

Teorização sobre os limites à inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família

Theorization about the limits to the inclusion of oral health teams in the Family Health Strategy

Elisa Lopes Pinheiro (<https://orcid.org/0000-0002-3390-1062>)¹
Mara Vasconcelos (<https://orcid.org/0000-0002-0316-4591>)¹
Viviane Elisângela Gomes (<https://orcid.org/0000-0001-9637-1911>)¹
Flávio de Freitas Mattos (<https://orcid.org/0000-0002-6052-2762>)¹
Caroline Pereira Sutani Andrade (<https://orcid.org/0000-0003-4539-3517>)¹
João Henrique Lara Amaral (<https://orcid.org/0000-0001-6900-7559>)¹

Abstract *This study aimed to theorize, by means of social actors' conception, about the reasons for the non-inclusion of oral health in the Family Health Strategy (FHS) in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. This is a qualitative, exploratory, descriptive, and analytical study based on the grounded theory methodology and the National Oral Health Policy. Eleven interviews were performed with public managers, delegates who participate in the municipal health council, and dental surgeons who belong to the public health service. The theorization of the study was created through the data analysis process, which resulted in "a consequence of the dominant disease-centered oral health care model" as the main category. Data were categorized according to a methodological framework. The health concept set forth by local social actors contributed to the non-inclusion of oral healthcare teams (OHTs) in the FHS. This theorization identified the origins of the studied phenomenon and can aid in future policy decision-making carried out by local social actors.*

Key words Oral Health, Family Health Strategy, Grounded Theory, Health Policies

Resumo *Este estudo objetivou construir teorização a partir da concepção de atores sociais acerca das razões da não inserção da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado no referencial teórico construído com base na Política Nacional de Saúde Bucal e metodológico na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Foram realizadas 11 entrevistas intensivas com atores sociais da gestão, do controle social e cirurgiões-dentistas do serviço público do município. Os dados foram categorizados segundo a TFD e a partir do processo de análise dos dados, construiu-se a teorização do estudo e obteve-se como categoria central "Consequência de uma concepção hegemônica doença-centrada da saúde para o modelo de atenção à saúde bucal". A concepção de saúde dos atores sociais do município contribuiu para a não inserção da atenção à saúde bucal na ESF. A teorização permitiu a identificação da origem das condições do fenômeno estudado e poderá contribuir para tomada de decisões dos atores sociais em futuras ações políticas.*

Palavras-chave Saúde bucal, Estratégia Saúde da Família, Teoria Fundamentada, Políticas de Saúde

¹ Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos 6627, Pampulha. 31270-901 Belo Horizonte MG Brasil. vivianegomes@ufmg.br

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) resultou do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) pela superação do modelo assistencial hegemônico biomédico¹. A luta pelo direito universal à saúde, a determinação social da saúde, o conceito de saúde a partir dos determinantes sociais, a descentralização da gestão, e o controle social compunham o rol de reivindicações do movimento e propiciaram a sua incorporação constitucional^{2,3}. O desenvolvimento das políticas de saúde evidenciou o protagonismo da Atenção Primária à Saúde (APS) e da adesão à Saúde da Família na reorientação do cuidado² em saúde em resposta às necessidades de saúde da população¹.

Apesar da garantia constitucional o SUS não foi consolidado, sendo seu principal desafio de caráter político⁴. A saúde pública brasileira vem sendo conduzida pela perspectiva neoliberal, desde a sua criação. Medidas de austeridade contribuiriam para o subfinanciamento crônico resultando em um SUS não universal, restrito e excludente. A Emenda Constitucional nº 95⁵, é uma ameaça aos pressupostos constitucionais do SUS e instala-se um cenário de desfinanciamento do sistema⁶. São muitos os obstáculos e ameaças ao SUS, de cunho ideológico, político, econômico, cultural e organizacional⁴. Entre eles, destacam-se: a reprodução do modelo hegemônico de atenção à saúde com enfoque na doença e em procedimentos, as dificuldades na construção das Redes de Atenção à Saúde, a precariedade na infraestrutura dos serviços, “a desvalorização dos trabalhadores de saúde, através das terceirizações e da precarização do trabalho”⁴ e o privilégio do Estado ao setor privado da saúde por meio de subsídios, desonerações e sub regulamentação^{2,4}. Esses retrocessos afetam a saúde da população brasileira e a garantia de seus direitos fundamentais^{4,6}.

Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) reorientou o modelo de atenção à saúde bucal incorporando o conceito ampliado de saúde, o componente social do processo saúde-doença, o fortalecimento do SUS e os princípios da integralidade do cuidado e da promoção da saúde⁷⁻⁹. Na reorientação do modelo, incluíram-se as equipes de saúde bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Foram destinados recursos financeiros para as ações de saúde bucal, incentivo à educação em saúde, utilização de indicadores epidemiológicos, estabelecimento de uma rede de atenção por meio dos Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) e a criação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)^{7,9}.

Nos anos seguintes a 2004, apesar dos incentivos financeiros, a continuidade e a manutenção da sustentabilidade da política foram afetadas por problemas de subfinanciamento, limites na coordenação política e gerencial e na governabilidade nos níveis estaduais e municipais¹⁰. A prática odontológica tradicional permaneceu predominante marcada por conflitos e contradições^{11,12}. Além disso, os profissionais não assumiram como sua a PNSB desobrigando-se da responsabilidade de fazê-la efetiva no cuidado à saúde¹³.

Entre os anos de 2015 e 2017, houve um cenário restritivo político para as ações de saúde bucal com redução da inserção das eSB na ESF, crescimento da oferta de serviços odontológicos privados, restrição no financiamento público, queda em indicadores de saúde bucal¹⁴ e dificuldades na implantação da PNSB nos municípios^{8,12,15}. O processo de implementação de políticas públicas em saúde bucal é objeto de estudo de diversos autores^{11,15-17}. Contudo, são escassos os trabalhos sobre a concepção dos sujeitos envolvidos na sua implantação em diferentes contextos políticos.

