negativamente na efetividade das ações em saúde bucal em nível local, tais como: crise econômica e menor arrecadação municipal; migração de usuários do setor privado para o SUS; e maior intervenção da gestão municipal nos mecanismos de acesso aos serviços de saúde.

Na verdade, isso foi uma coisa que nós não esperávamos, essa vinda de pessoas para o serviço público. Nós não tivemos a capacidade de aumentar o número de profissionais, e mesmo de unidades de saúde, na mesma proporção que esse pessoal começou a procurar o serviço público de saúde. Imagino que isso tem acontecido em

nível nacional [...]. Nós não conseguimos, em época de crise, do jeito que estamos, repor ou ao menos acompanhar a demanda crescente da população com relação aos profissionais de saúde [...]. (GM3)

Concomitantemente, os gestores federais da política de saúde bucal, percebendo influência do contexto macropolítico econômico na sustentabilidade do Brasil Sorridente, apontam a crise econômica, o acirramento político e a partidarização excessiva como contexto desfavorável para as políticas sociais no Brasil. Neste contexto, percebem o desmonte do SUS, por meio de redução orçamentária e inserção de gestores frágeis tecnicamente em pontos estratégicos, visando quebrar a resistência institucional e facilitar a participação do setor privado. Para os gestores federais a perda de protagonismo da coordenação geral de saúde bucal e os cortes de repasse financeiro para manter ações já implantadas em saúde bucal — incompatíveis com a redução de orçamento — sinalizam a instabilidade do Brasil Sorridente. Apesar do alto grau de descentralização de suas ações, o Brasil Sorridente não foi legitimado por meio de lei, portanto, não dispõe de orçamento legal, encontrando-se exposto à influência de interesses empresariais, por meio da liberação condicionada de recursos financeiros.

Nós estamos vivendo uma época de desmonte, técnico e político, as pessoas que fazem a gestão são frágeis tecnicamente e não tem compromisso com o SUS. Então, é o pior dos cenários, esta é uma questão árdua. (GF3)

Frente ao cenário financeiro tínhamos muita dificuldade, foi difícil conseguir viabilizar inclusive algumas coisas que já estavam implantadas. Era uma represália, uma dificuldade de liberar recursos para novas equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, estávamos com restrição em custeios de novos CEOs, na liberação de subsídios para implantação também. Então, teve esse problema financeiro, tivemos uma dificuldade muito grande para ampliar os programas já existentes. (GF1)

Este sentimento de insatisfação conduz ao segundo subprocesso, **mobilizando-se pela sustentabilidade da Política de Saúde Bucal**, que representa o movimento empreendido por cirurgiões-dentistas, gestores municipais e gestores federais, manifestado em ato político pela sustentabilidade da política de saúde bucal – condizente com a inserção social do ator.

Este subprocesso compreende as categorias: Encontrando apoio nos pares e na coordenação da APS para lidar com condições de trabalho insatisfatórias; Colocando as metas da odontologia na agenda política municipal (Gestores municipais); e Mobilizando-se para aprovar o Brasil Sorridente como lei federal (Gestores federais).

Encontrando apoio nos pares e na coordenação da APS para lidar com condições de trabalho insatisfatórias resulta de movimento político empreendido pelos cirurgiões-dentistas na luta por melhores condições de trabalho, incluindo maior autonomia em relação ao seu processo de trabalho, fatores que repercutem diretamente nas ações de saúde bucal em nível local.

Assim, articulam-se com colegas de profissão, que se apoiam mutualmente e geram capital político para suas reivindicações ao encontrarem apoio junto a coordenação municipal de saúde bucal.

É, na verdade, a demanda da minha área aumentou bastante. Como temos três dentistas aqui na unidade, dividimos os atendimentos de urgência, independente da área [...]. Então, quem está mais tranquilo, às vezes, já terminou um paciente, daí já pega um extra e vai chamando. (CD9)

Espero que as coisas melhorem [...]. Ainda bem que a coordenadora da APS, que também é dentista, e já trabalhou na rede, está do meu lado, está brigando para colocarem uma segunda equipe aqui. (CD13)

Paralelamente, colocando as metas da odontologia na agenda política municipal resulta de movimento político dos gestores municipais frente às pautas dos cirurgiões-dentistas e percepção de contexto desfavoráveis para a efetividade das ações em saúde bucal em nível local. Assim, agem: ampliando o campo de ação da categoria profissional, de maneira a colocar os cirurgiões-dentistas em evidência; gerando capital político, por meio de colaboração interprofissional, intersetorial e contato com entidades de classe; e por fim, conseguindo inserir as metas da odontologia na agenda política municipal.

[...] mesmo que eu como coordenador tenha a vontade de que isso aconteça, se eu não tiver o aval de meus superiores e recursos financeiros, que são liberados por eles, eu não tenho condição de fazer. Então, a vontade política, é uma vontade política real: “– Olha eu estou disponibilizando recursos financeiros para que sua equipe faça esse serviço.” Às vezes, mesmo com vontade política, não sobra dinheiro para você fazer, porque a situação está difícil, a arrecadação das prefeituras caiu, a situação do nosso país está caótica. (GM3)

Nós já conversamos com o prefeito, e ele achou boa a ideia, o secretário também. Já temos um lugar, um posto central, próximo ao terminal de ônibus. Inclusive o CEO vai voltar para um prédio que está sendo reformando ali. Então, ficará tudo concentrado ali, o CEO, a parte de radiologia, a parte de panorâmica, que já tem o equipamento comprado, mas não está instalado ainda, e o pronto atendimento. É o que pensamos em fazer. Inclusive já vimos se seria melhor custo benefício contratar um profissional ou pagar por RPA, igual é o plantão, e seria contratar um profissional mesmo. Agora, o que está barrando é a questão financeira, já está aprovado. Foi uma ideia que o secretário e o prefeito acharam interessante, mas tem a questão da verba. Como já tem o lugar, nós pensamos que a hora que o CEO mudar para este local, que forem transferir algumas cadeiras, já deixaremos esta sala pronta [do pronto-atendimento] e assim que for possível [...]. Nós vamos fazer o concurso também [...] como os dentistas estão aposentando, três já se aposentaram e não foram repostos, temos vagas, tanto estas para serem repostas e novas vagas na câmara, não só reserva técnica. Então, estamos esperando este concurso para poder contratar o dentista para o pronto- atendimento, aproveitar este mesmo concurso. Então, é uma ideia que pensamos para o próximo anos, tendo o concurso, e eu acho que o ano que vem teria já uma verba para isso, já começaríamos, vamos ver se dá certo. (GM2)

Simultaneamente, mobilizando-se para aprovar o Brasil Sorridente como lei federal resulta de movimento político empreendido por gestores federais da política de saúde bucal, em parceria

com entidades de classe e lideranças da odontologia, visando a sustentabilidade do Brasil Sorridente. O projeto de lei encontra-se em tramitação no senado e na câmara dos deputados. A aprovação representaria a conquista de instrumento formal de mobilização social e asseguraria a continuidade da política pública de saúde bucal, na medida em garantiria orçamento legal.

É um projeto de lei, não foi aprovado. Nós fizemos o projeto de lei, as entidades nacionais todas participaram, o conselho federal, a federação interestadual, a FNO [Fundação Nacional de Odontologia], todo mundo participou. Nos reunimos com o senado, Humberto Costa, ele mandou um projeto, nós aperfeiçoamos aquele projeto, melhoramos ele. [...] trabalhamos neste projeto e mandamos para ele, ele deu entrada no senado, e o Jorge Sola, deputado federal deu entrada na câmara, e está passando por todas aquelas comissões. Nós estamos pressionando [...]. (GF2)

DISCUSSÃO

5 Discussão

Nesta pesquisa, evidenciou-se como o contexto macroeconômico e político repercute nas políticas públicas sociais e impacta nos resultados de saúde em nível local, por meio da análise das experiências de participantes inseridos em diversos níveis do cenário de consolidação da política pública de saúde bucal no Brasil.

