

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a)
autor(a), o texto completo desta tese
será disponibilizado somente a partir
de 23/08/2021.



**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 contribuíam 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 (Prevsáude), 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).

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.