A reorientação do modelo de atenção à saúde bucal com inserção na ESF⁷ não ocorreu em parte dos municípios brasileiros¹⁸, sendo necessário que os motivos sejam investigados. Este estudo objetivou construir teorização acerca da não inserção da atenção à saúde bucal na ESF, num município brasileiro, a partir da concepção de atores sociais: gestores em saúde, cirurgiões-dentistas (CD) inseridos no SUS municipal e membros do Conselho Municipal de Saúde (CMS). O ineditismo deste estudo reside na teorização sobre o fenômeno da não inserção da saúde bucal na ESF a partir da concepção de atores sociais, sendo a sua compreensão fundamental para o desenvolvimento das políticas de saúde. A teorização poderá contribuir com a tomada de decisão dos gestores públicos em relação à melhoria da atenção à saúde bucal em consonância com os princípios da PNSB e para o fortalecimento da saúde bucal no SUS.

Método

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo realizado por meio do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)¹⁹. A TFD tem a finalidade de gerar uma explicação teórica para um processo, uma ação ou uma interação a partir das concepções que os sujeitos expressam sobre

o fenômeno estudado²⁰. É adequada por possuir caráter exploratório, quando pouco se sabe sobre o objeto do estudo, por possuir capacidade de gerar uma teoria com forte embasamento na realidade local²⁰ e por ter seu foco na compreensão interpretativa dos significados e nas experiências dos sujeitos¹⁹. O resultado encontrado é uma teorização de nível substantivo²⁰. Essa pesquisa, por ser derivada de dados, oferece melhor discernimento e entendimento sobre o fenômeno¹⁹.

O referencial teórico foi elaborado com base na análise crítica e sistemática da PNSB constituindo um eixo básico político para reorientação do modelo assistencial na micropolítica⁷. Oriunda do campo da saúde bucal coletiva^{13,21}, ela busca romper com o paradigma biomédico operante, por meio da incorporação da epidemiologia, da promoção da saúde, em defesa da cidadania e da saúde bucal como um direito. A qualificação da atenção básica é apresentada como pressuposto fundamental para a reorientação do modelo, com a incorporação da saúde bucal na ESF, bem como o estabelecimento da coordenação do cuidado e da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Os CEO configuram a atenção secundária devendo ser referenciados pelas eSB. A PNSB evidencia que a atuação da eSB não deve se limitar ao campo técnico odontológico, devendo se pautar no conceito ampliado de saúde centrado no cuidado, na prevenção e na promoção da saúde. Orienta a construção da consciência sanitária em profissionais do SUS e usuários, entendendo que a saúde bucal é um direito de cidadania. A gestão dos serviços de saúde bucal deve definir democraticamente a política, assegurando a participação da população, por meio dos Conselhos de Saúde, e de trabalhadores, pois desse modo há uma melhor identificação dos problemas e um delineamento de estratégias de ações que respondam as necessidades reais de saúde da população^{7,9,12,13,15}.

Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Juiz de Fora (JF), Minas Gerais, região Sudeste do Brasil. JF possui população estimada de 573.285 habitantes, e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,778²². É um polo regional de provimento de serviços essenciais na área da saúde, educação, comércio e indústria²³. O município é sede da Macrorregião Sudeste de Saúde do estado com extensa rede de serviços de alta densidade tecnológica, atendimento ambulatorial e hospitalar²⁴.

Em dezembro de 2020, o município apresentava cobertura estimada da população por servi-

ços de saúde bucal de 11,35% na atenção básica, com nenhuma eSB inserida na ESF. JF conta com cinco CEO distribuídos nas regiões de saúde centro, oeste, norte e sul e 183 dentistas atuando no SUS. Em relação a condição de saúde bucal da população, não foram identificados dados epidemiológicos representativos.

Sujeitos do estudo

Os sujeitos são atores sociais membros do CMS, gestores municipais e estaduais de saúde e CD inseridos no SUS. Foram escolhidos informantes capazes de fornecer informações relevantes, com base em suas concepções e experiências vividas^{20,25} no processo da não-inserção da atenção à saúde bucal na ESF. Um informante-chave indicou sujeitos que poderiam contribuir. Na medida em que foram sendo contactados, os entrevistados foram indicando novos informantes que se relacionavam com o tema. A inclusão dos sujeitos foi realizada de forma intencional mediante deliberação do grupo de pesquisadores. Essa técnica foi adequada, visto que o objeto do estudo implica em questões sensíveis e obscuras de âmbito privado, requerendo o conhecimento de pessoas pertencentes ao grupo envolvido no contexto do fenômeno^{25,26}.

A caracterização dos participantes fora abordada de forma a preservar a identidade e garantir o sigilo. Foram realizados 13 convites. Dois sujeitos recusaram participar: um por motivo de doença na família e outro por considerar que sua experiência não contribuiria com a pesquisa. Ao final, 11 foram entrevistados. Não houve perda de dados. Alguns sujeitos foram atuantes como gestores e trabalhadores do serviço, outros como trabalhadores e do controle social. A gestão municipal de saúde bucal foi representada por 7 participantes, a gestão no nível estadual, o controle social e os trabalhadores do serviço por 2 cada um.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista intensiva²⁰, no período de novembro de 2020 e maio de 2021, de forma remota, por meio da plataforma *Google meet*, devido aos cuidados de distanciamento social tendo em vista a pandemia de COVID-19²⁷. Uma pesquisadora principal conduziu as entrevistas e outra como suporte técnico. Um dos participantes solicitou que a entrevista fosse presencial, fora do horário comercial, nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A solicitação foi aten-

dida considerando a relevância da contribuição do participante. Nesse caso, foram adotadas as medidas de biossegurança recomendadas na prevenção à COVID-19. As entrevistas foram agendadas em momentos confortáveis para os participantes. A duração média foi de 40 minutos.

As impressões iniciais e *insights* foram registrados imediatamente após o término das entrevistas por meio de memorandos intuitivos, a fim de permitir comparações sucessivas e a não perda dos fatos notáveis^{20,26}. As entrevistas foram gravadas no computador pelo aplicativo *Open Broadcaster Software* e transcritas em documento de Word (Microsoft Office®).