O alto grau de descentralização do Brasil Sorridente aliado à indução das ações, por parte do Ministério da Saúde — mecanismos de financiamento e programas de melhoria da qualidade, como o PMAQ-AB e PMAQ-CEO — permite que os princípios e eixos estruturantes do Brasil Sorridente cheguem em nível local. Por exemplo, os eixos estruturantes da integralidade e transversalidade impulsionam em nível local: a inserção do cuidado bucal nos programas de saúde geral (HiperDia; Programa nacional de Imunizações; rede cegonha) e o trabalho interprofissional com a equipe de saúde e com outros setores.

No entanto, o cenário macropolítico brasileiro, caracterizado pela crise econômica, partidarização excessiva, desmonte de políticas sociais, bem como a instabilidade da política de saúde bucal, repercute em nível municipal, de modo que observamos: pauperização da população, tendo como consequência, maior procura pelos serviços públicos de saúde; contenção de recursos financeiros e menor arrecadação; maior interferência política partidária na organização do trabalho em saúde. Fatores que contribuem para o desequilíbrio entre oferta e demanda nos serviços de saúde, redução do acesso efetivo, redução da autonomia dos profissionais de saúde, sobrecarga de trabalho, queda da qualidade assistencial e baixo impacto das ações odontológicas na APS.

Desta maneira, no cenário micropolítico dos serviços de APS, encontramos um padrão de procura e utilização dos serviços odontológicos na atenção primária determinado socialmente. De forma mais detalhada, identifica-se um movimento de migração de usuários do setor privado para o SUS, desencadeado pela crise econômica; um padrão de baixa utilização dos serviços odontológicos pelos idosos, em comparação com outros grupos etários; e a experiência de acesso reduzido na ESF que conduz idosos à busca de cuidados de saúde bucal no setor privado ou à resignação com sua condição de saúde bucal, de acordo com o nível de relevância que conferem à saúde bucal. Adicionalmente, identificam-se os principais fatores que afastam os idosos do cuidado de saúde bucal, sendo eles: baixa relevância conferida aos acometimentos bucais, principalmente entre idosos edêntulos e reabilitados; desconhecimento dos serviços prestados na ESF; memória negativa com relação ao atendimento odontológico (cirurgião-dentista representando procedimentos dolorosos) e barreiras de acesso. Por outro

lado, identificam-se fatores atratores frágeis: dor e fraturas de dentes. Apenas idosos que conferem alta relevância à saúde bucal buscam cuidados de saúde bucal de forma regular, porém, as barreiras de acesso os direcionam ao setor privado. Portanto, o acesso de idosos aos cuidados de saúde bucal na ESF é reduzido, implicando em baixa interferência no status de saúde bucal deste grupo populacional.

Todo este contexto implica em frustração, sentimento que mobiliza gestores da saúde bucal e lideranças da odontologia, inseridos nos diversos cenários, na busca de apoio político diverso, gerando capital político e financeiro necessários ao alcance das mudanças desejadas: melhores condições de trabalho, aumento da relevância social atribuída à saúde bucal e sustentabilidade da política de saúde bucal. Entretanto, os cirurgiões-dentistas apresentam dificuldade em realizar autocrítica a despeito das razões associadas ao baixo impacto das ações odontológicas preventivas em nível local, reconhecem as questões de determinação social, mas não refletem para além dos fatores imediatos, comportamentais, por isso culpabilizam usuários. Além disso, cirurgiões-dentistas não associam a baixa captação de idosos aos fatores organizacionais dos serviços de saúde relacionados à oferta e acesso efetivo, bem como aos fatores macropolíticos.

Devido à capacidade potencial de agenciamento político, os profissionais da odontologia conseguem inserir os interesses da classe na agenda política (agenda política municipal, senado e câmara dos deputados). Por outro lado, os idosos não conseguem organizar-se coletivamente, por meio de ato político, em busca de seu direito à saúde bucal, permanecendo em papel secundário na luta dos profissionais da odontologia pela sustentabilidade da política de saúde bucal, e em decorrência, pelo reconhecimento social da profissão.

Em tempos de fortalecimento do neoliberalismo e do neoconservadorismo ao redor do mundo, inclusive no Brasil, o estado de bem-estar social representado pelos sistemas de proteção social, no qual se inclui as políticas públicas sociais, corre risco (MACHADO; CONILL; LOBATO, 2018). No cenário global observa-se a melhoria de indicadores sociais isolados com persistência e mesmo agravamento das desigualdades entre países e entre grupos sociais (MACHADO; CONILL; LOBATO, 2018). As consequências destas mudanças podem ser maiores em países em desenvolvimento, devido a fragilidade de seus sistemas de proteção social (MACHADO; CONILL; LOBATO, 2018). No Brasil, as políticas fiscais implementadas em 2016 (Emenda Constitucional 95), inseridas em um conjunto de políticas de austeridade, impõe um limite estrito aos gastos públicos até 2036 e ameaça a sustentabilidade do SUS, tendo como consequências esperadas piores resultados em saúde e

agravamento das desigualdades (CASTRO et al., 2010). No Brasil observa-se um padrão de maior utilização do SUS por usuários com menor poder aquisitivo e sem planos de saúde privado (CASTRO et al., 2010), nossos achados sugerem um aumento relativo no número de pessoas que atendem estes critérios, implicando em maior procura pelos serviços públicos de saúde, já subfinanciados.

Contudo, mesmo neste cenário de austeridade, identificamos um padrão de baixa utilização dos serviços odontológicos pelos idosos, em comparação com outros grupos etários. A utilização dos serviços odontológicos pelos idosos tem variado entre países. Na Austrália, por exemplo, há uma tendência de redução entre aqueles que se aposentam (MARIÑO et al., 2014), e nos EUA (LEE et al., 2014), África do Sul (MOLETE et al., 2014), Brasil (MACHADO et al., 2012), Espanha, Itália, França, Grécia, Polónia e Irlanda (LISTL et al., 2012) tem sido baixa. Enquanto na Holanda, Suécia, Dinamarca, Alemanha e Suíça tem sido alta (LISTL et al., 2012). Além disso, menor utilização dos serviços odontológicos tem sido relatada entre idosos institucionalizados (BONWELL et al., 2014; HIDE, 2015).

A principal razão de baixa utilização dos serviços odontológicos pelos idosos é a não percepção de necessidade, em nossos achados identificada como baixa relevância conferida aos acometimentos bucais (LISTL et al., 2012; MARIÑO et al., 2014; MOLETE et al., 2014), seguida de fatores predisponentes como ser do sexo masculino, parte de um grupo étnico minoritário (LEWIS et al., 2015; METCALF et al., 2015), baixo nível de escolaridade e deficiência cognitiva ou física (LEE et al., 2014; LEWIS et al., 2015). Outros fatores relacionados à baixa utilização dos serviços odontológicos são: impossibilidade de pagar o tratamento, não ter seguro odontológico, residir em zona rural, dificuldade com transporte, ansiedade, insatisfação ou experiência passada negativa com cuidados de saúde bucal (LEE et al., 2014; LEWIS et al., 2015; EMAMI et al., 2014; METCALF et al., 2015; MOLETE et al., 2014).