O grupo de pesquisa produziu um roteiro norteador com base nas informações de domínio público sobre o fenômeno estudado e no conhecimento de conceitos prévios sobre o tema^{19,20}. A entrevista foi dividida em três momentos: questões abertas iniciais com foco na trajetória profissional dos participantes; intermediárias, em que buscou-se compreender o funcionamento, características e organização da saúde pública e da atenção à saúde bucal no município, concepção dos sujeitos em relação à não-inserção da atenção à saúde bucal na ESF; e questões finais, relacionadas às expectativas da inserção da saúde bucal na ESF, além de configurar um momento de abertura para os sujeitos exporem suas percepções sobre a entrevista e se havia algo a ser acrescentado. No decorrer das entrevistas e da análise foram incluídas novas questões emergidas pelos dados^{19,20} consideradas necessárias para a compreensão do fenômeno. O roteiro norteador pode ser consultado no material complementar (<https://doi.org/10.48331/scielodata.5DRGF9>).

Análise dos dados

A análise e a coleta dos dados foram concomitantes, assim como a elaboração de sucessivos memorandos¹⁹. A análise ocorreu de forma livre e criativa, utilizando as ferramentas e procedimentos analíticos sistematizados provenientes do método permitindo a emergência de categorias, códigos e conceitos^{19,20}. A revisão da literatura foi realizada durante o percurso da pesquisa e os pesquisadores mantiveram a “mente aberta” em relação aos dados e para os seus significados¹⁹.

Após a transcrição, foi iniciado o processo de análise dinâmica e fluido por meio da codificação. Seguiu o método comparativo de análise indutiva, marcada pela comparação entre dados, códigos e categorias¹⁹. A codificação foi realizada em três etapas; codificação aberta, co-

dificação axial e codificação seletiva. Essas etapas têm como objetivo encontrar a conceitualização e a categorização dos dados que representam o fenômeno¹⁹. Podem ser consultados no material suplementar um exemplo de análise de dados da etapa de codificação aberta e um exemplo de memorando da codificação axial (<https://doi.org/10.48331/scielodata.5DRGF9>).

A categoria central do estudo foi elaborada e discutida pelos pesquisadores de forma a refinar a teorização^{19,20}. A formulação da teorização sobre a não inserção da atenção à saúde bucal na ESF foi ordenada e integrada a partir das conexões teóricas entre as categorias. A categoria central explica como o problema desse estudo é abordado.

As recomendações da Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (protocolo 35791320.2.0000.5149) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A TFD resultou como categoria central: *Consequência de uma concepção hegemônica doença-centrada da saúde para o modelo de atenção à saúde bucal*. A ela, estão relacionadas as categorias: 1) modelo assistencial hegemônico biomédico; 2) modelo assistencial defendido pela gestão centrado na clínica odontológica; 3) diferentes concepções do modelo de atenção à saúde bucal; 4) perda de janela de oportunidade proporcionada pela PNSB (Quadro 1).

A categoria *Modelo assistencial hegemônico biomédico* faz referência à organização da prestação de serviços da saúde, disponibilidade de unidades de atenção à saúde e equipamentos, concepção de saúde e ações assistenciais centradas na produção de procedimentos. Foram associadas as subcategorias: a) modelo assistencial historicamente centrado na alta e média complexidade; b) financiamento da saúde do município comprometido com a média e alta complexidade; c) maioria das UBS possuem infraestrutura inadequada.

De acordo com os participantes da pesquisa, historicamente, o município configurava-se como um polo tecnológico de saúde, ofertando, até os dias atuais, muitos serviços de alta e média complexidade. A “herança da municipalização” é apresentada pelos sujeitos como uma das con-

Quadro 1. Categoria central e demais categorias e subcategorias da teorização.

Categoria Central: Consequência de uma concepção hegemônica doença-centrada da saúde para o modelo de atenção à saúde bucal		
Categorias	Subcategorias	Exemplos de dados brutos
Modelo assistencial hegemônico biomédico	a. Modelo assistencial historicamente centrado na alta e média complexidade	Com um sistema de saúde completamente complexo e incompleto. Juiz de Fora historicamente concentrou muito serviço de saúde de média e alta complexidade. Então tem um parque tecnológico muito bom, tem acesso a procedimentos de média e alta complexidade, quase em sua totalidade. - P01 [...] a gente tem uma oferta de serviço bastante satisfatória em Juiz de Fora, a gente tem um parque de atenção terciária, [...] a qualidade da atenção hospitalar em Juiz de Fora, no SUS, é muito boa. - P03
	b. Financiamento da saúde no município comprometido com a média e alta complexidade	A média e alta complexidade em Juiz de Fora, consome mais de 85%, quase 90% dos recursos da saúde. [...] Essa drenagem de recursos da atenção básica pra média alta complexidade, impede qualquer ampliação do serviço, ainda mais a ampliação de serviços que vão ser caros para municipalidade que vão demandar obras, reformas equipamentos, demandar contratação de pessoal demandar insumos, com um financiamento precário. - P01 Então como que a gente espera e anseia que a APS resolva 85% dos problemas de saúde da população se ela tem pouco mais que 12% de recurso investido? Então nós temos que pensar que há uma contradição e um problema nessa realidade. Mas nós sabemos que o recurso disponibilizado hoje para atenção básica é pífio. - P11
	c. Maioria das Unidades Básicas de Saúde possuem infraestrutura inadequada	Tem que haver primeiro estrutura. Não é fácil você organizar uma estrutura de consultórios odontológicos assim no município desse tamanho, mesmo porque, nem toda unidade básica de saúde tem o consultório odontológico. - P07 Teremos desafios pela frente, as nossas estruturas, pelo menos grande parte delas não foram pensadas para ESF, sequer para saúde bucal. Até para intervenções estruturais os recursos são ínfimos. - P11
Modelo assistencial defendido pela gestão centrado na clínica odontológica	a. Modelo assistencial da saúde bucal na atenção primária organizado segundo polos regionais	A odontologia é uma das áreas mais frágeis da APS no meu entendimento [...] Não temos nem dentista em todas as UBS, mais da metade não tem dentista. - P01 Na gestão a nossa concepção era de regionalização. [...] nós resolvemos, então, regionalizar também a APS em Odontologia, [...] concebendo grandes Unidades Odontológicas Regionais onde você tinha um CEO acoplado a essa unidade. [...] Hoje a gente tem na cidade 4 UOR que funcionam muito bem, conseguindo dar acesso a população [...] onde você tem ali uma infraestrutura de ponta, [...] onde você consegue colocar em prática esse princípio da integralidade. - P05 A atenção no CEO, ela é global, porque o usuário tem tudo ali dentro. Você faz tudo, você tira raio x, você faz canal. A única coisa que você não faz é a parte protética. Infelizmente. - P10
	b. Gestão da saúde bucal verticalizada e desarticulada	Então eu acho que essa coisa da fragmentação do departamento de saúde bucal dividindo a atenção primária da saúde bucal, estar em um setor e os CEOs e a odontologia hospitalar estar em outro setor, acaba tendo um pouco de dificuldade [na] gestão. - P07 Não há um desejo de aproximação das demais políticas por parte daquele departamento [DSB]. Há um discurso muito forte que nós [o DSB] somos diferentes, [...] a Política Nacional de Saúde Bucal não compete a vocês [...]. Não percebo um desejo de construção coletiva nas políticas. - P11
	c. A proposta de inserção da eSB na ESF defendida pela gestão não busca a reorientação do modelo assistencial	[Em 2000] o departamento da saúde bucal de Juiz de Fora, iniciou esse movimento para se inserir o cirurgião-dentista [na ESF] [...]. Essa discussão durou muitos anos, ela só foi ter um final com a aprovação desse Projeto de Lei [...] em 2016 na câmara municipal. - P05
		Obviamente deveria haver um estudo no sentido de viabilizar as áreas de maior vulnerabilidade social [...] você colocar PSF mais em bairros distantes, e aqui no centro você trabalhar com UOR, que já existem mesmo com atenção básica. - P05
		[Em 2018] a gente montou um estudo de impacto financeiro, para a contratação desse profissional odontólogo e do auxiliar [...]. - P05
		Sempre a gente propunha a implantação das eSB. A gente fazia os projetos para apresentar para as gestões administrativas [...] 10 equipes, no final eu passei para 5 [...]. - P06 Nós temos aí no nosso Plano Municipal de Saúde previsto [...] 2021 mais 2, integralizando 6 eSB até o final de 2021. - P05

continua

Quadro 1. Categoria central e demais categorias e subcategorias da teorização.

Categoria Central:		
Consequência de uma concepção hegemônica doença-centrada da saúde para o modelo de atenção à saúde bucal		
Categorias	Subcategorias	Exemplos de dados brutos
Diferentes concepções do modelo de atenção à saúde bucal	a. A concepção de modelo assistencial do Conselho Municipal de Saúde é contra hegemônica	Saúde da família não se faz com médico. Se faz com médico, enfermeiro, assistente social, com cirurgião-dentista, com atenção primária, para você ter a prevenção. - P08
		Nós nunca concordamos com esse processo de regionalização [UOR]. [...] Vai de contra-mão com o que o sistema preconiza [...]. Tive embates seríssimos nessa questão do processo de regionalização, não concordei, criei até animosidades com as pessoas. - P08
		Olha, a gente percebe isso desde a minha primeira gestão no Conselho em 2001. [...] Pronto para implantar, a gente tentou adequar a legislação para que o cirurgião pudesse fazer 40 horas. E somente agora, em 2016 que a legislação está pronta. - P02
	b. A expectativa do Conselho Municipal de Saúde pela inserção da atenção à saúde bucal na ESF não encontra respaldo na população e entre os cirurgiões-dentistas	Mas não existe uma certa pressão dos usuários, do povo. [...] não se mobilizam pela Odontologia. - P01
		Não há uma demanda evidente de cuidado em saúde bucal. Você procurou ocorrências de saúde bucal na ouvidoria? Não precisa, porque não tem. Grande parte da população não busca a saúde bucal, parece que não há uma necessidade de saúde bucal expressa pela população. - P11
		Então, não é uma demanda comum nos conselhos locais e regionais, no municipal aparece nessas condições por meio de um representante do controle social que tem grau de instrução elevado e conhecimento de causa. - P11
		Não percebo desejo em grande parte do corpo de dentistas para implantar a saúde bucal na saúde da família, a categoria não quer essa mudança. - P11
		E também é muita falta de coesão social. [...] Isso demonstra a fragilidade. [...] do quanto que ainda é incipiente a discussão da saúde bucal no cenário da importância dessa atenção para a população. - P09
	c. Modelo assistencial à saúde bucal atende ao perfil profissional e às expectativas dos cirurgiões-dentistas	A formação do cirurgião-dentista é muito voltada para a especialização. [...] ele sai querendo ser um especialista, pouquíssimas pessoas têm [disposição para o serviço público]. - P03
		Tem a valorização profissional [...] tem a formação, tem a carreira e tem [...] um certo comodismo, é mais fácil ficar do jeito que está [...]. Então talvez com essas coisas todas, a gente não tem uma mobilização forte para conseguir implantação da saúde bucal na ESF. - P03
		A leitura que faço hoje é que os colegas cirurgiões-dentistas da prefeitura aprovam o modelo que está sendo conduzido e ofertado. - P11
	Perda de janela de oportunidade proporcionada pela PNSB	a. Escolhas da gestão quanto a aplicação dos recursos oriundos da PNSB
Ainda temos um caminho, [...] porque foi com a gestão da saúde bucal [em 2006] [...] quando o governo federal concebeu o Programa Brasil Sorridente, e ele trouxe uma oportunidade de financiamento para odontologia que antes não havia [...] então a gente tinha muita dificuldade com insumo, muita dificuldade de infraestrutura, a partir do Brasil Sorridente as coisas começaram a modificar, e aí nós recebemos financiamentos para implantação de CEO. - P05		
b. Emenda Constitucional 95: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento da saúde		É um município que sofre como todos os outros com um grave problema de subfinanciamento do SUS. - P01
		O recurso federal de custeio de eSB da ESF, é um recurso pequeno [...] não é suficiente para implantar tudo que se precisa. - P07
		O entrave, talvez, mais importante, tem a ver nos últimos anos com o declínio do financiamento. - P03
		Então eu não vejo uma grande esperança, que essa possibilidade, de isso ocorrer agora. Ainda mais [...] com a Emenda constitucional 95 que congelou o gasto público nos próximos 19 anos. - P01