Além disso, a procura regular por cuidado bucal difere entre as pessoas de acordo com a relevância atribuída à saúde bucal (GIBSON, 2000), as margens de relevância podem mudar ao longo do tempo em resposta às experiências de vida (GIBSON, 2000; GREGORY et al., 2005), como a experiência de dor ou pressão social (GREGORY et al. 2005). No entanto, Gregory et al. (2005) explicam que o "horizonte de possibilidades" — perspectiva restrita relacionada ao conceito de saúde bucal, moldada pela inserção social do indivíduo ou grupo — associado às barreiras de acesso ao cuidado bucal tendem a reduzir a relevância atribuída à saúde bucal. Como resultado, algumas pessoas se resignam a ter problemas de saúde bucal

(GREGORY et al., 2005). Portanto, características de classe social (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2008; DICKSON, 1968) e geracionais (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2008) têm conduzido a diferentes padrões de utilização e procura por serviços de saúde bucal, bem como à preferência por determinado tratamento (DICKSON, 1968). Por exemplo, em conformidade com achados desta pesquisa, pior status de saúde bucal tem sido aceito entre aqueles socioeconomicamente desfavorecidos (GREGORY et al., 2005), que muitas vezes, optam pela exodontia, apesar da oferta de tratamentos restauradores.

Segundo Gregory et al. (2005) a relevância social atribuída à saúde bucal é afetada pela confiança nos cirurgiões-dentistas (GREGORY et al., 2005), podendo, portanto, ser modificada por eles (MARINÕ et al., 2014). É importante lembrar que a abordagem de educação adotada pelo cirurgião-dentista, para ser eficaz e capaz de reduzir as desigualdades, deve considerar aspectos geracionais, de gênero, nível educacional e diferenças socioeconômicas entre idosos (CHAVES; VIEIRA-DA SILVA, 2008), ultrapassando a perspectiva do comportamento individual identificada nesta pesquisa.

Por outro lado, cirurgiões-dentistas têm se inserindo na saúde geral, procurando demonstrar aos usuários do SUS a conexão entre saúde bucal, saúde geral e qualidade de vida. Estes cirurgiões-dentistas agem proativamente ao abordarem oportunamente idosos nos programas de saúde geral, em consonância com proposta da OMS (2003) para garantir acesso aos cuidados de saúde bucal. Desta maneira, podem alcançar aqueles com pior status de saúde bucal e que atribuem baixa relevância aos acometimentos bucais. Além disso, estabelecem parcerias com outros membros da equipe de saúde e profissionais de outros setores, visando aumentar a captação de usuários. Este comportamento de proatividade demonstrado pelos cirurgiões-dentistas brasileiros destoam do comportamento de passividade relacionado à categoria profissional na literatura internacional (HELGESON; GLASSMAN, 2013; EMAMI et al. 2014).

Quando o cirurgião-dentista sente sua prática profissional reconhecida pelos usuários e membros da equipe (reciprocidade), por meio do trabalho interprofissional e aceitação dos usuários, alcança a estima social. Segundo Honneth (2009), aquele que percebe sua prática reconhecida socialmente passa a ter consciência de sua particularidade individual, alcançando uma confiança emotiva (autorrealização prática) por meio de um “sentimento do próprio valor”, de “autoestima”. Esse sentimento é fundamentado na certeza do cirurgião-dentista de que possui capacidades profissionais consideradas “valiosas” em sua comunidade de atuação (HONNETH, 2009).

Por outro lado, quando circunstâncias adversas se apresentam no contexto laboral, dificultando o estabelecimento do trabalho interprofissional e levando à adoção de um modelo de atenção odontológica curativo, a falência em vivenciar a reciprocidade com a equipe de saúde e usuários do SUS, pode afetar a motivação e o sucesso no trabalho ao lhe negar a estima social. Quando o indivíduo se percebe humilhado ou desvalorizado perde a capacidade de ver-se como significativo em suas realizações. Portanto, seguir com um modo de vida sem sentido torna-se bastante difícil e com o tempo deixa de ser genuíno. Um padrão sistemático de desrespeito de valores na comunidade pode abalar não apenas a identidade ou felicidade do cirurgião-dentista, mas também a sua própria prática (HONNETH, 2009).

Segundo Honneth (2009), o sofrimento decorrente da humilhação leva a uma tensão afetiva que só pode ser resolvida quando o indivíduo reencontra a possibilidade de ação ativa. Nesse sentido, dependendo do entorno cultural e político, a experiência de desapontamento pessoal pode ser partilhada e reconhecida como coletiva, tornando-se motivo de resistência política.

Nesta pesquisa, percebeu-se o sentimento de frustração mobilizando a categoria profissional na luta por seus interesses. Descreveu-se o envolvimento da categoria profissional no estabelecimento do Brasil Sorridente e, mais recentemente, na construção e encaminhamento de um projeto de lei para o Brasil Sorridente, na tentativa de garantir a sustentabilidade da política nacional de saúde bucal, e por consequência estima/reconhecimento social. Estes achados se opõem à literatura internacional, que descreve cirurgiões-dentistas de países ocidentais demonstrando fraca liderança dentro de sua categoria profissional e em nível governamental (WRIGHT, 2015).

Em contrapartida, idosos têm seu direito à saúde bucal violado, ao enfrentarem barreiras de acesso. No entanto, não conseguem organizar-se coletivamente, por meio de ato político, permanecendo em papel secundário na luta da odontologia pela sustentabilidade da política de saúde bucal. As formas de reconhecimento recusadas (desrespeito) podem abalar a autocorrelação prática do indivíduo, incorrendo na perda de certas pretensões de identidade. Assim, o desrespeito da privação de direitos fere o autorrespeito e o indivíduo não se vê em pé de igualdade na interação com outros, na dimensão de uma morte social (resignação) (HONETH, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 Considerações Finais

Evidenciamos como o contexto macroeconômico, de fortalecimento do neoliberalismo e do neoconservadorismo, com imposição de políticas de austeridade, repercute nas políticas públicas sociais e impacta nos resultados de saúde em nível local, por meio das experiências de atores inseridos em diversos níveis do cenário de consolidação da política pública de saúde bucal no Brasil.

Em cenário micropolítico, identificou-se desequilíbrio entre oferta e demanda nos serviços de saúde, redução do acesso efetivo, redução da autonomia dos cirurgiões-dentistas, sobrecarga de trabalho, queda da qualidade assistencial e baixo impacto das ações odontológica na APS. Frente ao fenômeno estudado, percebe-se pouco acesso efetivo de idosos aos cuidados de saúde bucal na ESF, portanto, baixa interferência na condição de saúde bucal deste grupo populacional.

O desrespeito implícito nesta violação de direitos fere o autorrespeito, de maneira que o idoso não se vê como igual na interação com outros, encontrando-se em uma situação de morte social. Tal experiência conduz idosos à busca de cuidados de saúde bucal no setor privado ou à resignação com sua condição de saúde bucal, de acordo com o nível de relevância que conferem à saúde bucal.

Por lado, os cirurgiões-dentistas brasileiros tem capacidade de agenciamento político. Encontramos lideranças da odontologia inseridas nos diversos cenários políticos, conseguindo colocar as pautas da categoria profissional na agenda política. Lutam por melhores condições de trabalho, aumento da relevância social atribuída à saúde bucal e sustentabilidade da política de saúde bucal, e por consequência estima/reconhecimento social.

Esperamos contribuir no debate sobre a sustentação das políticas públicas no país e consolidação da política de saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ALVES, Renata Ximenez et al. Evolução do acesso à água fluoretada no Estado de São Paulo, Brasil: dos anos 1950 à primeira década do século XXI. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 69-80. dez. 2012.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (EUA). **Fluoride in water: recent fluoridation issues**. 2019. Disponível em: <<https://www.ada.org/en/public-programs/advocating-for-the-public/fluoride-and-fluoridation/recent-fluoridation-issues>>. Acesso em: 26 jun. 2019.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde: Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, p.360-365, set. 2010.

BRITISH DENTAL ASSOCIATION. *Oral Healthcare for Older People: 2020 Vision - Check-up*, London: British Dental Association. Disponível em: <https://www.bda.org/about-the-bda/campaigns/Documents/older_adults_2012_checkup.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

BONDE, D.; HOLZ, S. **Margin of error - Qualitative interviews**: When enough is enough? White paper (2013). Research by design. Disponível em: <<http://www.researchbydesign.com.au/media/RBD-WhitePaper-Margin-of-Error.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

BONWELL, Patricia Brown et al. An Interprofessional Educational Approach to Oral Health Care in the Geriatric Population. **Gerontology & Geriatrics Education**, [s.l.], v. 35, n. 2, p.182-199, 16 out. 2013.