Fonte: Autores.

dições responsáveis pela manutenção do modelo biomédico, centrado na alta e média complexidade. O financiamento da saúde do município responde a essas prioridades restando insuficientes recursos para a atenção primária. Em função disso, a atenção básica obteve um crescimento tímido ao longo do tempo e apresenta infraestrutura inadequada em grande parte das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dificultando a organização da atenção à saúde bucal na ESF. Na atenção primária, a atenção à saúde bucal é precarizada e é descrita como onerosa e de difícil manutenção.

A segunda categoria *Modelo assistencial defendido pela gestão centrado na clínica odontológica* diz respeito ao processo de gestão e de tomada de decisão em relação aos serviços de saúde bucal. As subcategorias que explicam esta categoria são: a) modelo assistencial da saúde bucal na atenção primária organizado segundo polos regionais; b) gestão da saúde bucal verticalizada e desarticulada; c) a proposta de inserção da eSB na ESF defendida pela gestão não busca a reorientação do modelo assistencial.

Na gestão da atenção à saúde bucal a oferta de serviços odontológicos na atenção básica foi organizada em polos regionais com Unidades Odontológicas Regionais (UOR), localizadas nos mesmos espaços físicos dos CEO. A justificativa para essa decisão foi aproveitar os espaços com boa infraestrutura com direcionamento de recursos adicionais. Essas unidades de produção de serviços, na perspectiva de alguns atores da gestão, garantiriam o cuidado integral e continuado com a ampliação do acesso à população para áreas do município não cobertas pela atenção básica. A organização dos polos regionais se colocou em contraposição à expectativa de alguns gestores e do CMS pela inserção da atenção à saúde bucal na ESF.

A proposta de inserção da atenção à saúde bucal na ESF é colocada como uma possibilidade, haja vista as iniciativas da gestão como estudo de impacto financeiro e no campo burocrático. Entretanto, ela não busca a superação do modelo, uma vez que carece de uma perspectiva universal e mantém a centralidade da atenção na clínica odontológica.

Com a teorização foi possível fundamentar que a gestão da saúde bucal na SMS do município é verticalizada e desarticulada. A atenção secundária e a terciária são de responsabilidade do Departamento de Saúde Bucal (DSB) e a atenção primária submete-se à Gerência de Atenção Primária da Subsecretaria de Atenção à Saúde. Foram identificados problemas de comunicação

entre setores e níveis de gestão quanto a proposição e acompanhamento dos programas e ações.

A categoria *Diferentes concepções do modelo de atenção à saúde bucal* mostra a disposição presente no CMS pela inserção da saúde bucal na ESF e a posição crítica em relação à implantação dos polos regionais. A categoria apresenta três subcategorias: a) a concepção de modelo assistencial do CMS é contra hegemônica; b) a expectativa do CMS pela inserção das eSB na ESF não encontra respaldo na população e entre os CD do serviço; c) modelo assistencial na saúde bucal atende ao perfil profissional e às expectativas dos CD do serviço.

Os resultados indicam que o CMS possui uma concepção de modelo assistencial orientada pelo princípio da integralidade do cuidado e defesa do fortalecimento da saúde bucal na APS. Essa concepção é contra hegemônica e oposta à organização dos polos regionais, o que tem levado a embates com a gestão municipal. Entretanto, há dúvida quanto à existência de uma posição consolidada no CMS sobre a questão. A posição não seria do CMS, mas de alguns representantes atuantes no Conselho e em composição com o sindicato dos odontologistas.

A proposta de inserção da saúde bucal na ESF, apresentada pelo CMS em 2001 se mantém há 20 anos na Lei de Diretrizes Orçamentárias, na Lei Orçamentária Anual e nas Programações Anuais de Saúde. Em 2016 o legislativo municipal aprovou a inserção da atenção à saúde bucal na ESF e a extensão de jornada dos CD para 40 horas. Em 2019 houve um estudo do impacto orçamentário da implantação de algumas eSB na ESF que não resultou em um movimento efetivo da gestão pela mudança do modelo. A não ocorrência de registros em relação à saúde bucal na ouvidoria municipal indicaria ausência de demanda pela melhoria ou mudança nos serviços de saúde bucal.

Não há mobilização entre os CD pela inserção da atenção à saúde bucal na ESF, e transparece um certo comodismo dos profissionais em não se engajarem em mudanças na atenção à saúde bucal. Essa concepção é reforçada pelo fato desses profissionais terem alcançado a redução de jornada de trabalho semanal de vinte horas para doze horas e trinta minutos, sem perda de vencimentos.

A categoria *Perda de janela de oportunidade proporcionada pela PNSB* apresenta fatores internos do município que resultaram na perda de oportunidade do fortalecimento da saúde bucal na APS e de financiamento para a implantação da política. Também apresenta fatores externos

relacionados à conjuntura macropolítica e econômica do país, como dificultadores do processo de inserção da saúde bucal na ESF. A conjuntura do desfinanciamento recente foi mais sentida porque faltou o investimento em períodos anteriores. A essa categoria foram associadas como subcategorias: a) escolhas da gestão quanto a aplicação dos recursos oriundos da PNSB e b) Emenda Constitucional 95: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento da saúde.

A PNSB permitiu ao município a compra de equipamentos odontológicos e de insumos e a implantação de novos CEO. Embora com maior aporte de recursos financeiros do governo federal, a proposta de inserção da saúde bucal na ESF não avançou em função dos custos municipais com insumos e mão de obra profissional. A partir da Emenda Constitucional 95 houve uma redução do financiamento da saúde dificultando ainda mais o projeto de inserção da saúde bucal na ESF em tramitação na administração municipal.

Percebe-se que ao longo do período estudado (2001-2020) ocorreram mudanças na organização da SMS e os setores relacionados à saúde bucal e à APS mudaram de nomenclatura e de posição na estrutura administrativa. O organograma (Figura 1), construído a partir dos dados, apresenta a atenção à saúde bucal na estrutura organizacional da SMS.

Discussão

A teorização emergente permitiu a compreensão do fenômeno da não inserção da atenção à saúde bucal na ESF no município estudado. Os elementos que permitiram essa teorização foram identificados a partir da concepção de agentes sociais que protagonizaram relações conflituosas nos processos de organização da assistência à saúde bucal no município, nos últimos 21 anos. A não adesão do serviço de saúde bucal à ESF vai na contramão do que é preconizado pela PNSB⁷ tendo em vista que a Saúde da Família é uma estratégia para a qualificação e reorganização da atenção básica. A dificuldade nessa adesão é compartilhada por outros municípios brasileiros^{8,13,17,18}.

Municípios de médio e grande porte, que constituíam polos regionalizados do sistema assistencial do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com um aparato de serviços de média e alta complexidade²⁸ e contratualizações com a iniciativa privada²⁹, passaram pelo processo da municipalização

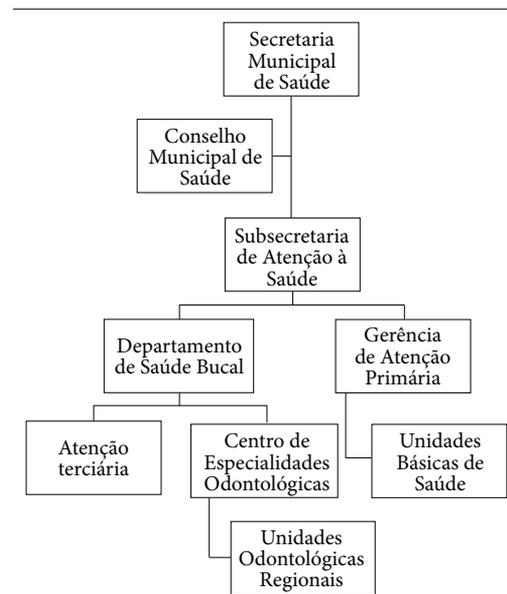


Figura 1. Organograma construído a partir dos dados, representa a Atenção à Saúde Bucal na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do município.

Fonte: Autores.

sem que houvesse uma mudança de modelo dos serviços de saúde²⁸. O município estudado foi um polo do INAMPS, permanece como referência na oferta de serviços de saúde pública e privada de alta e média complexidade e compartilha com outros municípios brasileiros a experiência de hegemonia da reprodução de práticas do modelo biomédico. A não superação desse paradigma tem consequências para a organização dos serviços e a prática dos profissionais de saúde^{12,13,15}.

A reprodução do modelo assistencial biomédico ocorre pela interação entre condições econômicas, políticas e sociais que favorecem sua manutenção¹⁵. Para romper com essa hegemonia é preciso o fortalecimento do papel do Estado e um projeto político que reorienta a organização do sistema em favor das necessidades de saúde da população³⁰. O ponto de partida para a mudança é assumir o conceito ampliado e a promoção da saúde na reorientação do modelo com adesão à ESF^{7,12,13,15,31}.

No município, o modelo assistencial biomédico é reproduzido na atenção à saúde bucal em desalinho ao que foi proposto originalmente nas diretrizes da PNSB. Segundo a PNSB⁷ o conceito

de cuidado e a concepção ampliada de saúde devem ser o eixo da atenção à saúde com ações de proteção e promoção da qualidade de vida.

A atenção à saúde bucal no município está organizada prioritariamente em polos regionais de atendimento clínico em UOR localizadas nos espaços ocupados pelos CEO e as equipes de saúde bucal estão presentes em menos da metade das UBS. A atenção à saúde bucal deve assumir um compromisso com a qualificação da atenção básica e garantir o princípio da integralidade, articular o cuidado individual com o coletivo, promoção e prevenção, o tratamento e a recuperação da saúde no território⁷. A organização segundo polos regionais concentra o atendimento clínico odontológico em equipamentos distantes das comunidades. Assim, não se promove a qualificação da atenção primária pelas ausências de vínculo e presença no território, trabalho multiprofissional e de ações de caráter intersetorial. Nos polos regionais, o cuidado à saúde bucal está reduzido ao atendimento centrado na clínica. A atenção à saúde bucal não deve se limitar ao atendimento clínico, mas considerar as necessidades de saúde, atuação na comunidade, ações preventivas e de educação em saúde³². A centralidade na clínica significa a não superação do modelo biomédico hegemônico e a concepção de saúde centrada na doença e em procedimentos^{13,15}.

No município, a implantação dos CEO foi prioritária para a gestão, entretanto não houve esforço correspondente na inserção da saúde bucal na ESF. Chaves *et al.*³³, no estado da Bahia, verificou que em municípios com a ESF há maior possibilidade de garantir a integralidade do cuidado. Nesse sentido, fica configurada a necessidade de a atenção primária na saúde bucal anteceder a implantação dos CEO.

Os municípios, proporcionalmente, têm maior gasto em saúde dentre as três esferas de governo³⁴. O subfinanciamento crônico do SUS impacta na manutenção da oferta do cuidado em saúde onde se inclui a remuneração dos profissionais⁴, com diminuição significativa nas perspectivas de ampliação de serviços de saúde bucal no país^{6,33,35}. O cenário da precarização da infraestrutura das UBS está presente em todo o território brasileiro³⁶ e impede a ampliação da atenção à saúde bucal na atenção primária.

Com a PNSB⁷, a gestão da saúde bucal no município teve a oportunidade de obter incentivos financeiros para implementação e expansão dos serviços de saúde bucal^{8,9,34}. Ao passo que muitos municípios brasileiros inseriram a saúde bucal na ESF com qualificação da atenção básica^{9,10,16,34}, o

município em estudo direcionou recursos para o fortalecimento e implementação dos CEO e consolidação das UOR, apesar de haver uma proposta oriunda do DSB, com apoio do CMS, para a inserção da saúde bucal na ESF.