BRASIL. Decreto nº 76.872, de 22 de dezembro de 1975. Regulamenta a Lei n. 6.050, de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos de abastecimento. **Decreto**.

BRASIL. Lei Federal nº. 6.050 de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. **Lei Federal**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.444, de 28/12/2000. **Diário Oficial da União** 29/12/2000, seção 1, p.85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.607/GM em 10 de dezembro de 2004. **Portaria**.

CASTRO, Marcia C et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, [s.l.], v. 394, n. 10195, p.345-356, jul. 2019.

CHAVES, Sônia Cristina Lima et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 6, p.1791-1803, jun. 2017.

CHAVES, Sônia Cristina Lima; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. Inequalities in oral health practices and social space: An exploratory qualitative study. **Health Policy**, [s.l.], v. 86, n. 1, p.119-128, abr. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1993. Relatório Final II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/2_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

DICKSON, S. Class attitudes to dental treatment. **Br J Sociol**, v. 19, n. 1, p. 206-211, 1968.

EMAMI, Elham et al. (2014) Oral health and access to dental care: a qualitative exploration in rural Quebec. **Can J Rural Med**, v. 19, n. 2, p. 63-70, 2014.

GBD 2016 DISEASE AND INJURY INCIDENCE AND PREVALENCE COLLABORATORS. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Global Health Metrics**, Washington, v. 390, p.1211-1259, set. 2017.

GHEZZI, M. Elisa. Integration of oral health care into geriatric primary care: proposal for collaboration. **Special Care Dentistry**, v. 32, n. 3, p. 81-82, 2012.

GIBSON, B.; DRENNAN, J.; HANNA, S.; FREEMAN, R. An exploratory qualitative study examining the social and psychological processes involved in regular dental attendance. **J Public Health Dent**, v. 60, n. 1, p. 5-11, 2000.

GLASER, B. G; STRAUSS A. L. **The discovery of Grounded Theory**. New York: Aldine, 1967. 271 p.

GOULART, Mariél de Aquino; MARCHI, Renato José de. Oral health care for the ageing population in Brazil: Trends and potentials in the public health system. **Gerodontology**, [s.l.], v. 34, n. 2, p.149-150, 10 abr. 2017.

GREGORY, Jane; GIBSON, Barry; ROBINSON, Peter G.. Variation and change in the meaning of oral health related quality of life: a 'grounded' systems approach. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 60, n. 8, p.1859-1868, abr. 2005.

HELGESON, Michael; GLASSMAN, Paul. Oral health delivery systems for older adults and people with disabilities. **Special Care In Dentistry**, [s.l.], v. 33, n. 4, p.177-189, 10 jun. 2013.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. 34. ed. São Paulo: Martins Claret, 2009. 296 p. Tradução de: Luiz Repa.

HYDE, S. Dentistry for the Ages: Part I. **J Calif Dent Assoc**, v. 43, n. 7, p. 360-2, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Disponível em: < <https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE cidades. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

IHEOZOR-EJIOFOR, Zipporah et al. Water fluoridation for the prevention of dental caries. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], 18 jun. 2015.

KLEINMAN, Eleanor R.; HARPER, Paul R.; GALLAGHER, Jennifer E.. Trends in NHS primary dental care for older people in England: implications for the future. **Gerodontology**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.193-201, set. 2009.

LEE, Wonik et al. Community factors predicting dental care utilization among older adults. **The Journal Of The American Dental Association**, [s.l.], v. 145, n. 2, p.150-158, fev. 2014.

LEWIS, A. et al. Improving the oral health of frail and functionally dependent elderly. **Australian Dental Journal**, [s.l.], v. 60, p.95-105, mar. 2015.

LISTL, Stefan et al. Dental service utilization by Europeans aged 50 plus. **Community Dentistry And Oral Epidemiology**, [s.l.], v. 40, n. 2, p.164-174, 6 set. 2011.

LOWE, C. et al. Testing the effect of including oral health in general health checks for elderly patients in medical practice ? a randomized controlled trial. **Community Dentistry And Oral Epidemiology**, [s.l.], v. 35, n. 1, p.12-17, fev. 2007.

MACHADO, Cristiani Vieira; CONILL, Eleonor Minho; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Contexto internacional e políticas nacionais: desafios dos sistemas de proteção social e de saúde em um mundo em transformação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 7, p.2078-2078, jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

MALECK, Kristen. Oral Health Equity and Unmet Dental Care Needs in a Population-Based Sample: Findings From the Survey of the Health of Wisconsin. **American Journal Of Public Health**, America, p.100-105, 2015.

MARIÑO, Rj et al. Pattern and factors associated with utilization of dental services among older adults in rural Victoria. **Australian Dental Journal**, [s.l.], v. 59, n. 4, p.504-510, 26 set. 2014.

METCALF, S. Sara et al. The Impact of Medicaid Expansion on Oral Health Equity for Older Adults: A Systems Perspective. **J Calif Dent Assoc**, v. 43, n. 7, p. 369-77, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.: il.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. **Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal**, Brasília, v. 1, n. 1, p.1-92, jan. 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. **Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal**, Brasília, v. 1, n. 1, p.1-92, jan. 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. (2017) Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 16 jul. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 pg.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. E-gestor AB. Informação e gestão da atenção básica. [consulta 26/07/2019]. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>>. Acesso em: 23 jul. 2019.

MOLETE, M.P.; YENGOPAL, V.; MOORMAN, J. (2014) Oral health needs and barriers to accessing care among the elderly in Johannesburg. **SADJ**, v. 69, n. 8, p. 354-7.

MORSE, Janice M. et al. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. **International Journal of Qualitative Methods**, [s.l.], v. 1, n. 2, p.13-22, jun. 2002. SAGE Publications.

NARVAI, Paulo Capel. Avanços e Desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

NATIONS, Marilyn K; NUTO, Sharmênia de Araújo Soares. "Tooth worms", poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 54, n. 2, p.229-244, jan. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Fluorides and oral health**. Genebra, 1994. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39746/WHO_TRS_846.pdf;jsessionid=142D8E07B2A1863879D7365A1A66B4CD?sequence=1>. Acesso em: 23 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The world oral health report 2003**. Continuous improvement of oral health in the 21st century. The approach of the WHO Global Oral Health Programme. Disponível em: <https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2019.

ORNSTEIN, Katherine A. et al. significant unmet oral health needs of homebound elderly adults. **Journal of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 63, n. 1, p.151-157, 23 dez. 2014.

PETERSEN, P. E. et al. Global oral health of older people-call for public health action. **Community Dent Health**, v. 27, n. 4 Suppl 2, p. 257-67, 2010.

PINTO. Saúde bucal no Brasil. **Rev Saúde Públ**, v. 17, p. 316-27, 1983.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fundação João Pinheiro. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

RUDIO, F. V. **Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na**

psicoterapia. Petrópolis: Vozes, 1991. 109 p.

SILVESTRE et al. Do Brasil sem Dentes ao Brasil Sorridente: Um Resgate Histórico das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** Porto Alegre: Artmed; 2008. 288 p.

UNITED NATIONS. Department of International Economic and Social Affairs. Population Division. **World population ageing.** New York, 2015.

WRIGHT, Fac. Social implications and workforce issues in the oral health of an ageing population. **Australian Dental Journal**, [s.l.], v. 60, p.114-124, mar. 2015.

YELLOWITZ, Janet A.; SCHNEIDERMAN, Maryann T.. Elder's Oral Health Crisis. **Journal of Evidence Based Dental Practice**, [s.l.], v. 14, p.191-200, jun. 2014.

ANEXOS

Anexo 1

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEMANDA ESPONTÂNEA DOS IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA: A EXPERIÊNCIA DO IDOSO E DA

Pesquisador: Suelen Alves Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52533016.2.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.415.482

Apresentação do Projeto:

A demanda espontânea é considerada um problema na gestão dos serviços de atenção primária à saúde e na garantia do acesso oportuno. Adicionalmente, o Brasil passa por processo de transição demográfica e epidemiológica que modifica o uso dos serviços. Considerando o acelerado envelhecimento populacional, o predomínio da carga de morbimortalidade entre os idosos e a complexidade clínica inerente a esse ciclo de vida, questiona-se como se configura a experiência de busca espontânea por atendimento, para os idosos e equipes de saúde da família? Desta maneira, este estudo propõe: (1) compreender o processo empreendido pelo idoso e equipe profissional de saúde (médico, enfermeiro e dentista), nas suas experiências com a demanda espontânea de idosos na Estratégia Saúde da Família; (2) elaborar modelos teóricos representativos dessas experiências, considerando cada grupo amostral (idosos, médicos, enfermeiros e dentistas) e (3) propor um metamodelo teórico a partir da metassíntese dos quatro modelos.

Metodologia

Será utilizado a Pesquisa de abordagem qualitativa, orientada pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e pelo Metaestudo como referenciais metodológicos, tendo como referencial teórico a

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-070

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1808

E-mail: cep@fmb.unesp.br

sociologia das profissões. A vertente qualitativa foi escolhida como abordagem, porque se pretende apreender a experiência dos atores, sendo, portanto recomendada (MAYAN, 2001). A pesquisa será conduzida nas

Unidades de Saúde da Família (USFs) de Botucatu. Os atores (idosos, dentistas, enfermeiros e médicos) serão progressivamente selecionados para Integrarem a amostra, até que a saturação teórica seja alcançada. O conceito de saturação, definido pela TFD, refere-se ao momento em que nenhum dado novo aparece nas entrevistas e os conceitos identificados são compreendidos suficientemente a fim de compor o modelo teórico da experiência (STRAUSS; CORBIN, 2008). Nesta pesquisa, será entrevistado cada um dos quatro grupos amostrais (especificados a seguir), de equipe em equipe, até que se alcance a saturação por grupo amostral. Serão atores desta pesquisa: a) Idosos (pessoas com idade acima de 60 anos) que tenham tido a experiência de passar por pelo menos uma consulta não agendada, nos últimos seis meses, em uma das USFs do município. Idosos sem prejuízo cognitivo e comunicacional que possa prejudicar o entendimento dos objetivos da pesquisa e a efetiva participação. Serão selecionados aleatoriamente três idosos por USF, por meio do acesso ao e-SUS AB, novo sistema de Informação da Atenção Básica que substitui o SIAB; b) Enfermeiros; c) médicos e d) Dentistas – que atuem nas USFs do município, estando pelo menos há três meses na USF atual. Sendo a escolha intencional, uma vez que esses profissionais são responsáveis pelo atendimento da demanda espontânea. A amostra proposta é de 48 atores (12 idosos; 12 enfermeiros, 12 dentistas e 12 médicos).

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o processo empreendido pelo idoso e equipe profissional de saúde (médico, enfermeiro e dentista), nas suas experiências com a demanda espontânea de idosos na Estratégia Saúde da Família; Elaborar modelos teóricos representativos dessas experiências, considerando cada grupo amostral (idosos, médicos, enfermeiros e dentistas) e Propor um metamodelo teórico a partir da metassíntese dos quatro modelos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os atores poderão sentir algum desconforto ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais durante a entrevista.

Benefícios: Cada um dos grupos de atores será convidado para uma validação de seu respectivo

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-070

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1808

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 1.415.402

modelo teórico e, posteriormente, de um grupo misto para proceder a validação do metamodelo. Desta forma, poderão compreender melhor seu processo de trabalho e refletir sobre sua prática profissional. Adicionalmente, espera-se que os resultados dessa pesquisa possam subsidiar o replanejamento de políticas públicas relacionadas ao acesso na Atenção Primária à Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, orientada pela Teoria Fundamentada nos Dados e pelo Metaestudo como referenciais metodológicos, tendo como referencial teórico a sociologia das profissões. Este estudo está sendo proposto como projeto de doutorado, tendo metade dos dados sido coletados e analisados durante mestrado, porém os dados não foram usados na dissertação. O projeto inicial obteve a aprovação desse comitê em 07/10/2013, n. parecer: 417.912 - CAAE: 20491013.4.0000.5411 - Título Final: Procura espontânea de atendimento por idosos da Estratégia Saúde da Família: análise não linear do comportamento temporal das morbidades.

O orçamento estimado é de R\$ 2.900,00 (material de consumo, deslocamento e entrevistadores) e o recurso será subsidiado pela própria entrevistadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram anexados ao processo.

O TCLE está em linguagem clara e adequada.

Recomendações:

Apresentar Relatório Final de Atividades, ao final da execução do Projeto proposto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está apresentado adequadamente, todos os procedimentos foram realizados. Sugiro aprovação sem necessidade de envio à CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião EXTRAORDINÁRIA de 19/02/16, sem

Endereço: Chácara Bulhões, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 13.618-070

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 1.415.402

necessidade de envio à CONEP.

Apresentar Relatório Final de Atividades, ao final da execução do Projeto proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_611577.pdf	09/02/2016 10:00:42		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	09/02/2016 10:00:15	Suelen Alves Rocha	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/02/2016 09:57:44	Suelen Alves Rocha	Acelto
Outros	oficioSMS.pdf	02/02/2016 19:36:35	Suelen Alves Rocha	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	18/01/2016 12:24:49	Suelen Alves Rocha	Acelto
Folha de Rosto	folharosto.pdf	18/01/2016 12:24:24	Suelen Alves Rocha	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 19 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3580-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

APÊNDICES

Apêndice 1

(Profissional)

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Departamento de Saúde Pública

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014)3880-1366/3880-1347

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA

PARTE I – Informações Gerais

Este formulário contém dados relacionados ao consentimento para utilização de informações coletadas durante a realização da pesquisa **“Demanda espontânea dos idosos na Estratégia Saúde da Família de um município do interior paulista: a experiência do idoso e da equipe”**, pela pesquisadora **Suelen Alves Rocha**.

- 1. Objetivos da Pesquisa:** 1.Compreender a experiência do idoso e da equipe profissional (médico, dentista e enfermeiro) com a consulta não agendada (extra) na Estratégia Saúde da Família; 2.Elaborar um modelo teórico representativo dessas experiências; 3.Propor um modelo teórico único, que una todas as quatro experiências (idoso, médico, dentista, enfermeiro).
- 2. Seleção dos participantes:** serão convidados todos profissionais (médicos, dentistas e enfermeiros) que atuam na Estratégia Saúde da Família de Botucatu.
- 3. Procedimento:** Convido o Sr(a) para participar de uma entrevista com duração aproximada de 30 minutos respondendo uma pergunta sobre a sua experiência com o atendimento não agendado (extra) na Unidade de Saúde da Família. A entrevista será áudio gravada, por meio digital, posteriormente as falas serão transcritas e analisadas. As gravações ficarão sob a responsabilidade das pesquisadoras durante o período de desenvolvimento do projeto e serão deletadas após sua conclusão.
- 4. Voluntariedade na participação:** sua participação nessa pesquisa é voluntária. Caso não queira participar não terá nenhum prejuízo.
- 5. Riscos e desconforto:** o Sr(a) poderá sentir algum desconforto ao compartilhar informações pessoais durante a entrevista. O Sr (a) não precisa responder a qualquer pergunta ou partilhar informação que sentir ser muito pessoal ou desconfortável em falar.
- 6. Benefícios:** o Sr(a) não terá qualquer benefício direto por participar dessa pesquisa. Contudo, espera-se que os resultados dessa pesquisa possam subsidiar o replanejamento de políticas públicas de acesso na Estratégia Saúde da Família.
- 7. Confidencialidade:** suas informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora que manterá sigilo sobre sua identidade.
- 8. Divulgação dos resultados:** caso o Sr(a) aceite, será convidado a participar de um grupo com outros participantes (membros de sua categoria profissional), ao fim da pesquisa. Nesse grupo divulgaremos os resultados da pesquisa e o Sr(a)

terá a oportunidade de opinar sobre esses resultados. Caso deseje, poderá participar também, de um grupo misto (idosos, médicos, dentistas e enfermeiros), no qual será apresentado o modelo único, quem une todas as experiências.

9. Direito de recusar ou desistir do consentimento: caso o Sr(a) escolher participar e depois quiser desistir, o Sr(a) pode. Esta situação não incorrerá em qualquer prejuízo.

10. Quem contatar: Se o Sr(a) tiver qualquer dúvida posterior sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora ou orientadora através dos telefones e e-mails listados ao final desse termo. O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CEP-FMB), que é um comitê cuja tarefa é ter certeza de que os participantes de pesquisa serão bem atendidos e protegidos de qualquer dano. Se você tiver alguma dúvida ou desejar mais informações sobre o CEP-FMB, pode fazer contato por meio do telefone: (14) 3880-1608/3880-1609.

PARTE II – Certificado de Consentimento

Eu, _____, tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa sob responsabilidade de Suelen Alves Rocha¹, doutoranda em Saúde Coletiva, e de sua orientadora Prof. Dra Silvia Cristina Mangini Bocchi², vinculadas ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo a pergunta: **“Conte-me, qual a sua experiência no atendimento do idoso na demanda espontânea?”**

Este termo será feito em duas vias, sendo que uma ficará com a pesquisadora e a outra com o(a) participante.

Botucatu, _____ de _____ de 2016.

Suelen Alves Rocha¹
Pesquisadora

Silvia C. Mangini Bocchi ²
Orientadora

Assinatura do entrevistado

¹ End. Profissional: Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública, Distrito de Rubião Júnior, Botucatu – SP. Fone: (14) 3880-1366.
Email: suelenalvesrocha@hotmail.com

² End. Profissional: Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Distrito de Rubião Júnior, Botucatu – SP. Fone: (14) 3880-1326.
Email: sbocchi@fmb.unesp.br

Apêndice 2

(Coordenador municipal da saúde bucal)

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Departamento de Saúde Pública

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014)3880-1366/3880-1347

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA

PARTE I – Informações Gerais

Este formulário contém dados relacionados ao consentimento para utilização de informações coletadas durante a realização da pesquisa **“Demanda espontânea dos idosos na Estratégia Saúde da Família de um município do interior paulista: a experiência do idoso e da equipe”**, pela pesquisadora **Suelen Alves Rocha**.

- 1. Objetivos da Pesquisa:** 1. Compreender a experiência do idoso e da equipe profissional (médico, dentista e enfermeiro) com a consulta não agendada (extra) na Estratégia Saúde da Família; 2. Compreender a experiência dos gestores com a política de saúde bucal.
- 2. Seleção dos participantes:** os idosos são selecionados por meio do acesso ao Sistema de Informação da Atenção Básica (e-SUS AB), uma vez que passaram por atendimento na Estratégia Saúde da Família.
- 3. Procedimento:** Convido o Sr(a) para participar de uma entrevista com duração aproximada de 30 minutos respondendo uma pergunta sobre a sua experiência de procura pelo atendimento não agendado (extra) na Unidade de Saúde da Família. A entrevista será áudio gravada, por meio digital, posteriormente as falas serão transcritas e analisadas. As gravações ficarão sob a responsabilidade das pesquisadoras durante o período de desenvolvimento do projeto e serão deletadas após sua conclusão.
- 4. Voluntariedade na participação:** sua participação nessa pesquisa é voluntária. Caso não queira participar não terá nenhum prejuízo sobre o atendimento na Unidade de Saúde da Família que tem cadastro.
- 5. Riscos e desconforto:** o Sr(a) poderá sentir algum desconforto ao compartilhar informações pessoais durante a entrevista. O Sr (a) não precisa responder a qualquer pergunta ou partilhar informação que sentir ser muito pessoal ou desconfortável em falar.
- 6. Benefícios:** o Sr(a) não terá qualquer benefício direto por participar dessa pesquisa. Contudo, espera-se que os resultados dessa pesquisa contribuam para melhoria do acesso na Estratégia Saúde da Família.
- 7. Confidencialidade:** suas informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora que manterá sigilo sobre sua identidade.

- 8. Divulgação dos resultados:** caso o Sr(a) aceite, será convidado a participar de um grupo com outros idosos participantes, ao fim da pesquisa. Nesse grupo divulgaremos os resultados da pesquisa e o Sr(a) terá a oportunidade de opinar sobre esses resultados. Caso deseje, poderá participar também, de um grupo misto (idosos, médicos, dentistas e enfermeiros), no qual será apresentado o modelo único, quem une todas as experiências.
- 9. Direito de recusar ou desistir do consentimento:** caso o Sr(a) escolher participar e depois quiser desistir, o Sr(a) pode. Esta situação não afetará o seu atendimento na Unidade de Saúde da Família que tem cadastro.
- 10. Quem contatar:** Se o Sr(a) tiver qualquer dúvida posterior sobre a pesquisa poderá entrar em contato com a pesquisadora ou orientadora através dos telefones e e-mails listados ao final desse termo. O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CEP-FMB), que é um comitê cuja tarefa é ter certeza de que os participantes de pesquisa serão bem atendidos e protegidos de qualquer dano. Se você tiver alguma dúvida ou desejar mais informações sobre o CEP-FMB, pode fazer contato por meio do telefone: (14) 3880-1608/3880-1609.

PARTE II – Certificado de Consentimento

Eu, _____, tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa sob responsabilidade de Suelen Alves Rocha¹, doutoranda em Saúde Coletiva, e de sua orientadora Prof. Dra Silvia Cristina Mangini Bocchi², vinculadas ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo a pergunta: **“Qual o envolvimento da coordenação municipal de AB nas estratégias desenvolvidas pelos dentistas da ESF visando aumentar captação de idosos?”**

Este termo será feito em duas vias, sendo que uma ficará com a pesquisadora e a outra com o(a) participante.

Botucatu, ____ de _____ de 2018.

Suelen Alves Rocha¹
Pesquisadora

Silvia C. Mangini Bocchi ²
Orientadora

Assinatura do entrevistado

¹ End. Profissional: Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública, Distrito de Rubião Júnior, Botucatu – SP. Fone: (14) 3880-1366.
Email: suelenalvesrocha@hotmail.com

² End. Profissional: Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Distrito de Rubião Júnior, Botucatu – SP. Fone: (14) 3880-1326.
Email: sbocchi@fmb.unesp.br

Apêndice 3

(Coordenador-geral da saúde bucal - MS)

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Departamento de Saúde Pública

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014)3880-1366/3880-1347

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA

PARTE I – Informações Gerais

Este formulário contém dados relacionados ao consentimento para utilização de informações coletadas durante a realização da pesquisa **“Demanda espontânea dos idosos na Estratégia Saúde da Família de um município do interior paulista: a experiência do idoso e da equipe”**, pela pesquisadora **Suelen Alves Rocha**.

- 1. Objetivos da Pesquisa:** 1. Compreender a experiência do idoso e da equipe profissional (médico, dentista e enfermeiro) com a consulta não agendada (extra) na Estratégia Saúde da Família; 2. Compreender a experiência dos gestores com a política de saúde bucal.
- 2. Seleção dos participantes:** os idosos são selecionados por meio do acesso ao Sistema de Informação da Atenção Básica (e-SUS AB), uma vez que passaram por atendimento na Estratégia Saúde da Família.
- 3. Procedimento:** Convido o Sr(a) para participar de uma entrevista com duração aproximada de 30 minutos respondendo uma pergunta sobre a sua experiência de procura pelo atendimento não agendado (extra) na Unidade de Saúde da Família. A entrevista será áudio gravada, por meio digital, posteriormente as falas serão transcritas e analisadas. As gravações ficarão sob a responsabilidade das pesquisadoras durante o período de desenvolvimento do projeto e serão deletadas após sua conclusão.
- 4. Voluntariedade na participação:** sua participação nessa pesquisa é voluntária. Caso não queira participar não terá nenhum prejuízo sobre o atendimento na Unidade de Saúde da Família que tem cadastro.
- 5. Riscos e desconforto:** o Sr(a) poderá sentir algum desconforto ao compartilhar informações pessoais durante a entrevista. O Sr (a) não precisa responder a qualquer pergunta ou partilhar informação que sentir ser muito pessoal ou desconfortável em falar.
- 6. Benefícios:** o Sr(a) não terá qualquer benefício direto por participar dessa pesquisa. Contudo, espera-se que os resultados dessa pesquisa contribuam para melhoria do acesso na Estratégia Saúde da Família.
- 7. Confidencialidade:** suas informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora que manterá sigilo sobre sua identidade.

- 8. Divulgação dos resultados:** caso o Sr(a) aceite, será convidado a participar de um grupo com outros idosos participantes, ao fim da pesquisa. Nesse grupo divulgaremos os resultados da pesquisa e o Sr(a) terá a oportunidade de opinar sobre esses resultados. Caso deseje, poderá participar também, de um grupo misto (idosos, médicos, dentistas e enfermeiros), no qual será apresentado o modelo único, quem une todas as experiências.
- 9. Direito de recusar ou desistir do consentimento:** caso o Sr(a) escolher participar e depois quiser desistir, o Sr(a) pode. Esta situação não afetará o seu atendimento na Unidade de Saúde da Família que tem cadastro.
- 10. Quem contatar:** Se o Sr(a) tiver qualquer dúvida posterior sobre a pesquisa poderá entrar em contato com a pesquisadora ou orientadora através dos telefones e e-mails listados ao final desse termo. O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CEP-FMB), que é um comitê cuja tarefa é ter certeza de que os participantes de pesquisa serão bem atendidos e protegidos de qualquer dano. Se você tiver alguma dúvida ou desejar mais informações sobre o CEP-FMB, pode fazer contato por meio do telefone: (14) 3880-1608/3880-1609.

PARTE II – Certificado de Consentimento

Eu, _____, tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa sob responsabilidade de Suelen Alves Rocha¹, doutoranda em Saúde Coletiva, e de sua orientadora Prof. Dra Silvia Cristina Mangini Bocchi², vinculadas ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo a pergunta: **“Conte-me, qual a sua experiência com o desenvolvimento ou implantação da política de saúde bucal no Brasil?”**

Este termo será feito em duas vias, sendo que uma ficará com a pesquisadora e a outra com o(a) participante.

Botucatu, ____ de _____ de 2018.

Suelen Alves Rocha¹
Pesquisadora

Silvia C. Mangini Bocchi ²
Orientadora

Assinatura do entrevistado

¹ End. Profissional: Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública, Distrito de Rubião Júnior, Botucatu – SP. Fone: (14) 3880-1366.
Email: suelenalvesrocha@hotmail.com

² End. Profissional: Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Distrito de Rubião Júnior, Botucatu – SP. Fone: (14) 3880-1326.
Email: sbocchi@fmb.unesp.br

Apêndice 4

Idosos

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Departamento de Saúde Pública

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014)3880-1366/3880-1347

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA

PARTE I – Informações Gerais

Este formulário contém dados relacionados ao consentimento para utilização de informações coletadas durante a realização da pesquisa **“Demanda espontânea dos idosos na Estratégia Saúde da Família de um município do interior paulista: a experiência do idoso e da equipe”**, pela pesquisadora **Suelen Alves Rocha**.

- 1. Objetivos da Pesquisa:** 1. Compreender a experiência do idoso com o atendimento do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família.
- 2. Seleção dos participantes:** os idosos são selecionados por meio do acesso ao Sistema de Informação da Atenção Básica (e-SUS AB), uma vez que passaram por atendimento na Estratégia Saúde da Família.
- 3. Procedimento:** Convido o Sr(a) para participar de uma entrevista com duração aproximada de 30 minutos respondendo uma pergunta sobre a sua experiência de procura pelo atendimento do dentista na Unidade de Saúde da Família. A entrevista será áudio gravada, por meio digital, posteriormente as falas serão transcritas e analisadas. As gravações ficarão sob a responsabilidade das pesquisadoras durante o período de desenvolvimento do projeto e serão deletadas após sua conclusão.
- 4. Voluntariedade na participação:** sua participação nessa pesquisa é voluntária. Caso não queira participar não terá nenhum prejuízo sobre o atendimento na Unidade de Saúde da Família que tem cadastro.
- 5. Riscos e desconforto:** o Sr(a) poderá sentir algum desconforto ao compartilhar informações pessoais durante a entrevista. O Sr (a) não precisa responder a qualquer pergunta ou partilhar informação que sentir ser muito pessoal ou desconfortável em falar.
- 6. Benefícios:** o Sr(a) não terá qualquer benefício direto por participar dessa pesquisa. Contudo, espera-se que os resultados dessa pesquisa contribuam para melhoria do acesso na Estratégia Saúde da Família.
- 7. Confidencialidade:** suas informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora que manterá sigilo sobre sua identidade.
- 8. Divulgação dos resultados:** caso o Sr(a) aceite, será convidado a participar de um grupo com outros idosos participantes, ao fim da pesquisa. Nesse grupo divulgaremos os resultados da pesquisa e o Sr(a) terá a oportunidade de opinar sobre esses resultados.
- 9. Direito de recusar ou desistir do consentimento:** caso o Sr(a) escolher participar e depois quiser desistir, o Sr(a) pode. Esta situação não afetará o seu atendimento na Unidade de Saúde da Família que tem cadastro.

10. Quem contatar: Se o Sr(a) tiver qualquer dúvida posterior sobre a pesquisa poderá entrar em contato com a pesquisadora ou orientadora através dos telefones e e-mails listados ao final desse termo. O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CEP-FMB), que é um comitê cuja tarefa é ter certeza de que os participantes de pesquisa serão bem atendidos e protegidos de qualquer dano. Se você tiver alguma dúvida ou desejar mais informações sobre o CEP-FMB, pode fazer contato por meio do telefone: (14) 3880-1608/3880-1609.

PARTE II – Certificado de Consentimento

Eu, _____, tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa sob responsabilidade de Suelen Alves Rocha¹, doutoranda em Saúde Coletiva, e de sua orientadora Prof. Dra Silvia Cristina Mangini Bocchi², vinculadas ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo a pergunta: **“Conte-me, como tem sido sua experiência com o atendimento do dentista no posto de saúde?”**

Este termo será feito em duas vias, sendo que uma ficará com a pesquisadora e a outra com o(a) participante.

Botucatu, _____ de _____ de 2019.

Suelen Alves Rocha¹
Pesquisadora

Silvia C. Mangini Bocchi ²
Orientadora

Assinatura do entrevistado

¹ End. Profissional: Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública, Distrito de Rubião Júnior, Botucatu – SP. Fone: (14) 3880-1366.
Email: suelenalvesrocha@hotmail.com

² End. Profissional: Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Distrito de Rubião Júnior, Botucatu – SP. Fone: (14) 3880-1326.
Email: sbocchi@fmb.unesp.br

Apêndice 5

Matriz da experiência dos cirurgiões-dentistas – Categoria central: ALCANÇANDO A RELEVÂNCIA SOCIAL DA ODONTOLOGIA NA APS APOIADO NOS ATORES DO CENÁRIO MICROPOLÍTICO

Encontrando apoio na equipe multiprofissional para aumentar a relevância social da saúde bucal	Deparando-se com demanda odontológica de idosos inferior à esperada	<i>Identificando o histórico de escassez de cuidados odontológicos no país como responsável pela alta proporção de idosos edêntulos</i>
		<i>Reconhecendo o padrão de utilização dos serviços odontológicos como determinante da condição de saúde bucal de idosos</i>
		<i>Diferenciando padrão de utilização dos idosos em relação aos demais usuários do SUS</i>
		<i>Observando idosos com queixas bucais procurando atendimento médico</i>
		<i>Percebendo baixa adesão dos idosos ao tratamento odontológico</i>
	Elaborando estratégias para atrair e manter usuários na assistência odontológica preventiva	<i>Associando o padrão de utilização emergencial dos serviços odontológicos a uma baixa valorização da saúde bucal</i>
		<i>Elegendo o modelo preventivo para ações de mudança comportamental relacionadas à saúde bucal</i>
		<i>Precisando atuar colaborativamente, especialmente, no contexto das doenças crônicas</i>
		<i>Identificando no trabalho interprofissional a possibilidade de inserção da saúde bucal na saúde geral</i>
		<i>Estabelecendo parcerias com membros da equipe multiprofissional</i>
		<i>Acordando com equipe o redirecionamento de idosos para atendimento odontológico</i>
		<i>Contando com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde</i>
		<i>Utilizando o HiperDia para ampliar sua atuação na saúde do idoso</i>
		<i>Utilizando Campanha Nacional da Influenza para ampliar o papel do cirurgião-dentista na saúde do idoso</i>
		<i>Percebendo-se aceito pelos idosos com o passar do tempo</i>
	Relacionando a baixa efetividade da assistência odontológica preventiva à baixa corresponsabilização de usuários adultos	<i>Reconhecendo a dificuldade de adesão dos usuários adultos à odontologia preventiva</i>
		<i>Investindo na abordagem odontológica preventiva direcionada às crianças</i>
		<i>Culpabilizando usuários adultos pela baixa efetividade da odontologia preventiva</i>
Encontrando apoio nos pares e na coordenação da APS para lidar com condições de trabalho insatisfatórias	Sentindo-se insatisfeito com trabalho na APS	<i>Percebendo interferência partidária no desenvolvimento da política de saúde bucal em nível local</i>
		<i>Perdendo autonomia e controle sobre seu processo de trabalho</i>
		<i>Sentindo sobrecarga de trabalho</i>
		<i>Adotando modelo assistencial de odontologia curativa</i>
	Apoiando-se nos pares e coordenação da APS para lidar com aumento de demanda e mudanças organizacionais impostas verticalmente	

Apêndice 6

Matriz da experiência dos gestores municipais da saúde bucal. Categoria central – OBTENDO SUCESSO NOS PROJETOS DE GESTÃO DA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO AO COLOCAR O CIRURGIÃO-DENTISTA EM EVIDÊNCIA

Planejando estratégias de gestão da saúde bucal no município	<u>Avaliando o contexto de inserção do dentista na APS</u>	<i>Avaliando a demanda por serviços odontológicos</i>
		<i>Avaliando a estrutura da rede odontológica no município</i>
	<u>Deduzindo soluções para os problemas identificados</u>	<i>Avaliando o apoio disponível por meio da colaboração interprofissional</i>
Redefinindo o processo de trabalho do cirurgião-dentista na APS	<u>Trabalhando melhoria da qualidade dos processos assistenciais</u>	<i>Realizando diagnóstico da efetividade do processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na APS</i>
		<i>Priorizando atendimento odontológico de idosos no município</i>
		<i>Fortalecendo a inserção do cirurgião-dentista na linha de cuidado de usuários com doenças crônicas</i>
		<i>redefinindo mecanismos de acesso e estruturando a agenda odontológica</i>
	<u>Ampliando o campo de ação do cirurgião-dentista</u>	<i>Orientando mudança atitudinal dos cirurgiões-dentistas</i>
		<i>Inserindo os cirurgiões-dentistas em todas as oportunidades</i>
		<i>Estabelecendo parceria intersetorial</i>
		<i>Investindo na abordagem preventiva em odontologia</i>
Concretizando projetos de gestão	<u>Conquistando apoio político diverso</u>	
	<u>Colocando as metas da odontologia na agenda política municipal</u>	

Apêndice 7

Matriz da experiência dos gestores federais da saúde bucal — Categoria Central: DA SATISFAÇÃO COM A CONCRETIZAÇÃO À FRUSTRAÇÃO COM A INSTABILIDADE DO BRASIL SORRIDENTE: legitimidade social como componente interveniente na luta pela sustentabilidade da política.

Planejando uma política de saúde bucal sustentável	<u>Desejando uma política pública de saúde bucal universal e efetiva</u>	<i>Desenhando o Brasil Sorridente como frente de saúde bucal do SUS</i>
		<i>Assumindo a integralidade como eixo estruturante do Brasil Sorridente</i>
	<u>Tornando o Brasil Sorridente viável</u>	<i>Protegendo a gestão do Brasil Sorridente da influência do setor privado</i>
		<i>Concretizando a transversalidade</i>
		<i>Inserindo o Brasil Sorridente em programas estratégicos</i>
		<i>Investindo em vigilância em saúde</i>
		<i>Gerando e partilhando capital político</i>
	<u>Tentando legitimar socialmente o Brasil Sorridente</u>	<i>Instituindo o controle social no Brasil Sorridente por meio de gestão descentralizada e participativa</i>
		<i>Ofertando saúde bucal em todos os níveis de atenção à saúde</i>
	<u>Induzindo implantação qualificada e equitativa do Brasil Sorridente</u>	<i>Investindo em formação, educação permanente e teleodontologia</i>
		<i>Induzindo ampliação do acesso com equidade por meio de gestão coparticipativa</i>
		<i>Oportunizando atenção às populações culturalmente diversas e em situação de vulnerabilidade social</i>
		<i>Instituindo programas de qualidade e diretrizes clínicas</i>
Orgulhando-se da construção de uma política de saúde bucal bem-sucedida	<u>Brasil Sorridente sendo reconhecido internacionalmente</u>	
	<u>Reconhecendo a necessidade de aperfeiçoamento da política</u>	
Frustrando-se com a instabilidade do Brasil Sorridente	<u>Sendo irrelevante discutir atualização da política com o SUS em risco</u>	
	<u>Tendo dificuldades de aperfeiçoar e manter o Brasil Sorridente</u>	
	<u>Sendo difícil aceitar a indicação de gestores frágeis tecnicamente</u>	
	<u>Percebendo como frágil a legitimidade social alcançada no Brasil Sorridente</u>	
Lutando para garantir a sustentabilidade da política de saúde bucal	<u>Mobilizando-se aprovar o Brasil Sorridente como lei federal</u>	

Apêndice 8

Matriz da experiência dos Idosos — Categoria Central: ENTRE ATRADORES E DISSIPADORES DO CUIDADO DE SAÚDE BUCAL OFERTADO NA ESF.

Subprocessos	Categorias	Subcategorias
Recebendo as mesmas informações sobre cuidado de saúde bucal, mas se autocuidando de maneira diversa	<u>Adaptando a higiene bucal</u>	
	<u>Cuidando da saúde bucal fundamentado em conhecimento</u>	
Buscando e afastando-se do cuidado de saúde bucal na ESF	<u>Elegendo a dor e as fraturas de dentes como atradores à consulta odontológica</u>	
	<u>Sinalizando os motivos da não procura por atendimento odontológico na USF</u>	<i>Não reconhecendo necessidade de consultas odontológicas regulares ao tornar-se edêntulo e protetizado</i>
		<i>Cirurgião-dentista representando procedimentos dolorosos</i>
		<i>Desconhecendo os procedimentos odontológicos realizados na USF</i>
		<i>Realizando o tratamento em serviço privado por dificuldade de acesso</i>