No município não há mobilização dos CD vinculados ao serviço pela inserção da saúde bucal na ESF. Parece haver conformidade desses profissionais em relação ao modelo assistencial estabelecido pela gestão. Essa postura pode estar associada à formação profissional marcada pela especialização onde prevalece a prática curativista e tecnoassistencial^{5,8,12,37}. Nesse sentido, o CD pode apresentar baixa adesão para o serviço público pois essa ocupação não responderia às expectativas de realização profissional³⁸. É preciso que haja uma formação pautada nos fundamentos da ESF e na produção do cuidado, em que a centralidade na clínica seja o usuário^{12,39}. Chaves e Silva³⁸ apontam que a hegemonia do setor privado parece influenciar a prática dos CD no setor público. A redução de carga horária semanal concedida em 2016 aos CD no município, pode indicar uma predileção de atuação profissional na clínica privada, estando de acordo com o *modus operandi* da prática odontológica no Brasil^{12,14,37} e no mundo¹³, onde a oferta de serviços de mercado e a forte influência do modelo liberal na Odontologia ainda é predominante^{13,15}.

O projeto da gestão municipal de inserção da atenção à saúde bucal na ESF restrita às eSB em UBS de bairros com maior vulnerabilidade social e periféricos, com a manutenção da assistência odontológica nos polos regionais, é dissonante com o princípio da universalidade do cuidado⁷ e da forma como está proposto reforça o modelo de atenção à saúde bucal centrado na clínica odontológica. Sua compreensão remete à discussão sobre APS seletiva trazida por Mendes⁴⁰ como um programa focalizado, específico, destinado a populações e regiões pobres, oferecendo um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo. A concepção de APS deve superar esse conceito restritivo para tornar-se espaço ordenador da atenção à saúde em Rede⁴⁰. Este projeto está sendo discutido com o CMS e elaborado desde o ano 2001, demonstrando morosidade na tomada de decisão. Em parte, isso pode ser explicado pela desarticulação entre os setores da gestão da saúde bucal no município. O fato de a atenção à saúde bucal ser gerida por dois setores na gestão municipal dificulta os processos de planejamento, monitoramento e avaliação. A qualificação da APS, como parte da PNSB, exige forte engajamento e decisão de gestores e profissionais da equipe^{8,15}.

A gestão verticalizada, além de comprometer a proposição participativa e democrática das políticas públicas⁷, pode ocasionar a desmotivação, falta de comprometimento dos profissionais e falhas na oferta dos serviços⁴¹. No município, além da gestão ser exercida de forma centralizada e desarticulada, também existe o distanciamento em relação ao controle social. Essa condição dificulta a participação popular na gestão do SUS, respostas efetivas aos problemas de saúde, e a definição de modelos de atenção e gestão segundo as demandas sociais e necessidades de saúde⁸.

A cultura participativa e os conselhos como inovação na governança da saúde no Brasil^{2,4}, apresentam desafios em relação a sua representatividade e à comunicação entre atores e instituições^{42,43}. No município, a cristalização das posições de conselheiros dificulta a publicização dos interesses da população. O vínculo frágil entre representados e representantes fragiliza a defesa de interesses comuns e dificulta a construção coletiva de um projeto social e político⁴².

O posicionamento institucional do CMS é contrário ao modelo de atenção à saúde bucal centrado na clínica odontológica e defendido pela gestão municipal. Esse posicionamento poderia fortalecer as posições favoráveis à inserção da saúde bucal na ESF⁷. Entretanto, o consenso dessa posição no CMS é incerto e frágil. A inserção da saúde bucal na ESF é defendida por um dos integrantes do controle social e compartilhada por profissionais vinculados ao sindicato dos odontologistas. Magalhães e Xavier⁴⁴ encontraram como ponto crítico na atuação do CMS de JF a assimetria discursiva entre atores do controle social e a necessidade de maior engajamento da sociedade em relação aos seus reais interesses.

No município não foram registradas iniciativas da população que reivindicassem mudanças nos serviços de saúde bucal o que aponta para a necessidade de ampliar o debate da valorização da saúde bucal como um direito a ser reivindicado junto às estruturas da governança do serviço público⁴⁵. Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos que indiquem estratégias para sustar a reprodução do modelo de atenção à saúde bucal vigente, engajar a governança municipal com as orientações da PNSB e o exercício da gestão participativa. No mesmo sentido, constitui um desafio o fortalecimento do controle social em direção ao reconhecimento da saúde bucal como um direito.

O estudo apontou a necessidade de se estabelecer a Rede de Atenção à Saúde Bucal⁴⁰, pois a implantação das eSB na ESF não pode ser burocrática, mas parte de um conjunto de iniciativas na consecução da PNSB. Embora o cenário de desfinanciamento federal da saúde^{2,6,4} prejudique a manutenção e ampliação dos serviços de atenção à saúde bucal³⁵, o município deve estabelecer prioridades para a garantia da atenção à saúde com qualidade. Mobilizar atores sociais e fortalecer o controle social em direção a uma consciência sanitária é fundamental para o exercício da cidadania, do enfrentamento das iniquidades e desigualdades e manutenção da saúde como um direito.

Conclusão

A teorização permitiu a identificação da origem das condições do fenômeno estudado e poderá contribuir para tomada de decisões dos atores sociais em futuras ações políticas. A concepção hegemônica doença-centrada dos atores sociais do município contribuiu para a não inserção da atenção à saúde bucal na ESF. As consequências dessa concepção são observadas na orientação do modelo de atenção à saúde bucal, que está em desalinhamento histórico com o preconizado pelas políticas nacionais antes da aprovação da EC 95.

O estudo aponta a reprodução do *modus operandi* da prática tecnicista que espelha a clínica e o modelo liberal de odontologia observado, hegemonicamente, inclusive em países que possuem sistemas universais e tratam a saúde como um direito. Nesta direção, se faz necessário que a PNSB se torne uma política de Estado, a fim de consolidar o modelo de atenção à saúde pautado na defesa da vida, dos determinantes sociais, e que a saúde bucal seja entendida como um direito social para toda a população, dentro de um sistema universal, público e de qualidade. É preciso um projeto político que contraponha o desfinanciamento da saúde e o desmonte do SUS. A saúde bucal coletiva deve ser norteadora nos processos de formação profissional, sendo imprescindível o trabalho em equipe, o cuidado integral, o direcionamento trazido no conceito ampliado de saúde e a promoção da saúde.

Colaboradores

EL Pinheiro trabalhou na concepção, metodologia, coleta e análise dos dados e redação. JHL Amaral trabalhou na concepção, metodologia, análise dos dados, redação e revisão do texto. M Vasconcelos trabalhou na análise dos dados, metodologia e revisão do texto. VE Gomes trabalhou na concepção, metodologia, análise dos dados e revisão. FF Mattos trabalhou na análise dos dados. CPS Andrade trabalhou na coleta e análise dos dados e metodologia.

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
2. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* 2019; 394(10195):345-356.
3. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saude Debate* 2016; 40(108):204-218.
4. Paim JS. Thirty years of the Unified Health System (SUS). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1723-1728.
5. Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2015; 15 dez.
6. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade. *Saude Debate* 2019; 43(n. esp. 5):58-70.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
8. Scherer CI, Scherer MD. Advances and challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. *Rev Saude Publica* 2015; 49:98.
9. Pucca Jr GA, Gabriel M, Araujo ME, Almeida FC. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res* 2015; 94(10):1333-1337.
10. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF, Barros SG, Santos CML. Oral health policy in Brazil between 2003 and 2014: scenarios, proposals, actions, and outcomes. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1791-1803.
11. Soares CL, Paim JS. Critical issues for implementing oral health policy in the city of Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(5):966-974.
12. Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saude Soc* 2015; 24(11):273-284.
13. Sousa Néttó OB, Chaves SCL, Colussi CF, Pimenta RMC, Bastos RS, Warmling CM. *Diálogos bucais. Reflexões em tempos pandêmicos*. São Paulo: Editorial Pimenta; 2021.
14. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros TRA. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 2):76-91.
15. Fertoni HP, Pires DE, Biff D, Scherer MD. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Cien Saude Colet* 2015; 20(6):1869-1878.
16. Aquilante AG, Aciole GG. Building a "Smiling Brazil"? Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of São Paulo. *Cad Saude Publica* 2015; 31(1):82-96.

17. Caldas AS, Cruz DN, Barros SG, Rossi TRA, Chaves SCL. The oral health policy in a municipality of Bahia: the agents of state bureaucracy. *Saude Debate* 2018; 42(119):886-900.
18. Mattos GC, Ferreira EF, Leite IC, Greco RM. The inclusion of the oral health team in the Brazilian Family Health Strategy: barriers, advances and challenges. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):373-382.
19. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
20. Charmaz K. *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. São Paulo: Artmed; 2009.
21. Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):105-114.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Juiz de Fora - População estimada* [Internet]. 2020 [acessado 2021 fev 11]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>.
23. Chaves ST. Estudo de caso a cidade de Juiz de Fora, MG: sua centralidade e problemas socioeconômicos. *Rev GEOMAE* 2011; 2(n. esp. 1):155-170.
24. Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. *Plano de Saúde 2014-2017* [Internet]. 2012 [acessado 2021 ago 10]. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/arquivos/plano_saude_2014_2017.pdf.
25. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
26. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract* 2018; 24(1):9-18.
27. Sah LK, Singh DR, Sah RK. Conducting Qualitative Interviews using Virtual Communication Tools amid COVID-19 Pandemic: A Learning Opportunity for Future Research. *J Nepal Med Assoc* 2020; 58(232):1103-1106.
28. Teixeira CF. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. *Rev Bras Enferm* 1991; 44(1):10-15.
29. Marques R. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *PPP* 2017; 49:35-53.
30. Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA; 2006.
31. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. *J Hum Growth Dev* 2016; 26(1):11-20.
32. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica* 2010; 44(2):360-365.
33. Chaves SC, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo AC, Moura BL, Cangussu MC. Brazilian Oral Health Policy: factors associated with comprehensiveness in health care. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6):1005-1013.
34. Santos JLD, Ferreira RC, Amorim LP, Santos ARS, Chiari APG, Senna MIB. Oral health indicators and sociodemographic factors in Brazil from 2008 to 2015. *Rev Saude Publica* 2021; 55:25.
35. Rossi TRA, Lorena Sobrinho JE, Chaves SCL, Martelli P JL. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12):4427-4436.
36. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF, Campos EMS, Mota PHS. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad Saude Publica* 2019; 35(2):e00099118.
37. Narvai PC. Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality. *Rev Saude Publica* 2006; 40(n. esp.):141-147.
38. Chaves SC, Silva LMV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Cien Saude Colet* 2007; 12(6):1697-1710.
39. Graff VA, Toassi RFC. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. *Rev ABENO* 2018; 17(4):63-72.
40. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: OPAS; 2012.
41. Andraus SHC, Ferreira RC, Amaral JHL, Werneck MAF. Organization of oral health actions in primary care from the perspective of dental managers and dentists: process of work, planning and social control. *Rev Gaucha Odontol* 2017; 65(4):335-343.
42. Paiva FS, Van Stralen, CJ, Costa PH. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):487-498.
43. Ventura CAA, Miwa MJ, Serapioni M, Jorge MS. Participatory culture: citizenship-building process in Brazil. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(63):907-920.
44. Magalhães FGGP, Xavier SX. Processo participativo no controle social: um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (MG). *REAd* 2019; 25(1):179-212.
45. Godoi H, Castro RG, Santos JLDG, Moyses SJ, Mello ALSF. Obstacles to public governance and their influence on oral healthcare in the state of Santa Catarina, Brazil. *Cad Saude Publica* 2020; 36(11):e00184719.

Artigo apresentado em 12/08/2021

Aprovado em 26/09/2022

Versão final apresentada em 28/09/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva