

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS**

**DIOGO DE SOUZA VARGAS**

**POR UM “BRASIL SORRIDENTE”: ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SAÚDE BUCAL EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ**

Campos dos Goytacazes  
2022

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS**

**DIOGO DE SOUZA VARGAS**

**POR UM “BRASIL SORRIDENTE”: ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE  
BUCAL EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF como requisito parcial para obtenção do título de Doutorado em Políticas Sociais.

Centro de Ciências do Homem/CCH

Campos dos Goytacazes, RJ  
Agosto, 2022

**POR UM “BRASIL SORRIDENTE”: ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SAÚDE BUCAL EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ**

**DIOGO DE SOUZA VARGAS**

**Tese de Doutorado apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Políticas Sociais da  
Universidade Estadual do Norte Fluminense  
Darcy Ribeiro/UENF como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutorado em  
Políticas Sociais.**

APROVADA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes  
Universidade Federal Fluminense (UFF)

---

Prof. Dr. Nilo Lima de Azevedo  
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

---

Prof. Dr. Fábio Py Murta de Almeida  
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

---

Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano (Orientador)  
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

*À mulher da minha vida, companheira, conselheira e amiga. Que sempre acreditou no meu potencial, que sempre esteve ao meu lado, que sempre me ajudou a reerguer e a levantar a poeira da vida, nos momentos de desânimo e de fraqueza. Annabelle: Eu te amo, com todas as letras.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, pela luz concedida. Tua presença em minha vida é constante.*

*Ao meu orientador, Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano, pelos ensinamentos. Apesar de todo o sacrifício, por deveras recompensador, a batalha foi divertida.*

*Aos professores do curso de Pós-Graduação em Políticas Sociais da UENF, que direta ou indiretamente contribuíram para a construção desta obra.*

*Aos colegas de curso, que de forma interdisciplinar, na pluralidade de ideias, de conceitos e de objetivos, enriqueceu por demais minha vida.*

*À Subsecretaria da Atenção Básica, pelo incentivo à qualificação profissional: investimento incalculável no progresso da saúde pública.*

*Aos entrevistados. Obrigado por acreditarem no trabalho, confienciando relatos que por ora serão publicizados no bojo dos princípios éticos. Sem vocês nada teria sentido.*

*Aos meus pais, Antonio Carlos e Léa Mery, pelo apoio irrestrito às escolhas na minha vida. Estejam seguros que o papel de pai e de mãe, primordial à construção de um indivíduo, está sendo realizado com sucesso. Amo vocês.*

*Ao meu irmão, Leano Vargas. Um cara divertido, que aproveita a vida com responsabilidade e que sei que posso sempre confiar. Agradeço o apoio irrestrito às minhas decisões. Você é o cara.*

*A minha cunhada, Brunnelly, por admirar minha garra e dedicação, tão vital para me nutrir de força e assim continuar essa árdua caminhada.*

*Ao meu sogro, Gilson, e a minha sogra, Valdemira, que sempre respeitaram meus objetivos, confiando no meu potencial e creditando minhas escolhas.*

*Aos cunhados, Matheus e Inácia. Agradeço a compreensão de que ausências familiares frente aos compromissos são por vezes perdoados. Que venham momentos felizes e compensatórios.*

*Aos meus sobrinhos queridos, Pedro e Lucas. Que daqui a alguns anos vocês possam ler este trabalho e dizer orgulhosos: “Padrinho quem fez”.*

*Aos meus amados filhos, Anna Catarina e Henrique. Se por um lado, devido aos nascimentos no decorrer desta caminhada, o tempo tornou-se mais escasso para a dedicação acadêmica; por outro, nos simples gestos de carinho, vocês renovaram minha disposição. Acordar às 03:00 horas, entre uma mamada e uma troca da frada, oportunizou a escrita e o desenvolvimento deste trabalho. Amo vocês, é por vocês e é para vocês.*

*Finalmente e de forma especial, a minha amada esposa Annabelle Vargas. Agradeço a paciência em ouvir-me atentamente, em incentivar-me constantemente, e em iluminar caminhos que por vezes pareciam sombrosos. Sem você não estaria aqui. Obrigado, obrigado, obrigado.*

## RESUMO

VARGAS, D. S. **Por um “Brasil Sorridente”**: acesso às Políticas Públicas de Saúde Bucal de Campos dos Goytacazes/RJ. 2022. 244 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF, Campos dos Goytacazes, 2022.

A presente pesquisa objetiva compreender, sob o olhar do acesso, a organização, o planejamento e a execução da política pública de Saúde Bucal do município de Campos dos Goytacazes/RJ. Trata-se de um estudo que utiliza como percurso a triangulação das análises de entrevistas semiestruturadas com gestores públicos municipais da Saúde Bucal, Cirurgiões-dentistas e cidadãos que utilizam, ou que deveriam utilizar, dos serviços nas unidades de saúde selecionadas; juntamente com as observações direta nestas instituições; e o levantamento bibliográfico acerca da condução desta política municipal, tendo como referência os caminhos trilhados no âmbito nacional. Acredita-se, assim, ter dados para dimensionar o histórico e o atual comportamento municipal da referida Política Social, não se furtando da obtenção de dados adicionais em caso de necessidade, e considerando a empiria do autor. Para tanto, utiliza-se como contraponto avaliativo a apresentação dos percursos das políticas públicas de Saúde Bucal no Brasil pós-Constituição Federal, ratificando os principais acontecimentos no setor dos dois últimos decênios, trazendo a discussão dos fatos para o campo local. A execução da determinada Política Social, expressa questões de valores morais e políticos relacionados ao que a sociedade, incluído gestores, profissionais e cidadãos, entendam ser justo e/ou moralmente necessário prover, proteger ou corrigir. Contudo, acredita-se no desenvolvimento das políticas de Saúde Bucal como protetora social, na medida em que reflete não apenas na condição biológica do indivíduo, mas que expressam fatos e representações sociais de um território “vivo”, dinâmico e multifacetado – utilizando do conceito de “bucalidade”. Importa compreender o contexto socioeconômico e político local, no intuito de identificar os desafios no enfrentamento das desigualdades de acesso aos serviços odontológicos, sobretudo no que compete às ferramentas de regulação e à participação social nas políticas do setor, na pretensão de dimensionar as diretrizes do “Brasil Sorridente” na esfera municipal, sendo as principais: universalidade, integralidade e equidade. Nesta monta, a referida política pública no município estudado apresenta-se em desacordo com os propósitos regimentais de sua condução, bem como diverge do verdadeiro objetivo de uma política social, dada a distância destes serviços aos mais vulneráveis desta atenção, carecendo de avanços no enfrentamento, sobretudo, da desigualdade do acesso.

**Palavras-chave:** Políticas Sociais, Programa Brasil Sorridente, Acesso.

## ABSTRACT

VARGAS, D. S. **For a “Smiling Brazil”:** access to Public Policies on Oral Health in Campos dos Goytacazes/RJ. 2022. 244 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF, Campos dos Goytacazes, 2022.

This research aims to understand, from the perspective of access, the organization, planning and execution of the public policy on Oral Health in the municipality of Campos dos Goytacazes/RJ. This is a study that uses as a route the triangulation of the analysis of semi-structured interviews with municipal public managers of Oral Health, Dental Surgeons and citizens who use, or who should use, the services in the selected health units; along with direct observations at these institutions; and the bibliographic survey about the conduction of this municipal policy, having as a reference the paths taken at the national level. It is believed, therefore, to have satisfactory data to scale the history and current municipal behavior of the aforementioned Social Policy, not avoiding obtaining additional data in case of need, and considering the author's empirical work. In order to do so, the presentation of the paths of public policies on Oral Health in Brazil after the Federal Constitution is used as an evaluative counterpoint, ratifying the main events in the sector in the last two decades, bringing the discussion of the facts to the local field. The execution of a certain Social Policy expresses questions of moral and political values related to what society, including managers, professionals and citizens, understand to be fair and/or morally necessary to provide, protect or correct. However, it is believed in the development of Oral Health policies as a social protector, insofar as it reflects not only on the biological condition of the individual, but that they express facts and social representations of a "living", dynamic and multifaceted territory - using the concept of “bucality”. It is important to understand the local socioeconomic and political context, in order to identify the challenges in facing inequalities in access to dental services, especially with regard to regulatory tools and social participation in sector policies, with the intention of dimensioning the guidelines of the "Brasil Sorridente” in the municipal sphere, the main ones being: universality, integrality and equity. In this amount, the referred public policy in the studied municipality is in disagreement with the regimental purposes of its conduct, as well as diverges from the true objective of a social policy, given the distance of these services to the most vulnerable of this attention, lacking advances in the confrontation , above all, the inequality of access.

**Keywords: Social Policies, “Programa Brasil Sorridente”, Access.**

## LISTA DE SIGLAS

<b>ABS</b>	Atenção Básica à Saúde
<b>Abrasco</b>	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>ASB</b>	Auxiliar de Saúde Bucal
<b>BNDES</b>	Banco Nacional do Desenvolvimento
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>Cebes</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CD</b>	Cirurgião-dentista
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CIDAC</b>	Centro de Informações e Dados de Campos
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CMS</b>	Conselho Municipal de Saúde
<b>CNE</b>	Conselho Nacional de Educação
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
<b>DAB</b>	Departamento da Atenção Básica
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DSS</b>	Determinantes Sociais da Saúde
<b>EACS</b>	Estratégia de Agente Comunitário de Saúde
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>ESFSB</b>	Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal
<b>Fiocruz</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FTS</b>	Força de Trabalho em Saúde



<b>GF</b>	Governo Federal
<b>HumanizaSUS</b>	Política Nacional de Humanização
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IES</b>	Instituição de Ensino Superior
<b>LAI</b>	Lei de Acesso à Informação
<b>LRPD</b>	Laboratório Regional de Prótese Dentária
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>MEDLINE</b>	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
<b>MRSB</b>	Movimento de Reforma Sanitária Brasileira
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>Nepp</b>	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não-Governamental
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>OS</b>	Organizações Sociais
<b>OSCIP</b>	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
<b>PIASS</b>	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PMAQ-AB</b>	Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica
<b>PNAB</b>	Política Nacional da Atenção Básica
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PNS</b>	Política Nacional de Saúde
<b>PROVAB</b>	Programa de Valorização da Atenção Básica
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>PT</b>	Partido dos Trabalhadores
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde

<b>RSB</b>	Reforma Sanitária Brasileira
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SIMEC</b>	Sindicato dos Médicos de Campos dos Goytacazes
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCU</b>	Tribunal de Contas da União
<b>TSB</b>	Técnico em Saúde Bucal
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UBS's</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>UBSF</b>	Unidade Básica de Saúde da Família
<b>UF</b>	Unidade Federativa

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 01:</b> Sistematização dos achados bibliográficos e aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão	93
<b>QUADRO 02:</b> Porcentagem das categorias de análise segundo a busca realizada de estudos sobre a SB	94
<b>QUADRO 03:</b> Principais acontecimentos para o processo de municipalização da saúde pública e da Saúde Bucal no Brasil	117
<b>QUADRO 04:</b> Quantitativo de UBS municipais e de profissionais CD segundo aplicação de critérios de inclusão e de exclusão. Campos dos Goytacazes/RJ, 2022.	124
<b>QUADRO 05:</b> Apresentação das UBS municipais com SB segundo a distância da SMS de Campos dos Goytacazes/RJ e a aplicação dos critérios de exclusão e de inclusão da pesquisa.	129
<b>QUADRO 06:</b> Disposição geográfica das UBS de Campos dos Goytacazes/RJ.	131
<b>QUADRO 07</b> – Apresentação dos principais estudos e suas contribuições sobre o acesso à Saúde Bucal no Brasil	180

## SUMÁRIO

<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	12
<b>CAPÍTULO 01 - PARA ALÉM DA CADEIRA ODONTOLÓGICA: PASSOS DE UM CIRURGIÃO-DENTISTA INQUIETO</b>	41
<b>CAPÍTULO 02 – CONCEITOS E MARCOS DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL</b>	67
<b>2.1 ARCABOUÇO CONCEITUAL</b>	76
<b>2.2 POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: DESAFIOS E TENDÊNCIAS A PARTIR DO ESTADO DA ARTE</b>	92
<b>2.2.1 Políticas de Saúde Bucal no Brasil: análise das publicações entre 2000 e 2010</b>	96
<b>2.2.2 A função social da boca e as desigualdades entre o legislado e o evidenciado: estudos publicados entre 2010 e 2019</b>	101
<b>CAPÍTULO 03 – DO BRASIL AO TERRITÓRIO: DAS DIRETRIZES À REALIDADE DO ACESSO EM SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ</b>	109
<b>3.1 GEOGRAFIA NA SAÚDE E SAÚDE NA GEOGRAFIA: PERSPECTIVAS E IMBRICAMENTOS PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE</b>	113
<b>3.2 RECORTE TEMPORO-ESPACIAL E A DISPONIBILIDADE NA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE BUCAL</b>	120
<b>3.3 DESFECHO DO CAPÍTULO: EVIDÊNCIAS DO TRABALHO DE CAMPO NAS UNIDADES DE SAÚDE</b>	132
<b>CAPÍTULO 04 - OS ATORES E A PESQUISA EM AÇÃO: PONTOS EM COMUM E NUANCES DE UMA POLÍTICA PÚBLICA MUNICIPAL</b>	141
<b>4.1 TRAJETO E PERSPECTIVAS DO PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE: COM A PALAVRA OS “PROFISSIONAIS GESTORES” E OS “PROFISSIONAIS DA PONTA”</b>	146
<b>4.2 O CIDADÃO E A CIDADANIA: OS ATORES E SEUS ATOS PARA A MELHORIA DA SAÚDE BUCAL DO TERRITÓRIO</b>	174

<b>CAPÍTULO 05 - PROPOSTAS, CONSIDERAÇÕES E CAMINHOS PARA O BRASIL SORRIDENTE EM CAMPOS DOS GOYTACAZES</b>	194
<b>5.1 A SB DE CAMPOS DOS GOYTACAZES SOB A LUZ DO BRASIL SORRIDENTE</b>	198
<b>5.2 PROPOSTAS PARA A POLÍTICA SOCIAL LOCAL</b>	202
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	208
<b>REFERÊNCIAS</b>	216
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS</b>	244

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encontrar um ponto inicial, no verdadeiro sentido da palavra, em que não se esqueça de eventos anteriores, ou em que não se aborde fatores relevantes de uma forma incompleta ou ainda que de maneira insuficiente: tudo parece começar – licença ao trocadilho - pelo primeiro parágrafo. Pois bem, aqui estou.

Já informo ao leitor que embora a grande parte do texto carregue uma impessoalidade na escrita, até mesmo por questões teórico-metodológicas inexoráveis à pesquisa, aqui se terá e que também ficará evidenciado no capítulo primeiro, um “transbordar de pessoalidade”, eu diria. Dito isto, ao mesmo passo em que situo o local de fala do autor, do pesquisador, do profissional e do ser humano que escreve, peço licença para a abordagem em primeira pessoa, na certeza de que o momento carece de uma maior intimidade que a formalidade permite, retornando a impessoalidade sempre que possível.

Segundo Demo<sup>1</sup> (2002), a gestão da autonomia - acredito este ser o verdadeiro desafio desde os primeiros parágrafos e que percorrerá o restante do texto - inicia no “saber pensar”, o que não se trata de uma questão contemplada nos bancos acadêmicos e que muito se afasta de algo a ser ensinado: trata-se de algo não reproduzível. Ao orientador cabe a importante e primordial função de “motivar, apontar, chamar a atenção, criticar, abrir oportunidades, avaliar” (DEMO, 2002, p. 19), resumido, mas não reduzido, ao papel de facilitador nesse intenso processo. Ao autor, a postura de saber “reconhecer rapidamente as relevâncias do cenário e tirar conclusões úteis” (DEMO, 2002, p. 17). Por se tratar de um ponto autoral e intrínseco a quem escreve, recorrer a eventos históricos e associar tais marcos aos questionamentos pessoais e que motivaram a evolução do estudo aqui em evidência, parece ser um próspero caminhar em busca da abordagem das angústias de um pesquisador.

O ratificado por Terrien e Nóbrega-Terrien (2004) sobre a lógica da construção de um capítulo, no qual denominam “estado da questão”, permite elucidar os primeiros passos de um escritor/pesquisador e que aqui me aproprio de suas contribuições. Para eles, deve-se considerar outros atributos para além do problema de pesquisa, estes pautados na trajetória de vida, constituída por “erros e acertos, encontros e perdas que envolvem diretamente sua subjetividade/objetividade”, e que implica em “inteligência, sensibilidade, criatividade,

---

<sup>1</sup> Para o autor, falta-nos, como regra, ambiente acadêmico adequado, diante de um modelo pedagógico arcaico (que aqui exponho de maneira geral a educação nacional e em todos os níveis), pautado mais na reprodução dos conteúdos do que o processo de questionamento e de reconstrução, levando prejuízos ao que o mesmo denomina de “gestar a autonomia” (DEMO, 2002, p. 95).

planejamento e buscas concretas”, acrescentado de uma dose significativa de “dedicação” (TERRIEN, J., e NÓBREGA-TERRIEN, 2004, p. 04).

Antes da primeira frase deste trabalho de Tese existir, a realização de um projeto estruturado possibilitaria uma trajetória, digamos, “tranquila” de pesquisa e de análise de dados – aqui, no interior desta tranquilidade se compreende a existência das tribulações comuns aos cursos de pós-graduação e que em nada assemelha a um comportamento livre de fatores estressantes, sobretudo inserido ao contexto de Pandemia de Covid-19. Tal fato será melhor elucidado adiante, justificando sua aparição inicial para demonstrar que trata-se de um marco no Mundo, capaz de alterar negativamente todos os setores de uma sociedade e não deixando à margem a produção científica, expressada no prejuízo da condução dos trabalhos de campo, por exemplo.

Esta seção será subdividida em duas partes, de forma a estruturar o que denomino “considerações iniciais”. Na primeira, serão expostos a hipótese, os objetivos, o percurso metodológico e as questões éticas da pesquisa em si; na etapa final apresenta-se, ainda de maneira sucinta, o arcabouço dos capítulos a serem desenvolvidos, apontando seus objetivos particulares e a contribuição de cada parte para a conjunta construção do proposto.

Cabe agora o abandono da escrita em primeira pessoa, sendo recorrido em excepcionalidades ao longo de todo o texto, na medida em que será exposto a hipótese, os objetivos, o percurso metodológico e as questões éticas da pesquisa em evidência. Passos que serão demonstrados nos parágrafos que seguem, sem a necessidade de uma apresentação em sessões específicas.

De antemão, vale registrar que os fatos que decorreram na origem e na escolha do tema de pesquisa aqui proposto percorrem os caminhos da formação profissional do autor-pesquisador: Cirurgião-dentista. Assim, sua realização pretende abarcar os campos das inquietudes e das curiosidades do autor, e que até então estavam limitados à busca de leitura congêneres e de momentos de reflexões no cotidiano do exercício da profissão. Logo, tem-se aqui implícito um objetivo pessoal, a ser desvendado no capítulo seguinte, cabendo ao tempo uma abordagem inicial do tema, e que se inicia com a apresentação da Política Nacional de Saúde Bucal, lançada em 2004, em Sobral/CE, e que apresenta estratégias para o enfrentamento das necessidades de saúde bucal da população brasileira (BARBOSA, 2015).

Esta política tem como principais propostas reorganizar os serviços públicos odontológicos com reorientação do modelo de atenção – visando qualificar a Atenção Básica e no fortalecimento da Estratégia Saúde Família (ESF), e ampliar o acesso à Atenção Especializada, por meio do incentivo à implantação de Centros de Especialidades

Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (BRASIL, 2004). Também é prioridade a fluoretação das águas de abastecimento público, como medida eficaz no combate da cárie dentária: maior problema de SB dos brasileiros (BARBOSA, 2015).

Assim, a referida política surge na intenção de revolucionar a SB no país até então, como algo nunca visto na história do setor no Brasil, o que se observou nas lutas para a implantação do SUS, e que veio a rebote nas políticas deste setor.

No documentário “Sorrisos reais: o retrato da desigualdade de acesso à saúde bucal no Brasil” (SOUZA e CARDOSO, 2021), Gilberto Pucca, então Coordenador Nacional de Saúde Bucal à época da implementação do Brasil Sorridente registrou a inovação desta iniciativa do governo federal, dizendo que “O Brasil Sorridente é a primeira política de SB no Brasil, os outros eram programas. Como política possui algumas vantagens [...]” (SOUZA e CARDOSO, 2021). Sobre as vantagens de ser uma política, pode-se resumir em: portarias ministeriais que a regem, fontes de financiamento, planejamento em médio e longo prazos, dentre outras.

Frazão e Narvai (2009), ao abordarem os vinte anos de luta pela política pública do SUS, retrataram que:

[...] O Programa Brasil Sorridente foi apresentado oficialmente como expressão de uma política subsetorial consubstanciada no documento 'Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal', definida no âmbito do governo Lula (2003-2006) logo após sua posse e integrada ao 'Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil' [...] Nesse documento, é enfatizada a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, sublinhada a busca de articulação com os setores da educação e da ciência e tecnologia, e são identificados os princípios norteadores e as linhas de ação previstas [...] (FRAZÃO e NARVAI, 2009, p. 69).

Desta forma, a utilização de alguns termos na escrita da política, ao passo em que demonstra a urgência e a necessidade de implantar mudanças no setor, também assume a postura de radicalizar para uma nova concepção e um novo formato de processo de trabalho em SB em detrimento do que vigorava até então. Na citação a seguir, os termos destacados exemplificam as angústias do que se tinha, e a vontade de propor mudanças substanciais no modelo de política pública.

[...] As diretrizes aqui apresentadas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais [...] No âmbito da assistência essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas



as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção [...] (Brasil, 2004, p. 03-04, grifo nosso).

Importante ressaltar que a política de fluoretação das águas de abastecimento está legalmente determinada desde 1974, pela Lei federal 6.050, de 24/5/74, regulamentada pelo Decreto 76.872, de 22/12/75, sendo obrigatória no Brasil, na existência de Estação de Tratamento de Água. Entretanto, tais exigências normativas ainda sofrem na sua concretização, quer seja no cumprimento expressivo da mesma – não sendo adição de flúor na água tratada; quer seja na cobertura da população brasileira com abastecimento de água tratada, o que, por si só, inviabiliza o contato frequente com o flúor e reduz o caráter preventivo e curativo da cárie dentária (NARVAI, 2000).

O Brasil Sorridente, portanto, denominação informal da PNSB, propõe garantir ações de promoção da saúde<sup>2</sup>, prevenção e recuperação das doenças de origem bucal dos brasileiros, o que é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população. O programa está articulado com outras políticas de saúde e demais políticas públicas, demonstrando que o seu caráter intersetorial, e que percorre dos princípios e diretrizes do SUS a serem colocados em prática aos atuais conceitos e medidas de saúde – pautados na compreensão dos determinantes sociais da saúde.

Segundo Barbosa (2015), a PNSB é fruto de uma luta histórica de trabalhadores da área, com intuito de se obter um modelo de atenção baseado nas reais necessidades da população, que amplie e qualifique o acesso à assistência, e que promova saúde e previna doenças. Assim, a implantação significou um marco na mudança do foco da atenção em SB, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que persiga a universalidade, a integralidade e a equidade, princípios caros a todos aqueles técnicos, acadêmicos e militantes que lutaram pela implantação do SUS no Brasil (BARBOSA, 2017), e que ainda distam de um ideal nos tempos atuais. Mais sobre esta política será trazido na análise e na discussão dos relatos das entrevistas, cabendo agora alguns estudos que permitem ilustrar a condição desta política no país.

Ao investigar a experiência vivida das doenças bucais no contexto da pobreza no Nordeste brasileiro, Moreira, Nations e Alves (2007) relataram que as desigualdades sociais se manifestam diretamente na percepção dos problemas odontológicos, e que o acesso a estes

---

<sup>2</sup> No decorrer do trabalho, “promoção da saúde” se apropria do conceito ampliado de saúde em que reforça a questão da saúde como direito; sendo o Estado provedor de políticas públicas que possam garantir qualidade de vida, e que significa a possibilidade de menor adoecimento, menor vulnerabilidade e menor exposição aos riscos.

serviços está inversamente proporcional à renda familiar. Os autores ratificam a necessidade de desenvolver políticas que reorganizem a assistência e as ações preventivas do setor, além de reportarem que “as políticas setoriais de Saúde Bucal não precisam esperar melhorias macroeconômicas para diminuição indireta dos problemas odontológicos” (p. 1.389). Complementam relatando que a experiência da “doença dentária” no Brasil segue questões sócio-econômicas, deixando marcas da iniquidade dos serviços públicos, o que deveria ser de direito universal, e que em muito prejudica a auto-estima e a inclusão social de cidadãos, por vezes já considerados vulneráveis por fatores outros.

Oliveira e Saliba (2005), ao analisarem a inserção da Saúde Bucal (SB) no Programa de Saúde da Família (PSF) de Campos dos Goytacazes/RJ demonstraram algumas limitações no desenvolvimento desta política social no município: (01) a resistência em seguir os preceitos normativos; (02) a focalização em atendimentos “curativistas”, em detrimento das ações preventivas; e (03) a contratação precária dos profissionais. Tais achados despertaram para a necessidade da consolidação do SUS local, em especial da SB, o que deveria respeitar os princípios organizativos estabelecidos por lei, sejam eles: Participação Popular, Integralidade, Equidade, Universalidade, Hierarquização e Regionalização (BRASIL, 1990).

Contudo, o que se observa, tanto de forma empírica – trato disso mais adiante, quanto a partir de análises de revisões bibliográficas a respeito da organização das políticas municipais de saúde, converge para o desvirtuamento dos princípios organizativos do SUS, ficando a população carente destes cuidados, o que deveria ser plenamente ofertado pelo estado segundo a “Constituição Cidadã” de 1988. Alguns estudos locais, de reflexões sobre as políticas de saúde do município de Campos dos Goytacazes/RJ, embasam e dão coro ao já apresentado por Oliveira e Saliba (2005): Lyra (2011); Silva (2012), Campos dos Goytacazes (2015), e Vargas, Campos e Vargas (2016).

Desta forma, as políticas públicas de saúde devem, como princípio básico e imprescindível, estimular ações que visem à redução das iniquidades sociais. Para tanto, torna-se necessário disponibilizar uma assistência que atue como promotora da qualidade de vida, e que sejam de caráter universal e integral aos povos – aos territórios, independente de classe social, ainda que buscando a equidade: o que confronta com as barreiras de acesso aos serviços públicos demonstrados nos estudos anteriores (OLIVEIRA e SALIBA, 2005; MOREIRA, NATIONS e ALVES, 2007; LYRA, 2011; SILVA, 2012; VARGAS, CAMPOS e VARGAS, 2016).

Outro ponto relevante sobre a efetividade das políticas públicas em SB é o exercício profissional frente aos problemas sociais de sua área de trabalho - de sua Unidade Básica de

Saúde (UBS): seu território de atuação. Neste ponto, espera-se que as entrevistas com os profissionais das UBS selecionadas possam clarificar as percepções dos mesmos quanto ao cuidado em saúde, na perspectiva de atuar como fomentador dos direitos sociais de uma população assistida. Importante que estes se comportem como instrumento incentivador e promotor de inclusão, proporcionado por uma assistência à SB de qualidade aos mais vulneráveis.

Martins *et al.* (2009), ao pesquisarem profissionais de Saúde Bucal de 40 municípios da região noroeste do estado de São Paulo, identificou que a maioria desconhece a própria competência e a responsabilidade no planejamento e na execução da assistência a saúde, bem como não compreendem os conceitos “equidade” e “participação social”, o que demonstra preocupação com temas relevantes à ideologia do SUS. Tal fato pode decorrer do despreparo formativo nas Ciências Humanas e Sociais deste público – focados no estudo e na execução da técnica operatória, decorrente de uma “ditadura da racionalidade fria” (BOFF, 1999, p. 99) dos currículos tradicionais.

Ao ponto em questão, cabe dimensionar o conhecimento do profissional de Saúde Bucal (SB) sobre a importância social de seu trabalho, e como o mesmo atua na garantia dos direitos de sua população assistida. Ainda: se o Cirurgião-dentista (CD) permite, ou se o mesmo possibilita a criação de espaços de diálogo com a comunidade em que atua, ou, ao menos, se reconhece a importância de ferramentas indutivas de controle social.

Para uma política social justa e equânime, carece aos dispositivos em que as mesmas são disponibilizadas, dentre outros, da implantação de espaços que permitam a reivindicação de melhorias em saúde, tais como locais de acolhimento de sugestões e/ou de ouvidorias locais, e que venham a corroborar no fortalecimento da participação social, bem como no processo de regulação dos serviços dispensados. Trata-se de um ponto fulcral em que se pretende investigar, uma vez que para dimensionar o que se tem realizado nas políticas de SB no município em questão torna-se imprescindível compreender como os diversos agentes sociais se comportam frente aos desafios da política social em voga.

Se por um lado tem-se a preocupação de ressaltar a condução das políticas de SB municipal, no sentido de compreender as principais ações do setor e de levantar apontamentos a respeito dos agentes engajados na gestão e na execução das ações e dos serviços de SB, diga-se: a participação dos gestores e dos profissionais de saúde envolvidos; por outro, e não menos importante, atenta-se para a investigação das atividades diretamente realizadas ou normativamente representadas dos usuários deste sistema público de saúde.

Sobre o último ponto, atenta-se de antemão que os usuários do sistema público de saúde somos todos, em alguma medida. Assim, a representatividade deste coletivo assume dimensões ilimitadas e que poderiam, devido a sua abrangência, prejudicar o andamento da pesquisa. Para tanto, procurou-se limitar “usuários” aos indivíduos que utilizam dos serviços de Saúde Bucal do município de Campos dos Goytacazes, e que ao mesmo tempo estejam adscritos aos territórios definidos, a ser demonstrado no recorte espacial apresentado adiante no percurso metodológico.

Aqui, o texto clama por uma retratação referente ao conceito “usuário”, considerando as inúmeras nomenclaturas congêneres, dado a particularidade e a representatividade de cada uma, e pontuando a preferência do autor.

Utilizando das peculiaridades da psicologia social, Spink (2015) frisa que a realidade na qual vivemos é performada em uma variedade de práticas, tendo como consequência uma realidade múltipla e que não implica *laissez-faire*, mas que tais práticas repercutem efeitos que extrapolam a situação imediata da ação, regado, por exemplo, nas conotações políticas envolvidas na polissemia de repertórios que circulam nos espaços da saúde habitados cotidianamente. Estas conotações, portanto, estão sob efeito dos jogos de posicionamento e permite reconhecer a partir de que posições nossos interlocutores falam e em que posições somos colocados.

Deste modo, cada um tem sua especificidade e não se trata apenas de questão semântica, pois as denominações propiciam e induzem diferentes maneiras de olhar e de compreender os objetos nomeados, ou como a realidade é construída. É com este intuito, de tratar as especificidades semânticas, que o texto segue na apresentação das diversas “nomenclaturas” impostas àquele ser que procura por serviços de saúde.

- **Paciente:** relacionado com a pessoa que tem paciência, sereno, conformado, passivo na busca por seus direitos e hierarquicamente inferior em relação ao profissional. A origem do termo refere-se à palavra *sofredor*, do latim: *patiens*, de *patior*, que significa sofrer.

- **Cliente:** procede do vocabulário da economia liberal de mercado, implicando à pessoa que acessa aos serviços de saúde, em certa medida, o caráter de consumidor, e à saúde, a característica de um bem de consumo, não de direito social.

- **Usuário:** que usa ou desfruta de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular. Termo amplo, que ultrapassa o ideário passivo ou liberal e avança para uma concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania, ainda que conote ao “uso” do serviço, e que parece excluir o que faz opção por não usar e/ou o que não consegue acessar tais serviços, independente dos motivos. Termo mais presente no

cotidiano das práticas de profissionais da saúde pública e de pesquisadores da saúde coletiva no Brasil.

- **Sujeito:** elemento conceitual centrado nas atuais e progressistas proposições no campo da saúde. Segundo Ayres (2001), há dois tópicos fundamentais onde encontramos “esse sujeito” nos discursos da saúde. O primeiro é relativo à identidade dos destinatários das práticas – “ao ser autêntico, dotado de necessidades e valores próprios, origem e assinalação de sua situação particular” (p. 65). O segundo é relativo à ação transformadora, “o sujeito como o ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio devir” (p. 65).

- **Cidadão:** aquele que, em uma comunidade política, goza não só de direitos civis (liberdades individuais) e políticos (participação política), mas também de direitos sociais (trabalho, educação, habitação, saúde e prestações sociais) (CURY, 2005). Diante da colocação “comunidade política”, percebe-se tendência na utilização ao abordar pessoas partícipes de uma sociedade, ainda que na menor escala possível, conotando inclusive aos aspectos urbanos.

- **Indivíduo:** segundo Duarte (2003), indivíduo se apresenta apenas em sua condição de instância “infra-social”, dando aspecto de um organismo biológico e como mero substrato concreto para a imposição do estatuto social.

- **Pessoa:** designa uma unidade socialmente investida de significação, que ecoa a “teoria do Homo duplex de Durkheim, ao mesmo tempo amarrado a sua corporalidade imediata e fechada – por um lado – e dedicado à busca da efetivação dos ideais morais que lhe atribui sua cultura – por outro” (DUARTE, 2003, p. 175). Este termo advém do procedimento canônico da comparação entre as culturas, com a conseqüente generalização de modelos analíticos que procuram fugir à determinação originária das representações da cultura ocidental moderna (DUARTE, 2003).

Atrelado a este termo, o projeto filosófico do personalismo representa substantiva referência para o projeto civilizador que a humanidade ainda tem de conceber, sendo o *status* de pessoa humana o grande legado para a reflexão ética-política-educacional, portadora da eminente dignidade – é o que Paula (2010) aborda ao utilizar das contribuições teóricas do autor russo Nicolái A. Berdiaév.

Contudo, justifica-se a preferência pela utilização do termo “pessoa” na presente Tese, ainda que as demais nomenclaturas apareçam nas revisões bibliográficas e/ou nas transcrições das entrevistas, respeitando as possíveis conotações políticas envolvidas nas polissemias dos jogos de posicionamento (SPINK, 2015). O que vale, sobretudo, o termo “usuário”, este sendo de notória empregabilidade nos estudos e na linguagem da saúde pública.

Assim, após a ratificação colocada acima, dá-se prosseguimento ao contexto da pesquisa, e no qual outro questionamento se evidencia. Uma vez que a abordagem às pessoas destes territórios representa, no verdadeiro sentido da palavra, quem utilizam do serviço em destaque, não parece adequada e suficiente a abordagem restrita dos mesmos, o que deixaria à margem os demais e que não acessam os serviços por inúmeras razões, dentre elas: desconhecimento da existência do serviço; incompatibilidade de acesso com o trabalho, ou motivos outros; não identificação com a UBS como seu local de busca de saúde; não agrado dos trabalhadores de saúde do estabelecimento; e, partindo para o campo biológico, a ausência de dentes e/ou o desinteresse em tratar da condição de saúde bucal.

Na tentativa de levantar, interpretar e analisar dados sobre as percepções dos usuários do sistema público de saúde sobre a SB disponibilizada no território em que residem, ao mesmo tempo em que ressalta a importância social dada ao tema por estes agentes, possibilita verificar a existência de espaços coletivos e/ou individuais de escuta para que este grupo consiga expressar seus anseios sobre a condução da política em destaque, ao passo que também dimensiona as colaborações dos mesmos para a adequação do serviço às realidades do respectivo território.

Desta forma, utiliza-se do conceito de “controle social” segundo Carvalho (1995, p. 08), compreendido como a “relação Estado-sociedade, onde a esta (sociedade) cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele (Estado)”. A lógica do controle social, segundo Correia (2000), é justificada da seguinte forma: quem paga indiretamente, por meio de impostos, os serviços públicos é a própria população; portanto, ela deve decidir onde e como os recursos públicos devem ser gastos, para que tais serviços tenham maior qualidade, maior eficiência diante dos interesses da maioria da população.

Logo, vale ressaltar que as estratégias para viabilizar o controle social não se restringem aos canais de participação institucional, entre eles o conselho e as conferências municipais de saúde. Não que não seja um caminho, mas que não deve ser o único diante do caráter descentralizador das políticas públicas e municipais de saúde e que devem aproximar a gestão do cidadão. É nesse sentido que a pesquisa avança, valendo de mais considerações conceituais a respeito no capítulo específico, e possibilitando desvendar, paralelamente aos mecanismos de controle na condução da política social estudada, o que a Saúde Bucal representa para as comunidades estudadas.

Neste ponto, considerações a respeito da bucalidade (BOTAZZO, 2006), assim também valendo da compreensão da autoconsciência e da dimensão ecológico-política das representações sociais da saúde (SAMAJA, 2000), permitem embasar as análises pertinentes

ao trabalho de campo. Tais conceitos serão detalhados no capítulo destinado ao desenvolvimento teórico-conceitual, e que posteriormente serão apresentados seus achados segundo a especificidade de cada agente envolvido dos territórios pesquisados. Ou seja: a análise não se restringirá aos usuários do sistema público de saúde, mas também aos outros envolvidos na condução da política social em destaque, sejam os gestores e os profissionais de SB. Somente assim, persegue-se um panorama integral da política em voga.

Contudo, sobre as políticas públicas de Saúde Bucal conduzida no município de Campos dos Goytacazes/RJ, atenta-se para a hipótese de que a política social estudada vai de encontro ao preconizado nos princípios estabelecidos desde a Constituição Cidadã de 1988, resultando numa “desassistência”, sobretudo, às pessoas de menor poderio econômico, político e social, e, sobretudo, as que residem em áreas periféricas. Logo este público, quem mais parece carecer de serviços públicos de saúde, e que deveriam ser os beneficiados por políticas universais e integrais do Estado, passam a ser, confirmada a hipótese, os que mais sofrem dos efeitos de uma política pública municipal não efetiva, não acessível e desigual.

Portanto, o presente trabalho de Tese objetiva compreender e analisar a trajetória das políticas públicas de Saúde Bucal adotadas no município de Campos dos Goytacazes/RJ entre 1998 e 2018, sobretudo quanto ao acesso e à promoção de justiça diante dos princípios normativos do Sistema Único de Saúde (SUS).

No intuito de alcançar o objetivo acima, pontos específicos tornam-se necessários, de maneira a corroborar e/ou complementar as diversas informações captadas, para que assim se alcance êxito na apuração e na conjuntura das evidências, atuando positivamente nas análises e nas reflexões sobre o assunto. São, portanto, objetivos específicos:

- identificar os fatores de acesso aos serviços de Saúde Bucal de Campos dos Goytacazes/RJ, sobretudo no que tange às ações pertencentes ao nível básico de atenção em saúde da política setorial em destaque;

- destacar as ações na condução da política de SB municipal durante o período de 1998 a 2018, evidenciando avanços e desafios frente às políticas setoriais implantadas no Brasil segundo as normativas nacionais vigentes ao período;

- conhecer a realidade dos profissionais CD atuantes em determinadas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) do município, identificando particularidades intrínsecas destes agentes capazes de incidir no processo de trabalho;

- compreender a condução das políticas de Saúde Bucal disponibilizada nos territórios selecionados, atentando quanto ao levantamento e ao dimensionamento da participação social como reguladora do serviço municipal em destaque.

O desenvolvimento do estudo tem como alicerce uma revisão da literatura de estudos nacionais sobre o tema, por meio de livros, revistas e artigos científicos, reportagens e entrevistas pertinentes ao tema. São alguns dos assuntos, o que não impede a inclusão de outros no decorrer: a importância das Políticas Sociais no combate às desigualdades de acesso de oportunidades; o contexto social da Saúde Bucal no Brasil; as diretrizes, as ações e os desafios da materialização do Programa Brasil Sorridente nas diferentes esferas federativas; a conformação dos recursos humanos deste setor e a reverberação no campo da prática municipal; e a expressão da participação social como propulsora das políticas públicas de Saúde Bucal, no Brasil e no município estudado.

Antecipando a discussão teórica sobre acesso, e ressaltando que será melhor realizada adiante e em capítulo específico, cabe aqui uma introdução desta temática, uma vez que a mesma torna-se fundamental à condução de toda a pesquisa. Para tanto, utiliza-se dos estudos de Moreira *et al.* (2005), ao agrupar os fatores determinantes no acesso aos serviços de Saúde Bucal em: (1) aspectos sociodemográficos, (2) organização e planejamento das ações em saúde; e (3) aspectos comportamentais/culturais.

Ao momento, adianta-se que o primeiro aspecto retratado por Moreira *et al.* (2005) demanda de uma análise abrangente aos limites e aos dados populacionais do município em questão. Aos segundo e terceiro pontos, uma discussão diante do levantado no trabalho de campo possibilita a compreensão da condução da política social municipal em destaque, e que ressalta a participação social, seguida dos aspectos comportamentais e culturais dos envolvidos. Este é o caminho a seguir, ao analisar tais categorias no intento de compreender as políticas públicas de Saúde Bucal adotadas no município de Campos dos Goytacazes entre 1998 e 2018.

Detalhando o percurso metodológico, há que se justificar inicialmente os recortes realizados para a delimitação do objeto de estudo, feito em dois passos: o recorte espacial, subdividido em *macro* e *micro*; e o recorte temporal.

Quanto ao recorte macro-espacial, limitado a Campos dos Goytacazes/RJ, justifica-se no fato do autor ser também servidor desta municipalidade há onze anos, no total de dezoito anos de profissão, e de dezesseis anos dedicados ao serviço público. Delimitado o universo da pesquisa, permanece a ciência de que este ainda precisa ser reduzido, justificado na compreensão da quantidade e da disposição geográfica das UBS que contemplem a Saúde Bucal municipal, em especial os relacionados à Atenção Básica em Saúde, e que virá a corroborar no dimensionamento do acesso a estes serviços públicos pela população. Assim, o estudo adentra no recorte espacial *micro*, ao tratar da gestão pública do município em análise.



Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município de Campos dos Goytacazes conta com 74 UBS espalhadas por todo o território municipal e que devem ser responsáveis por promoverem saúde a sua população adscrita, diante da territorialmente delimitada. Destas, poderão fazer parte do objeto de pesquisa apenas as que possuem o serviço de Saúde Bucal, ficando subtendido as mesmas possuem Cirurgião-dentista em atividade, ou seja: desempenhando devidamente as suas funções nas populações específicas.

Dado a extensão quantitativa de UBS em Campos dos Goytacazes, a seleção das unidades segue o caminho de abarcar duas representantes que estejam espacialmente localizadas o mais próximo da sede da saúde municipal, somadas a duas representantes do segmento localizado espacialmente mais afastado. Para a mensuração das distâncias, lançará mão de recursos básicos de aplicativos disponíveis na internet (*Google Maps*), utilizando como ponto de partida a Secretaria Municipal de Saúde.

Explicar os motivos desta escolha se fundamenta na possibilidade de cenários diversos e/ou adversos, dada a grandiosidade territorial do município. Cabe, portanto, pesquisar as localidades posicionadas nos extremos, tanto no aspecto geográfico, quanto nos possíveis cenários econômico, social, político e cultural. Maiores detalhes sobre este processo, no capítulo específico.

Ciente de que o objetivo desta etapa pauta em compreender a organização da assistência odontológica local, bem como em conhecer o processo de acolhimento dos usuários ao serviço de saúde em específico, o trabalho de campo proporcionará, ainda, a verificação da infraestrutura das unidades de saúde participantes do estudo, uma vez que tais fatores se relacionam diretamente na qualidade do acesso aos serviços. Procedimento este realizado a partir da pesquisa de campo, com o registro dos achados no diário de campo.

Quanto ao lapso temporal, cabe destacar que considerações a respeito do atual cenário sanitário – a pandemia de COVID-19, poderão ser registradas; embora fique evidente que o objetivo da pesquisa remete às informações pertinentes ao recorte temporal já discriminado: de 1998 a 2018. Portanto, vale ressaltar que não compõe o presente trabalho uma análise das excepcionalidades determinadas por estas questões sanitárias, e que por si só prejudicam o acesso aos serviços desta natureza, bem como o desenvolvimento de ações na área (BRONDANI *et al.*, 2021).

Também motiva trabalhar dentro do período temporal proposto a viabilidade de acesso aos dados no sistema de informação do Governo Federal/Ministério da Saúde (DATASUS), sendo 1998 o seu primeiro ano de registro. Desta forma, pode-se recorrer a dados que retratem

a situação sanitária do país, bem como a do município selecionado, possibilitando possíveis comparações entre pares, e, especificamente, permitindo, se necessário, uma análise pormenorizada e quantificada do caso. Não que seja objetivo perseguido, mas que possa servir de complemento a determinados apontamentos.

Entretanto, cabe antecipar a preocupação sobre os registros das informações em saúde, ciente de que na mesma medida em que podem ser alimentados em demasia ou de maneira incipiente, também podem ser utilizados de maneira precária ou errônea pelos gestores municipais (MIRANDA, CARVALHO e CAVALCANTI, 2006), embora devesse ser estimulada a todo o momento a empregabilidade destes registros no auxílio das futuras ações que visem o desenvolvimento da política, e que para tanto os mesmos deveriam ser reais.

O trabalho de Tese aqui exposto tem por intenção, portanto, publicizar alguns indicadores, juntamente com as narrativas e as reflexões sobre os achados no trabalho de campo, permitindo uma aferição da Saúde Bucal da região estudada. Ainda que seja, o conhecimento dos parâmetros, uma prática incipiente de gestores, profissionais de saúde e usuários, tal fato em nada desabona a importância destes na pesquisa, uma vez que tende a fornecer subsídios aos interessados pelo assunto, quer seja no compartilhamento de dados, quer seja na ampliação dos conteúdos teóricos aqui elencados, ou mesmo na reformulação de políticas sociais desta natureza.

O fato do autor-pesquisador também ser servidor do município em questão, o que ficará mais explícito na narração do capítulo primeiro, certamente regará de contribuições pautadas na empiria e que, senão determinará, ao menos guiará caminhos a seguir, sem, contudo, perder a essência científica necessária.

Quanto à empiria retratada, cabe ao pesquisador se precaver de três situações, sobretudo quando a pesquisa se encontra na fase de análise dos dados. Segundo Minayo (1992), são desafios: (01) a “ilusão da transparência” – termo utilizado por Bourdieu e que se torna mais danoso na proporção em que o observador se intitula familiar ao objeto, decorrendo na projeção de sua subjetividade e na apreensão superficial das significações dos atores sociais; (02) a negligência do pesquisador quanto “a magia dos métodos e das técnicas, esquecendo-se do essencial” (p. 197), este que pauta na “fidedignidade às significações presentes no material e referida a relações sociais dinâmicas” (p. 197); e (03) a dificuldade em associar teorias e conceitos com o recolhido no campo, resultante da “ilusão da transparência” anteriormente citada e do distanciamento da teoria e das descrições.

Para Bourdieu (2014), a “amnésia de gênese” ratifica a dificuldade e a necessidade de analisar o objeto de estudo “de fora”, livre de opiniões sedimentadas pelo senso comum. Logo, o autor pontua considerações a respeito dos dois olhares dos pesquisadores:

[...] (o) desprovido de instrumentos de pensamento, que ignora os debates em curso, as discussões científicas, [...] arrisca-se, seja a ser ingênuo, seja a reinventar o já desconhecido, mas, se ele conhece em demasia, arrisca-se a ficar prisioneiro de seu conhecimento [...] (BOURDIEU, 2014, p. 50).

Trata-se a empiria, contudo, de um apoderamento defendido por Peirano (1995), uma vez que as pesquisas estão fortemente ligadas à biografia do pesquisador; o que também será feito a partir das concepções de autonomia deste (DEMO, 2002) e da exposição da trajetória de vida do mesmo (TERRIEN e NÓBREGA-TERRIEN, 2004).

Assim, as contribuições de Quivy e Campenhoudt (1995), em que a pesquisa deve sempre começar por uma pergunta de partida, ainda que sofra alterações no decorrer das etapas, permite, mesmo que de forma incipiente, delimitar o que se quer saber, e tem como princípios a clareza, a exequibilidade e a pertinência, o que “servirá de primeiro fio condutor da investigação” (p. 44). Por isso o esforço em apresentar o amálgama da trajetória profissional, os interesses pela pesquisa e as etapas que antecederam sua realização, na intenção de percorrer o caminho do conhecimento a respeito da pergunta de partida primordialmente realizada: “Política de Saúde Bucal de Campos dos Goytacazes: há justiça no acesso?”

Ainda sobre a empiria do autor-pesquisador, diante do trajeto como profissional e das escolhas ao longo da vida, há que pontuar a condução desta pesquisa sob a batuta da não medicalização da vida, podendo ser traduzido no sublinhar dos determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença, sejam eles de caráter coletivo e/ou individual, em detrimento de uma assistência excessivamente pautada nas tecnologias dura e leve-dura<sup>3</sup> (MERHY, 2005), esta tecnicista, biologicista e fragmentada: restrita “à boca”<sup>4</sup>, e realizada em “quatro paredes”<sup>5</sup> por “um profissional”<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> O termo tecnologia é discutido como sendo um conjunto de instrumentos materiais e não-materiais na produção de serviços de saúde. Merhy (2005) classificou as tecnologias em: (1) leve, representada pelas relações – acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde, tais como o trabalho humanizado; (2) leve-duras, os saberes estruturados; e (3) duras, dos recursos materiais.

<sup>4</sup> Delimita o território de atuação do profissional CD, na direção contrária à integralidade da pessoa.

<sup>5</sup> Delimita o espaço de atuação do profissional Cirurgião-dentista, desconsiderando a intersetorialidade envolvida no processo saúde-doença.

<sup>6</sup> Delimita a atuação ao profissional CD, desconsiderando o caráter interdisciplinar da doença, bem como a autonomia e a responsabilidade daquele que não deveria ser passivo às ações de cuidado em saúde: a pessoa que procura o serviço.

Não que se trate de uma simples opção, pois infelizmente “somos”<sup>7</sup> formados para uma atuação interventiva e de anseios mercantilistas. Mas por creditar esta postura aos resultados de uma essência formativa em políticas sociais no período pós-graduação complementada por um trajeto um tanto quanto distinto dos demais profissionais da área, e que visa a perseguir ações de menores custos, sem distanciar das evidências científicas, e que se aproxima às subjetividades dos sujeitos. Na outra ponta, portanto, Camargo Jr. (2009) retrata que:

[...] a desigualdade e a extrema polarização sociais, características do atual momento da história – a chamada globalização –, mostram a sua face também no que diz respeito à assistência à saúde – cara e tecnicizada para poucos, precária e massificada – e ainda assim, paradoxalmente, não raro inacessível – para muitos [...] (CAMARGO JR., 2009, p. 13).

Sobre o caráter da pesquisa, a mesma possui características predominantes de uma pesquisa qualitativa, focada na coleta de informações a respeito da estrutura organizacional e do planejamento do serviço oferecido, bem como pontuando os desafios frente ao modelo de política nacionalmente adotado, que tem por base os princípios do SUS de ser universal, integral, resolutivo e estimulador do controle social (BRASIL, 1990).

Logo, a empiria, já retratada, e o tipo de estudo, que por ora se aprofunda na sua descoberta, parecem dialogar e se complementam na condução da pesquisa, gerando, segundo Camargo Jr. (2009), caminhos variáveis no percurso metodológico, ao mesmo tempo em que torna específico a cada caso. Logo:

[...] Uma vez que este modelo (de abordagem qualitativa) é difusamente percebido como a ‘verdadeira ciência’, segue-se uma assimetria fundamental na apresentação de pesquisas empíricas, que não se baseiam na produção e análise de variáveis numéricas, em que, frequentemente, os autores sentem-se compelidos a justificar sua escolha metodológica, ao contrário dos que adotam técnicas quantitativas [...] (CAMARGO JR., 2009, p. 22).

O que por ora está sendo proposto, ainda que venha a necessitar de levantamentos complementares, permite uma abordagem sobre a condução da política social municipal pesquisada, utilizando de considerações a respeito dos aspectos sociodemográficos e econômicos municipais e que podem interferir no planejamento e na execução da política em destaque, bem como na compreensão histórica da organização das ações em SB. Enquanto a primeira carece de um levantamento nas bases de dados, complementado pelo trabalho de campo do pesquisador; a segunda resulta da colheita de dados das entrevistas realizadas com os envolvidos.

---

<sup>7</sup> Aqui, “somos” denota a inclusão do autor-pesquisador à coletividade de sua formação profissional: CD.

Uma vez que a pesquisa pode, a depender da conveniência, recorrer a indicadores e/ou outros dados secundários, há que compreender que esta associação: “quanti” e “quali”, não deixa a predominância do segundo. Assim, possíveis conflitos entre os dados poderão ensaiar debates proveitosos, na identificação dos fatores que venham a interferir no acesso equitativo dos munícipes aos serviços públicos de SB, sobretudo os pertencentes ao nível básico de atenção – o que compõe um dos objetivos específicos propostos.

Segundo Minayo (1999), a natureza qualitativa e quantitativa do estudo da saúde torna-se fundamental na medida em que se trata do fenômeno saúde-doença, e que ao se utilizar apenas de dados quantitativos, constitui “uma miopia frente ao social e uma falha no recorte da realidade a ser estudada.” (p. 234). Tal apontamento é reforçado por Gaskell (2013), ratificado na compreensão “detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos” (p. 65).

Para Teixeira (2008), é um engano firmar como diferença entre pesquisas quantitativas e qualitativas a presença ou a ausência da quantificação de dados. O que se passa, segundo a mesma, é que nas pesquisas qualitativas o pesquisador “procura reduzir a distância entre a teoria e os dados, entre o contexto e a ação, usando a lógica da análise fenomenológica” (p. 168), por meio da descrição e da interpretação, sendo as experiências do pesquisador, conforme discutido anteriormente, importante na análise e na compreensão dos fenômenos estudados.

Retornando ao principal conduto da pesquisa, Minayo (1994), a pesquisa qualitativa responde a questões não quantificadas, diante de alguns fenômenos, tais como: significados, motivações, atitudes, crenças, valores, relações. Sendo saúde e doença fenômenos sociais, ressalta que os estudos nesta área carecem de um olhar nos sujeitos e de suas representações, para avaliar e questionar o sistema, os serviços e a sua prática.

O fato da pesquisa qualitativa não se preocupar com representatividade numérica não significa simplicidade na sua realização quando comparado aos métodos quantitativos, mas que o seu aprofundamento da compreensão de um grupo social exige abordagens únicas, que pressupõe uma metodologia própria e cercada de imprevisibilidades. Assim, esta tipologia se afasta do modelo positivista, ao mesmo tempo em que deve evitar o uso de julgamentos, de preconceitos e de crenças capazes de se contaminar (GOLDEMBERG, 1997).

Segundo Gerhardt e Silveira (2009), alguns limites e riscos no desenvolvimento da pesquisa qualitativa devem ser considerados, sendo estes:

[...] excessiva confiança no investigador como instrumento de coleta de dados; risco de que a reflexão exaustiva acerca das notas de campo possa

representar uma tentativa de dar conta da totalidade do objeto estudado, além de controlar a influência do observador sobre o objeto de estudo; falta de detalhes sobre os processos através dos quais as conclusões foram alcançadas; falta de observância de aspectos diferentes sob enfoques diferentes; certeza do próprio pesquisador com relação a seus dados; sensação de dominar profundamente seu objeto de estudo; envolvimento do pesquisador na situação pesquisada, ou com os sujeitos pesquisados (GERHARDT e SILVEIRA, 2009, p. 34).

A abordagem aqui adotada, portanto, segue Minayo e Sanches (1993), ao defenderem respectivamente seus pontos de vista no que se refere à pesquisa qualitativa e à pesquisa quantitativa na Saúde Pública. Ao relativizarem suas teorias defendidas, concluíram que ambas são importantes e necessárias, e que não há contradição entre elas: são de naturezas distintas, porém complementares. Logo, pretende-se conduzir uma pesquisa de caráter predominantemente qualitativo, associando, se necessário, a dados coletados nos sistemas de informação ao produto das entrevistas com os gestores/responsáveis pela condução da saúde de Campos dos Goytacazes/RJ, com os profissionais de Saúde Bucal municipal e com os que utilizam, ou deveriam utilizar deste sistema público de saúde.

Contudo, a pesquisa de campo em voga engloba além da pesquisa documental a coleta de dados junto a pessoas, adentrando incisivamente na aproximação e no entendimento do contexto a ser investigado, o que pretende como resultado de um inquérito específico, particular e científico, fornecer subsídios para a descoberta e a interpretação de fatos inseridos em uma determinada realidade (GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

Portanto, a investigação tem como ponto crucial o levantamento dos principais aspectos comportamentais e culturais envolvidos no acesso dos serviços de SB, na medida em que se utilizará da percepção dos entrevistados. Adiante, resta compreender os aspectos comportamentais e culturais envolventes neste processo, assim contemplando o estudo de Moreira *et al.* (2005).

Conhecer a realidade do local de atuação do CD, identificando particularidades no seu processo de trabalho, bem como interpretar a compreensão destes em relação aos beneficiados pelos serviços de SB, como atividade promotora de justiça social, passa a ser o atual objetivo específico. Considerando a particularidade de cada caso, ainda que se possa ter uma representatividade adequada a partir do universo selecionado, há que se realizar o recorte das unidades de saúde que comporão o estudo, e que ao mesmo tempo repercutirá na limitação dos entrevistados, dado o extenso universo de profissionais deste setor (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2015). Logo, a seleção dos entrevistados é guiada pelos critérios técnicos utilizados a partir da seleção das UBS.

A realização das entrevistas em tempo atual em nada deprecia o levantamento histórico do cenário local, na medida em que serão priorizados gestores pertencentes ao quadro efetivo municipal e que atuaram ao longo do período de tempo estudado: de 1998 a 2018. O mesmo será realizado com os profissionais. O quantitativo dos entrevistados se pautará na saturação dos dados obtidos, sendo interrompido quando as informações começarem a se repetir, indicando que não haveria, pelo menos no período analítico, outros elementos relevantes a serem angariados (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008). Aqui merece destaque, ratificando, que as observações deverão considerar o lapso temporal determinado no estudo, mesmo diante das possíveis alterações decorrentes das barreiras sanitárias devido ao Covid-19, e sendo esta uma preocupação recorrente do autor em relativizar os conteúdos levantados.

Assim, diante dos recortes realizados e não desprezando a empiria do autor, a pesquisa parece querer caminhar sob duas tipologias de estudo, respectivamente: no estudo de caso e na pesquisa intervenção. Ao ponto, cabem considerações sobre estas, em que se inverterá a ordem de apresentação por questões didáticas, em que primeiro se apresenta os principais apontamentos utilizados da pesquisa-intervenção, ressaltando os contrapontos, e que na sequência se aprofunda na que de fato será utilizada como essência no decorrer da pesquisa.

A escolha do percurso metodológico, de fundamental importância na condução da pesquisa, por vezes torna-se uma tarefa dificultosa, dado os fatores inerentes e/ou decorrentes, respectivamente, da vivência e/ou da intenção do autor no processo investigativo, e que pode ser traduzido no respeito à natureza da pesquisa, bem como nas considerações quanto à natureza do pesquisador, aqui compreendido o percurso formativo deste: experiências, atuações profissionais, e anseios.

Iniciando a abordagem do percurso metodológico pelo segundo ponto, justificado no fato de que as experiências e as atuações profissionais do pesquisador, se não define, ao menos deve ser considerado na condução dos processos investigativos, analíticos e avaliativos que se estendem. Ainda que este ponto não seja determinante na escolha do percurso, o que recai nas questões envolventes da natureza da pesquisa em si. Torna-se valioso ao momento algumas explicações e que pretende se clarificar, no âmbito da prática, com o avançar do estudo.

Diante da experiência e das inquietudes do autor, a ser apresentado no primeiro capítulo, torna-se difícil a realização de qualquer pesquisa no âmbito da Saúde Bucal, na esfera pública e no município escolhido, tendo em vista a profissão, a atuação e a lotação deste, que é servidor público atuante na UBS de Campos dos Goytacazes, sem o complemento

de fatos adicionais e a partir destes apontamentos. Neste ponto, a pesquisa recai para o método de pesquisa participativa/participante, em especial, do tipo pesquisa-intervenção.

Para Rocha e Aguiar (2003), nesta modalidade de pesquisa a gênese social precede a gênese teórico-metodológica, ao buscar transformar a realidade vivida a partir de questões sociais problematizadas com grupos e organizações populares. Desta forma, deve-se relativizar a verdade, ao tempo em que se abandona a neutralidade, a objetividade e a totalização de saberes, uma vez que a interação entre o saber acadêmico e o saber dos sujeitos envolvidos na pesquisa merecem igual atenção na construção das análises (ROCHA e AGUIAR, 2003).

Dando sequência às vantagens de uma pesquisa participativa, Waterman (2011) ressalta esta investigação coletiva e autorreflexiva realizada nos contextos sociais por participantes, de maneira a melhorar a racionalidade e a justiça das situações, a compreensão das práticas e as conjunturas em que tais práticas são realizadas.

A partir de diversos métodos, a depender da natureza do problema e do objetivo proposto, Waterman (2011) cita alguns princípios atrelados aos estudos congêneres desta metodologia abordada na saúde: (01) o propósito de melhorar a prática, a experiência e os resultados dos cuidados com o paciente; (02) a reflexão crítica, na busca deliberada de diferentes perspectivas sobre um problema e assim esclarecer um assunto sem que um ponto de vista prevaleça; (03) a participação dos indivíduos, deixando a passividade dos mesmos e vinculando aos ideais da democracia, contra a posição de submissão do sujeito da pesquisa; (04) a inclusão de uma medição de mudança, em formato cíclico a cada fase – reflexão, reconhecimento, planejamento, ação e avaliação; e que servem de “alicerce para a próxima” (p. 116). Este último ponto também é enfatizado por Camargo Jr. (2009), ao discorrer sobre a filosofia empírica da saúde.

Assim, Waterman (2011) resume nas seguintes vantagens aos fundamentos de uma pesquisa participativa: poder sofrer alterações a partir das experiências dos envolvidos; ressaltar o conhecimento e a teoria na relevância da pesquisa; e incentivar os participantes a assumir responsabilidade por suas próprias condições.

Logo, esta modalidade não somente investiga a vida de uma coletividade e assume uma intervenção de caráter socioanalítico, aqui a UBS e seu território, mas que ao tempo pretende uma atuação transformadora da realidade sócio-política, e que assim precisa se distanciar de metodologias com justificativas epistemológicas (ROCHA e AGUIAR, 2003). Contudo, a dimensão utilitária deste método, o que na prática reflete na otimização de recursos, na qualidade das relações e do acesso com equidade dos serviços de Saúde Bucal,



garante ao pesquisador o papel de facilitador na proposição de medidas decorrentes do processo e que tem por intenção a melhoria do serviço. Cabe, no avançar desta linha metodológica, o próximo passo: a concretização destes atos. E é aqui que a pesquisa ganha caminhos externos ao método pesquisa-intervenção.

Portanto, a pesquisa não resultará na aplicação dos seus resultados de análise, o que poderia ser traduzido num projeto de intervenção: a este passo dependerá de um leitor apto e que deseja colocar em prática os resultados, ou mesmo de um momento outro para este pesquisador executar o descrito no capítulo último e nas considerações finais deste trabalho de Tese.

Os motivos da não concretude das ações, e que permanecem os achados como propostas e proposições são: (01) a não idealização, desde a elaboração do projeto de pesquisa, do autor-pesquisador em colocar em prática os achados, usando assim da prerrogativa genuína de um pesquisador; e (02) o período da realização da pesquisa coincidente com o da Pandemia do COVID-19, que em muito prejudicaria o desenvolvimento de ação alguma, em decorrência das barreiras sanitárias impostas, inclusive do fechamento de algumas UBS's municipais e que ainda permanece neste estágio nos dias de hoje.

Assim, a pesquisa se aproxima da proposta de Contandriopoulos *et al.* (1997), ao tratarem da pesquisa avaliativa como uma oportunidade de levar em consideração os fundamentos teóricos da intervenção, sua pertinência, sua produtividade e seus efeitos, de maneira a verificar o contexto que a gerou e buscar conhecer as relações entre contextos, processos e resultados, de forma a ser capaz de produzir informações que permitam orientar efetivamente a tomada de decisões. Logo, apesar de não pretender colocar em prática as propostas, garante uma orientação das mesmas.

Ao intentar a avaliação normativa da política em questão, e que faz um julgamento sobre uma intervenção, compara-se os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os efeitos obtidos (resultados), com critérios e normas, tendo como postulado que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os resultados do programa (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Contudo, tais observações são importantes no intuito de externar as devidas apropriações desta modalidade de estudo, mas que cabe agora abordar os argumentos tendenciosos à outra modalidade metodológica, o que comunga com o primeiro ponto levantado a respeito do percurso metodológico explicitado nos parágrafos acima: a natureza da pesquisa. Neste sentido, apropria-se de fundamentos de uma pesquisa participativa, assumindo o pesquisador e os pesquisados, ainda que indiretamente, posicionamentos ativos

na mudança do processo de trabalho e que é também objeto de estudo; mas que passa, a partir das considerações a seguir, a requerer a aplicação da metodologia pautada no estudo de caso.

A pesquisa, portanto, trata de um estudo de caso e possui como referência inicial na sua condução a obra de Robert Yin (2001), a ser pormenorizada no capítulo segundo: específico às questões teórico-conceituais. Por ora, cabe apropriar da definição de Martins (2008), sendo estudo de caso:

[...] estratégia metodológica de se fazer pesquisa nas ciências sociais e nas ciências da saúde. [...] metodologia aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente. Busca-se apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto, mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto [...] (MARTINS, 2008, p. 10).

Entretanto, compreende-se das limitações desta estratégia metodológica para a execução a contento da pesquisa, o que cabe das críticas e das complementações levantadas por Bartletti e Vavrusii (2017) sobre os modelos tradicionais de pesquisa por estudo de caso. Segundo tais autores, há que se dinamizar os estudos de caso, ampliando seus limites e tecendo reconsiderações sobre as noções de contexto, que deve ser algo espacial e relacional, e sobre noções de cultura, distanciando delimitações e posicionamentos estáticos da mesma, e que deve assumir o posto de produção continuada e contestada.

Logo, utiliza-se da abordagem metodológica do tipo estudo de caso comparado, este que “estimula a atenção simultânea e superposta aos três eixos de comparação” (BARTLETTI e VAVRUSII, 2017, p. 915), sendo um eixo horizontal, capaz de comparar políticas desenvolvidas em localidades afins, ainda que seja nos territórios de um mesmo município; um eixo vertical, que acompanha as escalas da política estudada – e que aqui utiliza das prerrogativas nacionais e de possíveis experiências comparativas em outra jurisdição; e outro eixo horizontal, e que aqui utiliza de um percurso histórico da condução do objeto de estudo em análise.

As comparações aqui perseguidas requerem o levantamento de evidências científicas sobre o tema, de maneira a compreender a realidade científica e normativa do assunto e que se apresenta como uma revisão bibliográfica integrativa, mas não sistemática, acerca da Saúde Bucal no Brasil, possibilitando um “mapeamento” das produções acadêmicas colaborativas ao trabalho de Tese. Utiliza-se, para tanto, de uma “metodologia de caráter inventariante e descritivo da produção acadêmica e científica sobre o tema que busca investigar” (FERREIRA, 2002), cabendo uma análise crítica das respectivas intenções e das reais contribuições e que pode ser denominado “estado da arte” ou “estado do conhecimento”.

Seguindo Therrien e Nóbrega-Therrien (2004), pretende-se mapear a produção acadêmica sobre o tema investigado por meio de catálogos de fontes, aqui selecionado o banco da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no intuito de confeccionar o inventário descritivo, o que também permite ampliar os horizontes da transversalidade e do domínio conceitual, subsidiando as discussões que fizerem necessárias. Localiza-se, contudo, o leitor quanto ao objeto de estudo, enquanto princípio metodológico de operaciolanização das leituras pertinentes.

No entanto, merece destaque a procura por produções acadêmicas a respeito da política social de Saúde Bucal (SB), utilizando de específicos termos de busca e considerando o interstício temporal de 2000 a 2019<sup>8</sup>. As referências utilizadas como parâmetro, no intuito de balizar as discussões dos textos encontrados na busca, ratificam a necessidade de uma política verdadeiramente coletiva, utilizando de contribuições das Ciências Sociais e Humanas, o que afastada do caráter biologizante e mercantilista das expressões midiáticas e de apelo estético, e que ao fim torna-se excludente à grande parte da sociedade.

O produto teórico-conceitual se apoia na revisão integrativa, que possibilita a busca e a análise de publicações científicas como meio de serem expostos e compilados as evidências construídas a partir de um tema de investigação (AZEVEDO, LANCONI JUNIOR e CREPALDI, 2017). Para Souza, Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, sendo o seu impacto não somente limitado pelo desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas também no pensamento crítico que a prática diária necessita.

Assim, apresenta-se uma análise de textos científicos indexados ao Portal de Periódicos da CAPES no período de 01 de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2019. Torna-se imperioso subdividir a análise e a discussão, o que oportuniza a dimensão das produções e as tendências específicas em cada um dos dois últimos decênios sobre a política social em voga. Assim torna-se possível investigar os avanços ocorridos nas políticas públicas de SB entre dois momentos: (01) entre os 10 e 20 anos após a instituição do SUS e a sua regulamentação por meio das Leis Orgânicas de Saúde (BRASIL, 1990) – período este

---

<sup>8</sup> Apesar do trabalho de Tese abranger o interstício temporal de 1998 a 2018, buscou-se analisar as produções científicas publicadas entre os anos de 2000 e 2019, justificado pela necessidade temporal para a realização da confecção dos textos, da submissão, da aceitação e da publicação dos trabalhos científicos. Assim, acredita-se que os trabalhos selecionados na busca estejam em conformidade com o período buscado na Tese.

limitado entre os anos de 2000 a 2009; e (02) o período mais recente, entre os anos de 2010 a 2019.

Os três eixos de comparação do estudo de caso (BARTLETTI e VAVRUSII, 2017), tornam-se viáveis ao momento, após a apropriação do conteúdo acadêmico-científico e das discussões realizadas na revisão da literatura. Assim, o próximo passo se apropria da pesquisa qualitativa e lança mão da realização de entrevistas que se guiarão por um roteiro semi-estruturado – com questões pré-estabelecidas, com base na dimensão teórica e nos objetivos do estudo, complementado com o observado no momento da coleta dos dados durante o trabalho de campo.

Individualizada para cada categoria, as entrevistas serão conduzidas de forma flexível – ao permitirem intervenções pertinentes do entrevistador ou do entrevistado a todo o momento (POPE e MAYS, 2009). Os roteiros obedecerão às categorias dos entrevistados, totalizando em três tipos: (01) Gestores, e (02) Cirurgiões-dentistas e (03) “Usuários”<sup>9</sup> (APÊNDICE A), estes sendo subdivididos nos “que acessam a SB” e “que não acessam a SB”, sendo que a escolha de qual parte o mesmo representa será decidida pelo próprio cidadão, a partir da resposta à pergunta: “Você se considera uma pessoa que utiliza dos serviços públicos de Saúde Bucal do seu território?”

A todos os participantes foi explicado o objetivo da pesquisa e solicitado uma autorização expressa para gravar a entrevista, sendo a mesma realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido para o uso de Voz e Imagem. Estas que serão realizadas no próprio local de trabalho do entrevistado, no caso dos gestores e dos profissionais, ou no próprio local da assistência prestada, no caso dos usuários.

As entrevistas serão gravadas e transcritas integralmente no menor lapso temporal possível da sua realização, o que permite a maior captura de detalhes dos fatos. Importante ferramenta de coleta de dados e que será utilizada é o caderno de campo, a fim de anotar impressões e comentários de forma a incluir o ponto de vista do entrevistado, ideias e impulsos que, posteriormente, orientarão a análise conjunta, dando sustentação às temáticas emergentes.

Para a análise dos dados adotar-se-á das contribuições de Bardin (1977), tendo em vista que a pesquisa se pauta no método de análise de conteúdo, esperando que elementos

---

<sup>9</sup> A utilização deste termo em alguns momentos da pesquisa, caminha na pretensão de seguir o utilizado nos próprios documentos oficiais do Brasil Sorridente. A escolha do autor em trabalhar o conceito de “pessoa”, este já justificado no texto, não anula a retratação do termo “usuário”, quando se pretende maior consonância com a política estudada.

importantes sejam captados ao ouvir as gravações e ao acessar as transcrições das entrevistas, estas realizadas na íntegra, e as anotações de campo realizadas. Segundo Minayo (1992, p. 199), a análise de conteúdo significa mais que um procedimento técnico: “faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais”.

Conceitualmente, Laurence Bardin (1977) aborda análise de conteúdo como:

[...] um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis e em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados [...] é (as técnicas de análise de conteúdo) uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade [...] (BARDIN, 1977, p. 09).

A análise de conteúdo realizado na pesquisa contempla, portanto, o modelo de organização proposto por Bardin (1977), diante das fases de pré-análise, aqui embutido previamente a realização da “leitura flutuante”<sup>10</sup>; seguido pela exploração do material e; por fim, do tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. O que se ressalta, diante das modalidades de análise de conteúdo evidenciadas pela autora, é a tipologia “análise categorial” do tipo “temática”, ao codificar o material das entrevistas e agrupá-los segundo as significações semânticas propostas nos objetivos da pesquisa de Tese.

Os documentos a serem analisados possibilitam a constituição de um *corpus* (BARDIN, 1977), seguindo, assim, algumas regras: regra da exaustividade – abordando as entrevistas na sua totalidade, aqui completada pela regra da não seletividade; regra da representatividade – a amostra sendo parte representativa do universo inicial; regra da homogeneidade – devendo os materiais se referir ao mesmo tema, obtidos por técnicas idênticas e sendo realizadas pelo mesmo entrevistador; regra da pertinência – entrevistas adequadas enquanto fonte de informação, de modo a corresponder ao objetivo que suscita a análise (BARDIN, 1977).

A fase de pré-análise continua com a formulação de hipóteses e dos objetivos. Enquanto o primeiro ponto não é obrigatório neste processo de análise, podendo ser feito “às cegas” – o que é diferente da hipótese levantada da pesquisa de Tese, esta de relevância e já exposta; o objetivo compreende a finalidade geral “a que nos propomos (ou que é fornecida por uma instância exterior), o quadro teórico e/ou pragmático, no qual os resultados obtidos

---

<sup>10</sup> Segundo Bardin (1977), esta fase consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar, no caso a transcrições das entrevistas. Assim, conhecer o texto significa deixar-se invadir por impressões e orientações. Continua a autora: “Pouco a pouco, a leitura vai-se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos.” (BARDIN, 1977, p. 96).

serão utilizados” (BARDIN, 1977, p. 98). Na sequência do método de Bardin (1977), esta fase segue com a preparação do material, que no caso em específico serão transcritas as entrevistas na íntegra e as gravações conservadas para possíveis recorrências e “para informação paralinguística” (BADIN, 1977, p. 100).

Mais sobre a execução deste método, em especial da exploração das entrevistas e do tratamento dos resultados e da interpretação destes, serão apresentados conjuntamente nos capítulos específicos, no processo de alinhar a teoria do método com a prática da do processo de pesquisa.

Importante ressaltar a dificuldade em observar evidências diretas do acesso universal e integral aos serviços de saúde e a redução das disparidades socioeconômicas por meio desta política social. Porém, segundo Celeste e Ely (2007), o acesso aos cuidados em saúde é uma questão de interesse social, e espera-se que uma sociedade justa proporcione igualdade de acesso para as diferentes necessidades, num conceito de equidade vertical e que será melhor debatido no decorrer da discussão dos resultados. É neste caminho que a pesquisa segue, ao verificar a condução das políticas públicas municipais em Saúde Bucal segundo o defendido no “Brasil Sorridente” (BRASIL, 2004).

Logo, de maneira a analisar e a dimensionar a participação dos gestores, dos profissionais e das pessoas vulneráveis como reguladora do serviço municipal de SB, atenta-se para a necessidade de utilização da teoria das Representações Sociais, idealizada por Moscovici (1978), de maneira a interpretar as percepções sobre a política social disponibilizada no município.

Pretende-se, portanto, pautar as análises na apropriação da realidade social pelo indivíduo “de modo que o social e o exterior se tornam internos” (ROCHA, 2014, p. 51), na tentativa de superar o modelo científico focado nos “saberes científicos em detrimento da cultura do senso comum, menosprezando e desprestigiando o valor das crenças e dos conceitos culturalmente construídos no intercâmbio comunicacional cotidiano que constitui e é constituído na cultura” (p. 51).

Focar nas representações sociais da boca humana, no contexto social ao qual o indivíduo se encontra, e aproveitar da realização da pesquisa qualitativa na compreensão do olhar dos sujeitos e de suas representações, sendo a saúde e a doença fenômenos sociais (MINAYO, 1994): acredita-se aqui estabelecer um bom caminho para a construção de políticas socialmente justas e condizentes à demanda social, em referência à obra de Botazzo (2000): “Da Arte Dentária”. Portanto, o estudo pretende proporcionar a identificação de conhecimentos de determinados grupos sobre a realidade pesquisada: o acesso às políticas

públicas municipais de SB, acreditando na interpretação destas realidades como princípio básico para tornar a política mais efetiva e concernente aos princípios normativos do SUS estabelecidos.

De modo a respeitar princípios éticos, utiliza-se da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para a realização das entrevistas e dos demais procedimentos metodológicos, tendo seus trâmites ético e legal respeitados, quer seja na condução, na privacidade e na divulgação dos fatos. A aprovação do mesmo segue no Parecer de número 4.635.561.

Diante do percurso exposto, torna-se necessário adentrar na segunda e última etapa desta sessão, na qual se apresenta e se descreve de maneira sucinta o arcabouço dos capítulos a serem desenvolvidos ao longo do trabalho, apontando os objetivos particulares dos mesmos e a sua contribuição para a conjunta construção do proposto. Mais uma vez retorno à escrita em primeira pessoa, creditando pessoalidade no descrito a seguir.

No primeiro capítulo, apresento minhas inquietações profissionais e o modo como as mesmas se articulam ao contexto teórico e metodológico do trabalho. Ressaltar a empiria do autor, diante da trajetória profissional, aproxima o leitor daquele que escreve, auxiliando na compreensão das angústias e das carências sobre a reflexão de determinados fatos, resultando no fator propulsor para a realização deste trabalho.

Importante registrar, desde já, as consequências da Cárie Dentária, como exemplo maior dos problemas de SB. Não somente atrelado ao campo biológico, mas como um fator capaz de, se não prevenido a tempo, proporcionar danos capazes de estigmatizar<sup>11</sup> o indivíduo e de refletir as políticas sociais deficientes, em alguma medida, no seu acesso. Outro ponto relevante demonstra o desconhecimento do profissional CD com as Ciências Sociais e Humanas e o quanto isso prejudica no andamento das práticas e das políticas do setor, o que pode ser verificado no relato exposto no primeiro capítulo, bem como corroborado com evidências científicas.

O segundo capítulo, de relevância teórica e conceitual, fornece marcos sócio-históricos sobre a política setorial, seja no campo acadêmico nacional ou internacional, de maneira a embasar a compreensão e a reflexão dos capítulos seguintes. Utilizo de livros, artigos científicos, bem como de outras fontes de informação garantidoras da construção de um arcabouço teórico a respeito da história e da evolução da Saúde Bucal no Mundo e no Brasil; sobre conceitos e aplicabilidades de acesso, justiça e participação social na construção das

---

<sup>11</sup> Aqui o termo “estigma” é utilizado tendo como referência Goffman (1963/2008), por representar uma categorização pela sociedade de pessoas segundo seus atributos, dando a estas uma “identidade social virtual”, o que pode não corresponder à realidade. Tal aplicação fragiliza, rotula e inferioriza a vítima.

políticas públicas nacionais. Conceitos expostos e trabalhados sob o olhar das Políticas Sociais, em demanda maior do setor da Saúde, ainda que não abandonado da interdisciplinaridade exigente, e que auxiliam nas análises dos achados no trabalho de campo.

Ainda sobre este capítulo, utiliza-se de um inventário sobre o percurso histórico da política pública em destaque, evidenciando os principais desafios e as tendências. Para tanto, utiliza-se do estado da arte, tendo como produto os estudos temáticos de 2000 a 2019 publicados no portal da Capes, permitindo um posicionamento científico do debate ao longo dos últimos decênios.

Analisando os achados, sob a perspectiva da obra científica de Carlos Botazzo (2000) intitulada “A Arte Dentária”, pode-se concluir, reforçando o já registrado no primeiro capítulo, o verdadeiro afastamento da Odontologia das disciplinas de Ciências Sociais e Humanas, desde a sua formação pós-Revolução Francesa e que no Brasil ocorreu após a Segunda Guerra Mundial. Tal fato traduz aos dias atuais em prejuízo do acesso aos bens e serviços desta natureza, na ineficiência das ações da Saúde Bucal Coletiva, bem como no prejuízo da compreensão das representações sociais da boca humana, fato imperativo para a permanência de uma ciência biológica, privatista, tecnicista e excludente.

No capítulo seguinte, recortes espaciais serão realizados, uma vez que as particularidades do percurso metodológico são colocadas em prática. Após breve demonstração dos principais eventos ocorridos na esfera federal, regional e estadual, reduz-se a Saúde Bucal à municipalidade de Campos dos Goytacazes/RJ, entre os anos de 1998 e 2018.

Compreender o território em questão, dado a particularidade inerente, bem como interpretar, analisar e emitir um juízo de valor a respeito da conformação, do planejamento, da execução e dos resultados da política setorial municipal requer cuidados quanto à parcialidade nas reflexões. Para tanto, a empiria do autor, somado as evidências narradas em estudos congêneres, possibilitarão, juntamente com o observado no trabalho de campo reflexões sobre o estágio das políticas de SB municipal, tendo como baliza as normativas nacionais.

Aproveito, portanto, este capítulo para evidenciar os achados no trabalho de campo realizado nas UBS selecionadas, jogando luz na infraestrutura, no processo de organização e planejamento local em saúde e nos aspectos sociodemográficos dos territórios. Desta forma, busco uma reflexão sobre o acesso aos serviços de Saúde Bucal, seguindo o estudo de Moreira *et al.* (2005), sendo estes dados de extrema relevância para tal dimensionamento.

Na sequência, no quarto capítulo, são apresentados os dados das entrevistas realizadas com os gestores públicos, com os profissionais de saúde envolvidos na assistência das políticas de Saúde Bucal – o Cirurgião-Dentista, e com os usuários destes serviços. Enquanto



os relatos dos gestores visam compreender as principais ações na condução da política de SB municipal durante o período de 1998 a 2018; a análise da segunda categoria pretende conhecer a realidade do CD atuante nas unidades de saúde pesquisadas, identificando particularidades no processo de trabalho, bem como interpretar a compreensão destes profissionais sobre a política social em voga.

Sobre os usuários, cabe a primordial função de compreender, diante da metodologia proposta e sob o conceito de bucalidade, os fatores comportamentais, sociais e culturais envolvidos no acesso aos serviços públicos de SB, em especial as dimensões “informação” e “aceitabilidade” (SANCHES e CICONELLI, 2012). Para Silva (2008), “o usuário é o principal indicador de qualidade, atrelando sua satisfação ao atendimento de maior parte possível de suas necessidades, no prazo, local, quantidade certa e de forma segura para ele” (p. 46), o que intensifica o olhar a este público, uma vez que qualidade se atrela a aceitabilidade dos serviços oferecidos.

Informações adicionais sobre o conceito de usuário serão trabalhadas no desenvolvimento deste capítulo. O que já se adianta é que a sua verdadeira composição deve se distanciar do simples fato de utilizar os serviços de saúde disponíveis na UBS do território, e ao mesmo tempo aproximar-se do conceito de cidadão. Na prática, o não acesso aos serviços disponibilizados, em especial o da SB, independente do motivo em questão, não descaracteriza o indivíduo do posicionamento de usuário, conservando desta forma o contexto de cidadania envolvido.

O quinto e último capítulo permite o retorno à personalidade do autor, cabendo ao mesmo o levantamento de propostas a partir da avaliação do pesquisador, na intenção de compilar o arcabouço teórico com os achados na pesquisa, e tendo como escopo o levantamento de possibilidades de reflexões sobre a política social em voga. Intenta também acentuar as problemáticas encontradas, seguidas dos meios de melhor condução e de resolução dos problemas revelados - que sejam embasados na cientificidade, percorrendo as diretrizes nacionais propostas, e corroborados por experiências de outros autores e até mesmo de estudos realizados em outras localidades.

Para Champagne *et al.* (2011, p. 44), avaliar objetiva “proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam

aptos a se posicionar sobre a intervenção<sup>12</sup> para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações” (p. 44).

Contudo, neste capítulo, apesar de recorrer a estudos congêneres de base científica, e diante do seguimento metodológico registrado, trata-se de um momento intimista, considerando o constructo anteriormente realizado pelo autor, este que utiliza de uma avaliação normativa.

Ao tratar da divulgação dos resultados como expressão da função social do pesquisador, Targino (1999/2000) aposta na ciência estimuladora e orientadora do avanço do ser humano, que interfere na identidade dos povos e das nações, e estabelece as verdades fundamentais de cada época, carecendo para a ocorrência destes resultados de condições mínimas de trabalho, que incluem facilidade de acesso à informação, infra-estrutura adequada, possibilidade de comunicação com os pares em caráter permanente e, sobretudo, oportunidade para a ampla divulgação dos trabalhos. Sob esta perspectiva, a ciência faz da pesquisa científica seu instrumento básico de comunicação, de tal forma que a pesquisa científica e a divulgação de seus resultados tornam-se atividades inseparáveis. Portanto, divulgar os resultados completa a ciência, devendo ser iniciado na própria comunidade científica, mas que precisa extravasar para a sociedade.

Por fim, ainda neste último capítulo, ao tempo em que propõe mudanças, permite a construção de um diálogo com quem de fato promove a política social trabalhada, ao possibilitar uma participação efetiva dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários do sistema público de saúde, em busca de uma melhor eficiência na utilização da ciência, dos recursos financeiros, humanos e estruturais, e que promova melhoria na qualidade de vida dos cidadãos, assim completando o desejo final de uma política social.

Utilizando do arcabouço por ora apresentado, seguindo o percurso metodológico proposto e analisando os dados obtidos no trabalho de campo, é que se pretende compreender a trajetória da política social de Saúde Bucal do município de Campos dos Goytacazes/RJ, sob a luz dos princípios normativos do SUS.

---

<sup>12</sup> Intervenção é aqui compreendido como um sistema organizado de ação com seus componentes que, em um contexto e tempo determinado, podem modificar ou corrigir uma situação problemática, que são os agravos ou necessidades de saúde a serem enfrentados.

## CAPÍTULO 01 - PARA ALÉM DA CADEIRA ODONTOLÓGICA: PASSOS DE UM CIRURGIÃO-DENTISTA INQUIETO

[...] No momento em que sou admitido como Cirurgião-Dentista, juro: consagrar minha vida a serviço da humanidade; ter para com os meus mestres respeito e gratidão; exercer a minha profissão com dignidade e consciência; ter a saúde do meu paciente como a minha maior preocupação; respeitar os segredos que me forem confiados; manter por todos os meios ao meu alcance, a honra e as nobres tradições da Odontologia; considerar meus colegas como irmãos; jamais permitir que preconceitos de religião, nacionalidade, raça, credo político ou situação social se interponha entre os meus deveres e meu paciente; conservar o máximo de respeito pela vida humana; nunca utilizar meus conhecimentos contra a lei dos homens. Faço este juramento para honra minha, solene e livremente [...]

### **Juramento da Organização Mundial de Saúde**

Nas próximas linhas relato minha experiência como Cirurgião-Dentista (CD) e o modo como as práticas em Saúde Bucal (SB) me trouxeram até aqui, apresentando minhas inquietudes, acentuando minhas críticas sobre o contexto, ainda aqui incipientes, mas que amadurecem no avançar das linhas. Situações levantadas a partir da empiria, corroboradas por outros estudos, e que resultam em questionamentos a serem abordados no desenvolvimento deste e dos capítulos próximos.

Para tanto, pesa a análise das vivências práticas nos campos da assistência, da gestão pública e da docência em curso de graduação em saúde, materializados ao longo destes 18 anos de carreira, atuando por municípios dos estados do Espírito Santo e do Rio de Janeiro, e que, dentre outras contribuições, permitiram, e ainda permitem compreender a dinâmica e as carências de inúmeras territorialidades, cada qual com sua especificidade. Ressalto que o lugar de fala do autor decorre de uma experiência de uma carreira que sempre, mas não somente, fora dedicada ao serviço público – complementada com atuações no setor privado, seja em consultórios particulares, próprio ou de terceiros, seja na docência do ensino superior, o que enriquece e diversifica sobremaneira os olhares do observador, possibilitando uma amplitude na abordagem das questões de pesquisa.

Sobre a aproximação entre a biografia do pesquisador e a pesquisa realizada, quatro são os principais determinantes na produção científica apontados por Peirano (1995), no qual pretendo abordar, ainda que não seguindo a ordem da autora. Segundo a mesma:

[...] sabemos que a pesquisa depende, entre outras coisas, da biografia do pesquisador, das opções teóricas presentes na disciplina, do contexto sócio-

histórico mais amplo e, não menos das imprevisíveis situações que se configuram entre pesquisador e pesquisado no dia a dia da pesquisa [...] (PEIRANO, 1995, p. 137).

Partindo da ideia e do modo como a Tese está desenhada, faz-se necessária uma apresentação do meu ponto de partida, das minhas inquietações e de como elas foram construídas, o que pode ser enquadrado como a “biografia do pesquisador” citada por Peirano (1995, p. 137).

Meu ingresso no curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) aconteceu no ano 2000. Como todo estudante da área da saúde, entrei na faculdade imaginando como seriam meus próximos anos: anatomia, fisiologia, cirurgia, clínica estética e etc. De fato foi. Considero ter tido uma formação condizente às minhas perspectivas<sup>13</sup> sobre o que era ser um profissional de saúde e sobre o que acreditava estar consoante às vigentes “Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia” (BRASIL, 2002). Entretanto, além dos componentes curriculares esperados e citados acima, alguns eram “inovadores” às minhas expectativas, como a Antropologia e Sociologia da Saúde.

Não seria honesto dizer que naquele momento consegui contextualizar a Antropologia enquanto ferramentas para pensar as questões culturais que envolvem a Odontologia e a Saúde. Meu esforço inicial, e que no desenrolar da disciplina se juntou ao ementário desenvolvido pelo docente, se dirigiu a uma discussão de “Antropologia Dental” que muito se aproximava, na verdade, de um debate circunscrito ao que talvez se possa chamar de Antropologia Física, ou mesmo, Forense, pensando a morfologia dental, os estudos de traços métricos e as alterações fisiológicas e patológicas do homem.

Com uma visão enviesada, fato observado apenas anos mais tarde, delimiti a Antropologia ao que meus interesses e os estereótipos sociais apresentavam: ali eu estudaria fósseis, arcadas dentárias e outras coisas nesse sentido. Quanto ao outro componente da disciplina, sobre a “Sociologia da Saúde”, confesso que foram menores ainda as contribuições para a compreensão do verdadeiro sentido do termo.

Além da “Antropologia e Sociologia da Saúde”, compunham minha grade curricular discussões em Odontologia Social e Preventiva, disponibilizada em dois períodos. Nestas, dois pontos de destaque: (01) estudar Epidemiologia e o recém instituído Sistema Único de Saúde (SUS); e (02) estudar técnicas de prevenção de patologias orais de importância para a saúde pública.

---

<sup>13</sup> Os relatos que se seguem são construídos a partir de minhas percepções sobre o que significava cada um dos meus estudos do período e não necessariamente das circunstâncias de ensino, das ementas ou do proposto por cada professor, especificamente.

Embora a preocupação de uma formação voltada para o SUS fosse latente, as ações propostas no período - ou minha compreensão destas - eram direcionadas ao papel do CD na prevenção de doenças que acometiam especificamente “a boca”. Até então, o *link* entre a saúde de modo biopsicossocial<sup>14</sup> e a odontologia não estava claro.

Há uma discussão importante em termos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) de Odontologia, das grades curriculares dos cursos e do *ethos* profissional construído nas instituições de ensino, mas esse debate, embora seja caro aos resultados apresentados nessa Tese, foge ao proposto e exigiria um esforço de uma segunda pesquisa, não significando o não aparecimento do mesmo, ainda que de maneira fragmentada e incipiente.

Ao referir às ações específicas da “boca”, digo que a visão holística e integral da pessoa acaba por ser debatida e melhor compreendida nos cursos de Odontologia atuais, mas que há vinte anos estavam prematuras e mal-formadas. Tal fato era apagado por uma identidade com o privado e com ações centralizadas em uma lógica de mercado, infelizmente ainda resistente e em evidência no que tange à formação e à atuação de muitos profissionais. Discutindo medicalização social e Bucalidade - um conceito fundamental e que melhor será trabalhado no capítulo seguinte - Bortoli, Kovaleski e Moretti-Pires (2019, p. 71), expressam:

[...] A Odontologia precisa rever suas técnicas e visitar os referenciais teórico-metodológicos da Saúde Bucal Coletiva, no sentido de fomentar uma abordagem ampliada e holística dos problemas de saúde, além de propiciar um cuidado com caráter menos medicalizante. Nesse sentido, o ser humano não pode ser visto de forma isolada; é fundamental diagnosticar a partir de uma análise detalhada do que o indivíduo diz, além de dar a devida importância à sua história e ao seu contexto, muitas vezes de sofrimento, de pobreza, de fome, de morte, dentre outros. A Odontologia precisa direcionar politicamente suas ações em prol do bem viver; para isso, precisa deixar de ser uma odontotécnica mercadológica para se tornar clínica, sendo capaz de atuar com o sujeito no seu cotidiano e promover muito mais do que belos sorrisos normativos, mas promover vidas melhores e emancipação humana [...] (BORTOLI; KOVALESKI; MORETTI-PIRES, 2019, p. 71).

Os autores chamam a atenção para a necessidade de uma odontologia menos medicalizada, utilizando do conceito de Ivan Illich (1975). A medicalização social, enquanto processo, vem tornando as pessoas cada vez mais dependentes do aparato biomédico e das

---

<sup>14</sup> Modelo biopsicossocial da saúde: estruturado a partir da virada do século XIX para o XX, valoriza não somente o caráter biológico envolvido no processo saúde-doença, mas também uma análise psico e social de todo o contexto, proporcionando uma visão integral do ser e do adoecer (DE MARCO, 2006). Contrasta com a vigência do modelo biomédico: racionalizado, individualista, voltado para os aspectos materiais e mensuráveis, focado no diagnóstico e na doença.

tecnologias duras<sup>15</sup> (MERHY, 2005), relegando a um plano de cuidado complementar e não principal às experiências de vida: às histórias e trajetórias sociais que envolvem o processo do adoecer.

Em 2004 tornei-me CD. Trabalhei por um período em consultórios privados de outros profissionais - recebendo por produção, na verdadeira precarização do trabalho. Aperfeiçoei as técnicas cirúrgicas e as habilidades da endodontia e por influência familiar comecei a estudar para concursos públicos. Sendo de uma família do interior do estado do Espírito Santo, mesmo residindo por anos na capital deste estado, meus pais construíram em mim a concepção de que ter uma carreira em um órgão público traria tranquilidade e estabilidade – talvez quisessem expressar o fato de sofrer menor influência do mercado, do capital, a “odontotécnica mercadológica” de Bortoli; Kovaleski; Moretti-Pires (2019).

Tal incentivo ia de encontro à ideia do “empreendedorismo odontológico”, que apregoa a abertura de consultórios privados com o uso de novas tecnologias, *marketing* e técnicas capazes de corresponder aos sentidos estéticos do mercado, oferecendo “dentes perfeitos, brancos, alinhados e simétricos” (BORTOLI; KOVALESKI; MORETTI-PIRES, 2019, p. 70). Ou seja, uma “[...] odontologia privada, fragmentada (especializada) e mercantilizada [...]” (TESSER; PEZZATO; SILVA, 2015, p. 1.355).

Após um ano de formado dividia meus turnos de trabalho em clínicas privadas e no meu próprio estabelecimento – montado na região litorânea do Sul do Espírito Santo, em sociedade com um amigo da graduação. Ainda não tinha descartado os conselhos familiares, mas que seria uma oportunidade, conforme foi, de experimentar o lado gestor e empreendedor do mercado privado.

A primeira aprovação em concurso público ocorreu em 2005. Minha atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>16</sup> no mesmo município em que localizava o “meu” consultório odontológico - agora já adquirido integralmente, permitiu a paralisação na atuação de consultórios e de clínicas de outras pessoas, centralizando meus objetivos no setor privado – mas agora próprio; e no setor público municipal.

---

<sup>15</sup> O termo tecnologia é discutido como sendo um conjunto de instrumentos materiais e não-materiais na produção de serviços de saúde. Merhy (2005) classificou as tecnologias em: (01) leve - representada pelas relações de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde, tais como o trabalho humanizado; (02) leve-duras - os saberes estruturados; e (03) duras - os recursos materiais.

<sup>16</sup> ESF – iniciada em 1994, posteriormente recebeu a denominação inicial de Programa de Saúde da Família (PSF). Utilizada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária em Saúde (APS), por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e das coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (DAB, 2016).

Sempre busquei estudar e me aperfeiçoar no âmbito do trabalho ao qual estava inserido – uma inquietude na qual nunca me arrependi e da qual ainda, e por bem, não fora acalmada. Motivado pelo ingresso no setor público, comecei a frequentar cursos sobre gestão pública, SUS e “Saúde da Família”, compreendendo cada vez mais os trâmites, as legislações, os desafios, as recompensas de atuar nesta seara.

No entanto, foi com a atuação na “ponta”<sup>17</sup>, ou seja: na ESF<sup>18</sup>, que aproximei do que considero ser a verdadeira Odontologia, aquela integrada à equipe de saúde disposta nos estabelecimentos públicos, em que o profissional analisa, de fato, os contextos de vida como necessários ao estabelecimento das condutas, do cuidado, do tratamento – em busca de “promover vidas melhores e emancipação humana” (BORTOLI; KOVALESKI; MORETTI-PIRES, 2019, p. 71). O “trabalho vivo em ato” (MERHY, 1999, p. 307), portanto, trouxe novos significados à minha compreensão da importância da profissão para a saúde física, mental e social das pessoas. Para Merhy (1999, p. 307):

[...] Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação [...] (MERHY, 1999, p. 307).

Foi a partir dessas interações com “meus pacientes”, a maioria carentes dos recursos materiais necessários para viverem a Odontologia privada, que utilizei do verdadeiro significado da palavra “cuidado”. Cuidar passou a significar: reestabelecer dignidade; aliviar dor; ouvir; acolher; visitar em casa – ir ao encontro; realizar busca ativa dos problemas de saúde; responsabilizar e informar o sujeito dos seus direitos, dos seus deveres e da sua condição de saúde, assim dando autonomia a este.

---

<sup>17</sup> A atuação na ESF é categorizada informalmente como serviço de atuação “na ponta”, por representar a última etapa dos processos de serviços e bens da saúde pública nacional, constituindo o principal e íntimo contato profissional-usuário, devendo ser o local preferencial de entrada dos indivíduos ao demandarem por serviços de assistência à saúde, buscando garantir acesso das populações vulneráveis (GIOVANELLA *et al.*, 2006).

<sup>18</sup> A ESF é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode-se acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal - eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área.

No sentido prático, pode-se exemplificar na compreensão do modo de vida da família do usuário, aqui estendido ao seu convívio social, tendo como atitudes a explanação de informações capazes de avançar nos seus direitos civis, políticos e sociais. Ou seja: muito mais do que ensinar a escovar dentes, ou a realizar determinado procedimento odontológico. Enfim, compreender os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007) como parte fundamental do processo saúde-doença e que resulte em avanços na qualidade de vida do sujeito como cidadão.

Até o momento não havia me desvinculado da odontologia privada. Por alguns anos “meu consultório” desfrutava ao mesmo tempo em que auxiliava – um ato de verdadeira simbiose – o aprendizado nos bancos acadêmicos e o ensinado pela atuação no serviço público e na já concluída especialização em saúde pública, como a necessidade de uma escuta qualificada para a compreensão da real necessidade dos usuários. Não que antes eu não ouvia os “pacientes”<sup>19</sup>, mas que a partir do trabalho na APS pude compreender os diferentes sentidos da “integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)” (MATTOS, 2004, p. 1.411). Registrar a história social dos usuários não era apenas parte de um protocolo, um caminho rígido a ser seguido para uma boa anamnese, e sim um requisito essencial para dar sentido à vida de alguém.

Fiquei pouco tempo com o consultório privado: três anos. Fui aprovado em um concurso público no município onde eu morava com minha família e lá voltei a residir. A Saúde Pública estava cada vez mais latente em meus estudos e na minha prática, quando fui convidado a ser Secretário Municipal de Saúde. Mais um desafio e que proporcionou dez meses vivendo, interpretando os desafios e lutando por um SUS resolutivo em todos os seus níveis de assistência, requisitando a busca de soluções para as mais complexas questões, sob a premissa do seu “inegável subfinanciamento” (SANTOS, 2018, p. 1.731). Esse período aproximou-me de um debate sobre o processo de desenvolvimento e de implementação das políticas públicas pelos agentes públicos locais, dado minhas percepções sobre as distorções destes quanto à aplicação das regras – leis, diretrizes e normativas, acompanhado de um desconhecimento generalizado por parte dos gestores, dos trabalhadores do setor e dos usuários do sistema.

Atuando como gestor, como membro maior de um município ou como representante da classe odontológica municipal – por também atuar como Coordenador Municipal de Saúde

---

<sup>19</sup> No trabalho será utilizado o termo “pessoa”, sendo aqui utilizado “paciente” para enfatizar uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional de saúde, assumida pela maioria dos profissionais de saúde, mas que foi deixada de lado ao percurso das qualificações.



Bucal, e/ou como CD generalista, percebi o quão complexo é uma efetiva atuação profissional no âmbito público. Envolve conhecimentos amplos, destacando os mais importantes: competências de cunho antropológico, social, epidemiológico e ambiental; afora os exclusivos da formação odontológica. A estes domínios cognitivos, acrescenta-se o enfrentamento de adversidades que dificultam o campo da prática, como: ausência de recursos físicos, de estruturas mínimas apropriadas e carências outras que impedem as melhores conduções do trabalho e refletem, diretamente, em precárias condições de SB da população adscrita.

Outro ponto, por mais catastrófico que possa ser, é a existência de profissionais despreparados para realizar o que de fato devem realizar, no nível mais elementar da assistência. Nesta seara, pude comprovar profissionais que não realizam procedimentos de exodontias – não por acreditar em ações mais conservadoras, mas sim por inúmeras outras questões e que em nada contribuem para a resolutividade da queixa do “paciente”<sup>20</sup>. Também ocorreram confrontos com profissionais que desacreditavam em atividades coletivas, em ações educativas e que não adotavam como rotina de trabalho a promoção de ações preventivas, bem como ações determinadas a sanar ou a paralisar a atividade das principais “doenças da boca”.

Desta forma, deixo explícito que ser generalista não é ser comum, longe de ser não específico a atuar em uma determinada condição, mas sim disposto a intervir de forma harmônica, conjunta e integral na saúde daquele indivíduo – e que deve ser extensivo àquela comunidade. Desperto para a importância dada a estes profissionais – os generalistas, por vezes subestimados pelos gestores, pelos cidadãos e, infelizmente, por eles próprios, ao buscarem incessantemente o rumo das especialidades. Também chamo atenção para as instituições de ensino em saúde, estas que deveriam preparar melhor o estudante para o enfrentamento de um serviço público promotor do bem-estar físico e psíquico daquele ser integral e rico de carências.

Desnecessário aqui aprofundar em maiores detalhes, mas quanto mais eu me enveredava por questões pertinentes à esfera pública, mais me afastava – no sentido de atuação, de percepção e até mesmo de concepção de valorização profissional – das possibilidades de atuação no setor privado. Longe de ser uma regra, é verdade, mas tornou-se

---

<sup>20</sup> Vale ressaltar que o trabalho em questão não objetiva abordar os aspectos biológicos das doenças bucais, mas que torna-se fundamental a atuação do CD na prevenção do agravo das doenças de maior relevância social – destaque para a Cárie Dentária. No contexto, a perpetuação de focos infecciosos, em consequência da não exodontia dos elementos dentários comprometidos e inviáveis de recuperação, não só decorre em maiores danos ao sujeito acometido, mas também corrobora para a transmissibilidade e para a difusão da doença, bem como na manutenção negativa da representação social da mesma, sob consequências estigmatizadoras e excludentes da sua manifestação.

incompatível a imersão nos dois setores de maneira integral – público e privado; de modo que pudesse sentir contemplado na busca pela ciência, na abordagem ao público-alvo e no aperfeiçoamento constante das condutas profissionais, quer seja na execução das ações, quer seja no planejamento da carreira profissional.

Diante da necessidade de ruptura epistemológica entre a Saúde Bucal Coletiva e a odontologia tradicional de mercado (NARVAI, 2001), segui o caminho do setor público, e dentre as justificativas exponho o fato de acreditar no proposto pelo sistema de saúde brasileiro, ressaltando os desafios e os contratempos. Uma escolha difícil, indo de encontro à “compreensão interpretativa da produção social e biotecnológica do Cirurgião-Dentista [...] (que) produz e reproduz uma odontologia petrificada contemporânea de práxis hegemônica de concepção de mercado” (EMMERICH e CASTIEL, 2008, p. 98).

Sem dúvidas de que escolhi o caminho mais penoso: o menos valorizado no mercado, o menos prestigiado entre os familiares, nos grupos de amigos e pela sociedade. Ainda que não me arrependa, definitivo foi o distanciamento das formas de pensar, de capacitar, de representar socialmente, bem como das práticas odontológicas herdadas da tradição sócio-histórica. Esta pautada na individualização do trabalho e na perspectiva de uma odontologia centralizada no CD e que ganha destaque sob os desejos e as vaidades do consumidor-paciente, este que protagoniza e estimula o culto ao corpo e a estética bucal – denominado por Emmerich e Castiel (2008) de “narcisismo odontológico”.

Continuando com estes autores, há que se considerar a (re)invenção de “patologias” da Saúde Bucal na sociedade contemporânea, seguindo a tendência de medicalizar a vida social (EMMERICH e CASTIEL, 2012). Tal processo – de medicalizar a vida, nos soa tão intrínseco, a partir da forma que naturalmente sofreram influência do mercado, que chega-se ao ponto de o “ser humano ser o único animal que odeia o seu próprio cheiro” (p. 91), sendo a halitose elevado a este patamar, e que ganha denotações de “mal hálito” e de “mau hálito”.

Na busca da saúde perfeita, sob a luz artificial de que devemos habitar um planeta se mal, sem doença e puro, os indivíduos querem controlar a sua halitose para não prejudicar sua ascensão social e seus relacionamentos, buscando uma eficácia mais rápida possível, com o desejo de produzir estados mais afetivos e não de apenas ter mais saúde. Para Emmerich e Castiel (2012):

[...] É uma busca obsessiva e não somente isso, mas uma colonização por uma higienética da saúde bucal perfeita, uma aparência agradável, dentro dos padrões estéticos, voltando-se para um tipo de realidade odontológica de se ambicionar e ser, “mais humano que humano”, sustentado por um exponencial e vertiginoso avanço biotecnológico, em que a estética bucal e as novas e antigas maneiras de se intervir nos pacientes, como na halitose,

incidem como desordens e normas sobre os sujeitos contemporâneos [...] (EMMERICH e CASTIEL, 2012, p. 93).

Em 2011 comecei a trabalhar na ESF de Campos dos Goytacazes, município da região Norte do estado do Rio de Janeiro. Apesar da aprovação em concurso público, em segundo lugar, a convocação ocorrera após três anos da realização do certame, o que registro como exemplo prático de desafios por muitas vezes afora da seara do setor saúde, mas que repercute negativamente no seu desenvolvimento (VARGAS, CAMPOS e VARGAS, 2016). Este evento, somado aos relatados anteriormente e que podem ser traduzidos em duas grandes áreas: (01) precarização do financiamento público, e (02) desconhecimento ou não aplicabilidade das diretrizes de saúde pública nas políticas locais; possibilitaram o enriquecimento da empiria do autor - também regada na adversidade, ao mesmo tempo em que despertaram uma inquietude aos fatos observados, acompanhado de uma necessidade em aprofundar em estudos sobre o tema. Começa aqui os primeiros passos da Tese em questão.

Depois da posse comecei a atuar em um bairro com características de grande vulnerabilidade social, em uma realidade distinta das que vivenciara até então – a começar pelo aporte populacional, já que os municípios anteriores de ofício possuem menos de cem mil habitantes. Adicionalmente, agora meus olhos estavam em alerta para outras questões de saúde até então por mim não experienciadas em profundidade: violência, pobreza extrema, desemprego, desalentos, população em situação de rua, dentre outros.

Ao mesmo tempo em que aperfeiçoava a então visão incipiente, porém própria da Saúde neste território e diante dos propósitos daquele específico contexto, aprender sobre os novos equipamentos em Odontologia para tornar as técnicas mais “desejáveis” ao mercado privado definitivamente não era mais uma prioridade. Ao mesmo tempo em que afastava da “odontotécnica mercadológica” (BORTOLI; KOVALESKI; MORETTI-PIRES, 2019, p. 71), um sentimento de angústia aflorava, ao imaginar que o aprendido na universidade – diga-se: universidade pública; jamais chegaria satisfatoriamente àquelas pessoas.

Algumas inquietudes podem ser traduzidas em questionamentos: Como eu poderia fazer uma “escovação dental supervisionada” com pessoas incapazes de comprar escova de dente, ou que a mesma não era trocada com a periodicidade desejada, e sendo compartilhada entre os familiares? Qual o motivo de compreender as tecnologias embutidas nesse instrumento (escova de dente), que aos olhos dos leigos pode aparentar ser de uma simplicidade sem tamanho, mas que evolui cotidianamente quanto ao material utilizado, quanto à ergonomia e quando à maneira de utilizar, se a mais simples e arcaica tecnologia

deste instrumento não frequenta os lares da grande maioria do público adscrito na comunidade em que atuava?

Novos desafios me foram colocados e assim, após muito pensar e estudar, e conduzido por uma sede em aprimorar conhecimentos, ingressei no Mestrado em Políticas Sociais na Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF), em 2016, com o interesse em desenvolver uma pesquisa que encontrasse respostas em relação às políticas públicas de saúde e o modo como elas operam no sentido de transformar a realidade das pessoas. Para tal, elegi uma Política Pública que estava em curso e gerando profícuos debates públicos e acadêmicos no Brasil: o “Programa Mais Médicos”.

A definição deste objeto de estudo oportunizou uma reflexão adicional sobre o profissional que me tornara e na ampliação do olhar desenvolvido no campo das práticas, entremeado às diversas condicionalidades. E foi estudando sobre as práticas médicas que pude aprender de forma correlata e aplicada às do campo da Odontologia, e assim perceber como esta precisa avançar conjuntamente com os outros cursos da área, compondo o campo da Saúde Coletiva – compreendendo o verdadeiro sentido da Antropologia e da Sociologia oportunizado como disciplina de maneira insatisfatória na minha formação superior.

As contribuições do trabalho de Mestrado refletiram de maneira assuntosa a necessidade de compreender algumas das barreiras da saúde pública, por mim concluído como reflexo do ensino concedido aos profissionais de saúde no Brasil, associado a dificuldades na condução da gestão, no planejamento e na execução dos processos de trabalho, assim como também na falta de informação do público-alvo sobre seus direitos, deveres, e sobre a melhor via de condução da sua saúde. Pude assim comprovar a robustez perseverante do modelo biomédico<sup>21</sup> inserido nas práticas de saúde e que vem a prejudicar demasiadamente a integralidade das ações em saúde e a resolutividade dos serviços.

De maneira prática, este modelo preconiza a atuação de forma disciplinar e voltada para a fragmentação das tarefas, retirando do trabalhador a visão da totalidade do processo, ao tempo em que aliena o mesmo da vulnerabilidade presente no cotidiano das práticas em saúde. Os relatos dos profissionais de saúde obtidos na pesquisa de Mestrado, dentre eles o CD, caminharam num sentido único sobre a Política Social pesquisada no município de Campos dos Goytacazes, com ganhos qualitativos diante do Programa Mais Médicos: no

---

<sup>21</sup> Modelo biomédico, também chamado de “modelo flexneriano”, “modelo cartesiano”, “medicina científica” ou “biomedicina”, constitui no modelo assistencial em saúde hegemônico no Brasil, e que está centrado na doença, na valorização do ambiente hospitalar como estabelecimento de saúde, no uso intensivo de tecnologia e na estruturação das especialidades em saúde (SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007), tendo no corpo humano um olhar fragmentado e objetivado nas queixas apresentadas pelo “doente”, e que atua distante da subjetividade e do contexto social ao qual o usuário do sistema de saúde se relaciona no processo de saúde-doença.

acesso aos serviços da APS, no acolhimento aos usuários, e no intercâmbio de experiências e atuações interdisciplinares; reverberando numa qualificação técnica das equipes de saúde (VARGAS, 2018).

Ainda como desfecho desta pesquisa, há que relatar os avanços da implantação da determinada política social, sobretudo conferindo Humanização<sup>22</sup> às práticas de trabalho, refletindo positivamente na qualidade dos serviços prestados, e promovendo o desenvolvimento da APS local, oferecendo melhores condições de vida à população adscrita nas UBS agraciadas pelo programa (VARGAS, 2018).

Motivação adicional para a condução deste trabalho de Tese e que por consequência torna-se um dos principais desafios aos profissionais de saúde, em específico o CD, pauta-se na irrestrita confiança na cientificidade, esta em especial a que se encontra baseada na reprodutibilidade dos fatos – uma verdadeira expressão gênica herdada dos bancos acadêmicos de uma graduação essencialmente “técnica” e de caráter biomédico, ainda presente e robusta na atualidade.

O profissional da saúde no Brasil possui uma preparação focada no biológico, no físico, ou melhor: naquilo que se observa ao momento da consulta, interpretado e movido por uma credibilidade acentuada em “fórmulas”, “receitas”, “protocolos” e “técnicas” a serem desenvolvidos em “casos clínicos” aparentemente “semelhantes”, e, no caso em tela, restrito à boca. Ou seja: uma atuação profunda, mas de espectro curto e incompleto frente àquele que procura por ajuda. Em suma: destoante da transversalidade das Ciências Humanas e Sociais, e que pode ser ineficiente em promover vidas melhores e emancipação humana (BORTOLI; KOVALESKI e MORETTI-PIRES, 2019), bem como precário na produção de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1999, p. 307).

O estudo de Eksterman (2003), realizado com os Médicos, mas que pode ser traduzido ao CD, demonstra a dificuldade na abordagem do modelo biopsicossocial, este possibilitando a construção de uma relação de vínculo como o outro e que valoriza as questões envolvidas no contexto de atuação:

[...] Para o desenvolvimento do modelo pretendido (biopsicossocial) carece entender de ‘gente’, no sentido do ser humano, sendo necessário [...] uma base educacional sólida em Antropologia, o mesmo valendo para a Psicanálise, na medida em que influencia os aspectos básicos da dinâmica

---

<sup>22</sup> Pautado no programa HumanizaSUS, normativa federal utilizada pela APS como principal direcionadora da humanização dos serviços de saúde, visa, por meio de diretrizes, incentivar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL. MS, 2008), tão salutar ao desenvolvimento de qualquer Política Social. Mais sobre esta política no capítulo segundo.

mental e auxilia na codificação, por exemplo, das expressões daquele que recorre ao serviço de saúde [...] (EKSTERMAN, 2003, p. 22).

Cabe ressaltar que o modelo biomédico (“modelo flexneriano”, “modelo cartesiano”, “medicina científica” ou “biomedicina”), tendo no corpo humano um olhar fragmentado e objetivado nas queixas apresentadas pelo “doente”, atua distante da subjetividade e do contexto social ao qual o usuário se relaciona no processo de saúde-doença. Segundo Mendes (1986), a odontologia flexneriana se orienta para a cura, para o alívio das doenças ou restaurações das lesões, caracterizada pela natureza individual do objeto, pela concepção mecanicista do homem, pelo conhecimento da tecnologia de alta densidade de capital, pela dominância da especialização, pela seletividade da sua clientela e pela exclusão de formas alternativas de prática odontológica.

Neste caminho, cabe refletir inicialmente, o que será abordado em profundidade no decorrer deste trabalho, sobre a incompatibilidade do modelo assistencial vigente para o avanço do SUS, considerando as permanentes e expressivas atuações do setor privado nas diferentes frentes deste sistema, sendo algumas delas:

[...] a formação em saúde altamente especializada, tornando o profissional cada vez mais específico a uma demanda e cada vez menos generalista; a valorização dos serviços de maior complexidade, em detrimento dos serviços de promoção e prevenção; e a medicalização excessiva da população, bem como a realização excessiva de exames e de procedimentos cirúrgicos que, a cada dia mais dependem de uma tecnologia moderna e custosa, e por vezes nem tão necessária e condizente com a realidade [...] (VARGAS, 2018, p. 37-38).

O modelo biomédico, longe de ser prejudicial na sua totalidade, avança no Brasil por um caminho um tanto quanto conservador a uma genuína Política Social e Pública, dentro do que se propõe a APS, na medida em que despreza fatores sociais envolvidos no processo saúde-doença, refletindo, inclusive, na Força de Trabalho em Saúde<sup>23</sup> das instituições públicas de saúde, assim impondo a valorização e a utilização estrita de “tecnologias duras” (MERHY, 2005).

Importante ressaltar que de maneira alguma desacredito na “*hard science*”, mas há que considerar as constantes e acentuadas evidências na irreprodutibilidade da mesma<sup>24</sup>, o que nos coloca a refletir diante dos verdadeiros propulsores dos estudos, dos interessados na

<sup>23</sup> O termo “Força de Trabalho em Saúde” será preferencialmente utilizado por possibilitar uma dimensão coletiva e social de seu verdadeiro sentido, deixando a margem outras nomenclaturas, preferencialmente utilizadas com um olhar um tanto quanto privatista, tais como Recursos Humanos em Saúde.

<sup>24</sup> Segundo Dudziak (2018), a Ciência enfrenta uma crise no que concerne à reprodutibilidade de suas pesquisas, sendo cada vez mais frequentes casos de retratação, de falseamento de dados, de omissão e de manipulação de dados, o que vem a ameaçar a qualidade das evidências que embasam as publicações.

divulgação e/ou na ocultação dos experimentos considerados, respectivamente, “desejáveis” ou “indesejáveis”. Numa visão otimista, deve-se considerar fatores extras aos mensuráveis nos laboratórios, aos lidos nos artigos científicos, aos sacramentados nos protocolos, aos assistidos em palestras.

Aqui evidencio mais uma vez a importância da compreensão da Antropologia e da Sociologia, atuando de maneira interdisciplinar e tornando as abordagens na Saúde um misto de empiria e de ciência – no seu amplo espectro, nas diferentes frentes e particularizado à especificidade de cada caso. São ações que podem ser direcionadas a uma pessoa, mas que não se dissocia de uma comunidade, esta repleta dos próprios costumes, de simbolismos e de comportamentos característicos.

Logo, a Odontologia no Brasil deve estar afinada a esta realidade, apesar dos estudos bibliométricos mostrarem conflitos entre a quantidade em produção científica (NORMANDO, 2014), com o baixo potencial de estabelecer evidências diretamente aplicáveis à prática clínica (OLIVEIRA, OLIVEIRA e LELES, 2007). Proponho a dizer que há tempos questiono esta cega imersão ao mercado de consumo e que, como fruto das leituras, reflexões e do conhecimento adquirido no Mestrado, acredito cada vez mais no carente, apesar de extremamente relevante, desenvolvimento da “*soft science*”, de maneira a complementar e a suplementar às práticas profissionais da saúde.

Valendo do segundo ponto do “*check list*” citado por Peirano (1995), quanto à necessidade de embasamento teórico do pesquisador, registro, utilizando da minha vivência, a dificuldade do profissional de saúde, em especial o CD, em realizar pesquisas com temáticas das Ciências Humanas e Sociais. A aproximação com a “*hard science*” desafia a compreensão da interdisciplinaridade existente na sociedade.

Assim, estes desafios também devem ser encarados quanto ao arcabouço teórico-prático pertinente às Ciências Humanas e Sociais - o que em muito destoa das evidências e dos exaustivos trabalhos, que de maneira automatizada é apregoado nos bancos da faculdade.

Desta forma, afirma-se este ser um dos obstáculos na construção deste trabalho: a falta/precariedade de embasamento teórico sobre assuntos pertinentes ao estudo das Políticas Sociais, bem como a temáticas que percorrem o campo interdisciplinar desta ciência e que ultrapassa o limitado, fragmentado e especializado ambiente acadêmico e profissional do CD. Aqui não quero justificar, antecipadamente, uma possível incipiência ou até mesmo ineficiência nas abordagens teóricas sobre o contexto das Ciências Sociais e Humanas, mas registro que o primeiro contato com tais linhas de pesquisa e o verdadeiro sentido destas na

minha experiência profissional ocorreu após o ingresso no Mestrado, em 2016, após 12 anos de formado.

Importa aqui alguns questionamentos, ainda que soem como reflexão: (01) O que esperar de avanços na Odontologia pública do Brasil se nos bancos acadêmicos o objetivo central é de formar especialistas, tecnicistas e profissionais destoantes da carente realidade brasileira? (02) Qual seria o meu conhecimento sobre as Políticas Sociais caso não optasse por cursar o *strictu senso* neste programa de Pós-Graduação?

Em outros termos, e no amálgama das questões anteriores: (03) Qual o conhecimento e qual a contribuição dos profissionais da Odontologia no Brasil, e que perpassaram por modelos conservadores e hegemônicos de formação, na elaboração de políticas sociais inclusivas, justas e resolutivas às demandas de uma sociedade repleta de vulnerabilidades no campo social, econômico, político e cultural? Enfim, questionamentos que somados aos ainda a serem expostos auxiliam na reflexão dos problemas que a Odontologia no Brasil enfrenta em relação à resolução das demandas em saúde dos mais vulneráveis.

Aqui não cabe abordar o ensino da Odontologia no Brasil, ainda que fosse um bom caminho para compreender a lógica mercantilista da profissão e seus possíveis (de)feitos na saúde pública brasileira. Porém, não se pode ficar cego à ineficiência das grades curriculares do curso quanto às abordagens do ser humano inserido, transformador e partícipe de um campo social. Certamente o modelo curricular adotado desde sempre no país influencia as escolhas profissionais, repercutindo insatisfatoriamente no modelo de assistência disponibilizado àquele que carece dos serviços públicos, que por essência deveriam ser universais, descentralizados e inclusivos.

O que se evidencia, frente aos estudos sobre o assunto, é que o desconhecimento e/ou o despreparo do graduando em Odontologia quanto aos aspectos psico-sociais do processo saúde-doença, advém de uma fragilizada abordagem das políticas públicas de saúde, repercutindo numa formação pobre na compreensão do contexto sócio-cultural envolvido no adoecimento (FREITAS, 2001). De maneira sucinta, mas que será abordado oportunamente, registra-se que a recíproca se confirma, na existência de políticas públicas de saúde frágeis na abordagem multicausal e que direcionam os profissionais, a partir de um preparo acadêmico pautado na análise clínica individualizada, para a atuação das doenças localizadas na boca.

Uma exposição breve da evolução da Odontologia enquanto ciência permite uma relativa compreensão das dificuldades envolvidas no processo de construção de uma política pública de Saúde Bucal atrelada aos fatores sociais, políticos e ideológicos e na qual deveria afastar em razoável medida dos aspectos estritamente biológicos. Seguindo o caminho da



história da doença, numa concepção geral, inicialmente observa-se o predomínio do caráter místico ou religioso dos males que afetavam os seres humanos, seguido de avanços nos terrenos da concepção causal da doença, assumindo uma visão hipocrática na qual a fonte da doença passa a decorrer do desequilíbrio do corpo por fontes externas provenientes da natureza. Aqui, inicia-se a possibilidade de prevenção dos agravos, apesar de se pautar numa análise clínica e individualizada aos espaços do corpo (LEAVELL & CLARK, 1976).

Diante desta visão reducionista e incompleta do processo de saúde-doença, ganha terreno a multicausalidade, uma vez que outras condições além das restritas ao corpo que adoece, encontram-se ativamente imbricadas, dando sentido ao que Freitas (2001) dimensiona como “supranatural” para explicar o comportamento da doença.

Assim, passa a compor o princípio de um ordenamento social, de caráter heterogêneo e de regulação externa ao corpo, e que se divide, sobretudo, em variáveis socioeconômicas, culturais e comportamentais. Ainda segundo o autor, na Odontologia ocorreu “uma hibernação orgânica, despreocupada com o seu papel social, seu alcance e seu impacto sobre hábitos e costumes da sociedade na qual estava inserida, sem mesmo aperceber-se desta inserção.” (FREITAS, 2001, p.38), o que pode ser uma explicação sobre a ineficiência de amplas e efetivas propostas de cunho político e ideológico para o combate das doenças bucais.

Tendo a cárie dentária como a maior ocorrência dos agravos de Saúde Bucal, Freitas (2001) ressalta a carência de medidas além do caráter biológico da doença. Para tanto, admite que:

[...] Não há, ainda, um modelo de determinação social para a cárie dentária, nem um modelo de determinação biológica eficaz, mas pode-se dizer que o perfil atual da doença no mundo mostra que a cárie deixou de ser uma doença Açúcar-dependente ou mutans-dependente, como se entende hoje, para ser uma doença social-dependente [...] (FREITAS, 2001, p. 112).

Numa triste conclusão, a graduação em Odontologia no Brasil, de maneira geral e incluído as instituições públicas de ensino, não prepara o acadêmico para a atuação diante das vulnerabilidades sociais, não oferecendo conceitos teóricos pertinentes ao fato e muito menos possibilitando uma vivência prática para a atuação eficiente no serviço público, ainda que este seja o principal receptor desta mão-de-obra (GARRAFA, 1983; CASCAES, DOTTO e BOMFIM, 2018).

Ao que tudo indica, não data de hoje, mas ainda permanece a formação com ênfase no domínio psicomotor – das habilidades manuais; bem como nos aspectos cognitivos – no que concerne às habilidades intelectuais. Assim, segundo Garrafa (1983), deixa-se de lado a formação pautada na representatividade do campo afetivo, consubstanciada por valores,

hábitos e atitudes necessários ao bom andamento dos aspectos anteriormente citados. Segundo o mesmo:

[...] Com raríssimas exceções, as universidades brasileiras continuam graduando, de forma alienada, seus recursos humanos para uma realidade que não existe. Os jovens terminam seus cursos prontos para atender preferencialmente às populações de alta renda. Mas as pessoas detentoras das melhores fatias do bolo econômico já possuem seus dentistas: os profissionais que precederam ao recém-formado [...] Ocorre exatamente aí a contradição fundamental existente entre a teoria e a prática odontológica atuais: a Universidade permaneceu formando recursos humanos dentro de uma linha elitista, esquecendo a realidade totalmente diferente que espera o profissional. Assim, não só a comunidade que mantém a Universidade é prejudicada, como o próprio estudante, o qual entra em sérios conflitos íntimos pela inoportunidade e dificuldade de exercer a prática aprendida. Passa, então, a oferecer uma Odontologia de baixo nível, uma vez que não lhe foram apresentadas soluções apropriadas e realistas, de forma sistematizada e científica [...] (GARRAFA, 1983, p. 128).

Portanto, o que se observa é um distanciamento da odontologia do que se almeja nas políticas sociais, ao praticá-la sob quatro paredes, sem privilegiar uma atenção bucal socialmente determinada, interdisciplinar e multiprofissional, capaz de cumprir o seu papel profissional e político na sociedade (EMMERICH e CASTIEL, 2013). Prepondera assim uma formação tecnicista, uma prática clínica individualizada, biocêntrica, fragmentada e curativa, enfatizando as tecnologias de ponta. Segundo Botazzo (2013), há uma redução da Saúde Bucal à Odontologia e desta à cariologia, pois aqui se promove uma circulação mercadológica de maneira mais efetiva e economicamente mais viável para o profissional.

Uma formação qualificada para a atuação em clínicas particulares, na realização de procedimentos estéticos e que visam o lucro a todo o custo, e que de uma maneira cruel reproduz desenfreada e exclusivamente o aspecto biológico da doença, focado no indivíduo (pior: na boca de dentes) e que permite a permanência dos problemas de SB no país, uma vez que os mesmos são multicausais, atrelados aos aspectos sociais, econômicos e culturais, e de atuações, na grande maioria, interdisciplinares.

Assim, o discurso de que “a saúde começa pela boca” não somente parece jogar luz ao campo de atuação do profissional da odontologia, mas, em contrapartida, que separa o objeto boca do objeto social (EMMERICH, CASTIEL, 2013), sendo impossibilitado esse discurso de abarcar outros objetos, e que se aprisiona na sua própria disciplina (BOTAZZO, 2008). Segundo o mesmo:

[...] Se desobstruirmos o horizonte, poderemos ver outras coisas [...] Se desejar tomar esse caminho (da integralidade em saúde - a comunicação da boca com o corpo e vice-versa), o dentista precisará se dedicar ao estudo das outras disciplinas e cada vez mais se interessar por matérias que,

tradicionalmente, ocupam pouco tempo na graduação, mas que fazem falta no dia-a-dia do profissional [...] (BOTAZZO, 2008, p. 84).

Registra-se, portanto, a baixa participação destes profissionais na realização de estudos desta natureza, já demonstrado pelo verdadeiro apelo tecnicista da profissão, de maneira a prestigiar maneiras “engessadas” de se compreender a realidade e que remete ao ponto seguinte relatado por Peirano (1995): os rumos sócio-históricos da profissão. Para este ponto, maiores detalhes serão abordados no segundo capítulo, uma vez que tal assunto está imbricado na formulação de teorias e de conceitos pertinentes ao desenvolvimento desta pesquisa.

Por questões aqui já discutidas, a aplicação da ciência odontológica está fortemente vinculada a um processo tecnicista, à desvalorização da história de vida dos sujeitos e ao afastamento de uma visão integral da saúde. Desse modo, precisam ser narrados os caminhos que me levaram a “observar o familiar” (VELHO, 1987, p. 121) e, posteriormente, a “transformar o familiar em exótico” (DA MATTA, 1978, p. 28), contextualizando, de maneira precipitada, os achados no trabalho de campo e fornecendo subsídios para uma discussão destes ao tempo certo.

Outro ponto que vale citar, mas que se levado à profundidade caberia o desenvolvimento de outro estudo, reside na “discrepância inter-regional e interestadual na produção científica brasileira, sendo as instituições públicas, a despeito das dificuldades, responsáveis pela maioria das pesquisas odontológicas desenvolvidas no Brasil” (CAVALCANTI *et al.*, 2004, p. 99). Tal fato corrobora a discussão sobre a dificuldade de compreender a controversa atuação dos profissionais de Saúde Bucal no país, demonstrando a preferência por atuações no setor privado, ainda que as principais pesquisas e publicações no campo científico sejam promovidos num *locus* público, ciente do caráter imparcial e relevante para a sociedade de que toda a pesquisa deveria ter.

O que aqui clama por atenção é que, ainda que apenas por uma questão ética, ou mesmo lógica e/ou ideológica, deveriam os produtos científicos estar voltados, ao menos em grande parte, para o desenvolvimento das políticas públicas: como um ciclo positivo entre pesquisa e desenvolvimento nas práticas deste componente.

Considerações a respeito do paradoxo entre a extensa produção da ciência no campo da Odontologia no Brasil e a pouca exploração nos estudos desta disciplina no campo das Ciências Humanas e Sociais, corroboram ao anteriormente descrito a respeito de uma prevalência nos estudos “duros” e reproduzíveis, com as devidas considerações levantadas. Ao estudar a produção científica brasileira na área de odontologia preventiva e social no

período 1986-1993, Narvai e Almeida (1998) concluíram que apesar do período histórico de “reconquista e consolidação das liberdades democráticas, em pleno apogeu do processo da Reforma Sanitária, questões dessa ordem não despertaram significativamente o interesse dos pesquisadores científicos brasileiros da área odontológica” (p. 513). Algo ainda em evidência.

De maneira a exemplificar o que me despertou a atenção em relação aos avanços e retrocessos da Odontologia no cenário atual, reforçando a necessidade do “*hard*” conjuntamente ao “*soft*”, e como um aperitivo do que será abordado na intimidade no capítulo próximo, utilizo dos estudos de Coelho-Ferraz, Valvassori e Ayer (2011), ao retratar a fuga da saúde no campo da necessidade em direção ao comportamento de desejo, em que “a boca permanece mecanizada, mercadológica, vitrine de uma sociedade hedonista e consumista com sorrisos midiáticos empolgados pelo tecnicismo que aprisiona” (p. 100). Compartilho da concepção dos autores, em que a Odontologia:

[...] deve sugerir mudanças no âmbito universitário, na gestão governamental, na distribuição de renda, com implicações saudáveis para toda a sociedade. Cabe a esta área estabelecer uma identidade para a boca que colabore na construção de um futuro mais humano, calcado em uma reflexão ética, poética, estética e política [...] (COELHO-FERRAZ, VALVASSORI e AYER, 2011, p. 100).

A ciência, diante do já exposto, como algo que possibilite a reprodutibilidade das ocorrências, encontra abismos, ineditismos, vieses quando colocadas em prática nos estudos sobre a Saúde, o que destoa das técnicas experimentais – laboratoriais. Um dos motivos decorre da aplicação, da reprodução ou da experimentação dos estudos em Saúde associados às Ciências Humanas e Sociais, que na saúde pode-se em boa medida tratar como corpos – coletiva e geograficamente agregados, ainda que em algum momento segregados e individualizados nas percepções, sabidamente distintos a nível cultural, informacional e espiritual. Segundo Aquilante e Aciole (2015), sob influência de conteúdos político, econômico e social, deve-se considerar a riqueza dos determinantes e a confluência e a divergência de fatores a cada caso na particularidade do território.

Soma-se ao contexto o lapso temporal em que os estudos são conduzidos, publicizados, compreendidos e aplicados para quem de direito deve ser lido, aprendido e, por fim, executado a um público quase sempre distinto do experimental, não sendo espantoso pensar que se aplicado na integralidade do percurso metodológico, considerando a dinamicidade dos fatos, o tempo pode ter requisitado alterações para a condução de uma política, de um programa, de uma ação. Logo, mesmos princípios podem resultar em diversos efeitos de uma política social.

Ainda que pareça óbvio o descrito nos dois parágrafos anteriores, assumo que tal compreensão a respeito destas “variantes” nas políticas de Saúde, aqui embutidos os aspectos psico, social e cultural dos sujeitos, não foi construída nos bancos da graduação, mas sim despertada diante da trajetória aqui narrada, complementada com cursos sobre gestão em saúde pública e que foi amplamente fortalecido no desenvolvimento do curso de Mestrado e no desenvolvimento do Doutorado. O que leva a refletir sobre a ausência destes conteúdos esbarra na problemática discutida e ratifica, portanto, o caráter biologicista e o apelo mercadológico da ciência odontológica.

Deixando à parte os sucessos e insucessos pessoais, considerados inerentes ao profissional que enfrente projetos audaciosos, o que merece destaque diante do narrado é a percepção de que todo o profissional de saúde deveria se dedicar para o bem da sua profissão e para a realização de mudanças positivas na vida do cidadão. Este muito mais do que um “paciente” – não como um mero expectador, mas que seja capaz de perceber as contribuições ofertadas pelo profissional e capaz de se tornar participativo no avançar da sua própria saúde.

Este potencial transformador deve ser encarado como “o grande tratamento”, como o empoderamento dos usuários e dos seus, sendo potencialmente capaz de levar melhorias na qualidade de vida de uma sociedade. São expectativas trazidas à tona por Merhy (1999), a partir da produção da “responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação” (MERHY, 1999, p. 307).

É muito mais do que uma restauração<sup>25</sup>, uma extração de um dente que dói, uma limpeza nos dentes inferiores... Apesar de percorrer estes caminhos assistenciais, compreendidos na execução de procedimentos técnicos, torna-se imperioso a compreensão de conceitos e práticas sobre: Atenção e Cuidado em Saúde, Acesso e Justiça. Conteúdos a serem explanados no capítulo que segue.

Sendo o Brasil excelência em estudos sobre a Odontologia (NORMANDO, 2014), ressalta-se o paradoxo na condução de uma política pública de qualidade, abrangente e capaz de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, a luz de princípios sólidos da universidade, da equidade e da resolutividade (BRASIL, 2017b). Assim, a busca por benesses da política social

---

<sup>25</sup> Procedimento odontológico que visa remover o tecido cariado e a colocação de material sintético resinoso. O que para muitos pode soar como uma técnica de tratamento, esta técnica isolada não possibilita a mudança de contexto individual e coletivo do que pode ter causado a lesão cariada, o que também não incentiva a responsabilidade do cidadão sobre os cuidados em saúde a serem tomados para uma melhor qualidade de vida e para que não se inicie o processo repetitivo do ciclo da doença.

em voga parece não corresponder à realidade, sobretudo no que se refere ao cuidado e à assistência ao público carente e vulnerável

Aqui, um ponto fundamental de discussão e que será trabalhado ao longo de todo o texto, ao colocar o autor-pesquisador em situação de desconforto diante dos descaminhos e dissonâncias entre a teoria – aqui englobada as diretrizes e normativas da política, e a prática, o que vem a reverberar uma desigualdade e iniquidade nas ações e serviços de Saúde Bucal.

Não que seja um desgosto e/ou um desapontamento do cenário evidenciado ao longo da minha trajetória profissional, mas que a situação oportuniza reflexões e, na sequência, clama por um estudo aprofundado e que pretendo desenvolver ao longo da Tese. Trata-se um pouco do que Peirano (1995) diz sobre as situações que se “configuram entre pesquisador e pesquisado no dia a dia da pesquisa” (p. 137), e que será apresentado nas análises dos dados levantados.

Contudo, adentrando na pesquisa proposta, e considerando as reflexões motivadoras, vale ressaltar que a condução de uma pesquisa deve estar pautada na neutralidade, sem “estabelecer diferenças entre o que é comum ou corriqueiro, ou ordinário, e o que surpreende como insólito ou fora do lugar [...] toda a extensão da cultura tribal em todos os seus aspectos, deve ser examinada na pesquisa” (MALINOWSKI, 1975, p. 47). Entretanto, há que considerar que estudos com seres humanos envolvem a personalidade do pesquisador, pois “o que se traz de um estudo de campo depende muito daquilo que se levou para ele” (EVANS-PRITCHARD, 2005, p. 244).

Pensar na reprodutibilidade fiel das pesquisas nas Ciências Sociais e Humanas não parece razoável. Ainda que se repita a metodologia, os objetos de pesquisa e até mesmo o pesquisador, por exemplo, o tempo em que os dados foram adquiridos, analisados e discutidos, por si só são responsáveis por conclusões adversas ao do estudo primeiro. Entretanto, o processo de materializar as contribuições científicas evidenciadas em métodos ou modelos de atuação na prática, no objetivo principal de beneficiar a realidade estudada, decorre em legislações, teorias, protocolos de intervenção ou outras ferramentas úteis a serem adaptadas a cenários distintos.

Desta forma, o avanço das políticas públicas em saúde no Brasil, que aqui ganha contornos a Saúde Bucal, pode ficar prejudicado diante do desconhecimento e da incompreensão dos gestores rente às legislações vigentes; somado a não aplicabilidade e/ou da incompleta adaptabilidade das evidências científicas pelos profissionais na atuação cotidiana; bem como da precária participação social na formulação, na implementação e na busca por melhoria das políticas sociais. Aqui, hipóteses de uma empiria.

Ao ponto, algumas evidências permitem entrelaçar e embasar as inquietações enunciadas, resumidas na ineficiência da aplicabilidade técnica e científica na prática odontológica pública nacional, e que para tanto deve ser analisado a atuação dos agentes envolvidos na condução do processo: dos gestores aos usuários do sistema público de saúde nacional, passando pelas considerações da equipe de saúde, escalonado à Equipe de Saúde Bucal (ESB) e ao Cirurgião-dentista (CD).

Ratificando a necessidade do alinhamento ciência-gestão-prática, importa salientar que o Programa Brasil Sorridente, implementado em 2004 como uma política de governo e formalmente denominado Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), percorre a tentativa de alinhar investimento nos estudos sobre o tema, acompanhado da organização do processo de financiamento, da vigilância em SB e do aumento do acesso aos serviços deste setor (BRASIL, 2004).

Segundo Pucca Jr. (2005), alguns pressupostos são relevantes na condução desta política, estes que devem estar pautados na interdisciplinaridade, no multiprofissionalismo, na intersetorialidade, na ampliação e na qualificação da assistência, bem como na melhoria das condições de trabalho. Ainda segundo o Coordenador Nacional de Saúde Bucal vigente à época da implantação do programa, os profissionais de SB participavam muito pouco do SUS, o que reflete a precária inclusão social, ao privilegiar o atendimento odontológico de crianças, gestantes e daqueles, ainda que no ambiente público, que podiam pagar por um tratamento, dado à falta de equidade de todo o processo (PUCCA JR., 2005).

Assim, essa dívida social com os cidadãos vulneráveis nos diversos aspectos – sexo, idade, condição individual de saúde, estrato social, dentre outros; requer uma qualificação da APS, aqui inserida a Equipe de Saúde Bucal, assegurando a integralidade das ações, utilizando da epidemiologia e de outras informações territoriais para subsidiar o planejamento no setor e assim centrar a atuação nas demandas socialmente dispostas. Ao ponto, notória é a participação dos gestores locais na condução e na execução das políticas sociais em voga, dada a necessidade de compreensão da dinâmica dos territórios para a adaptação do preconizado nas diretrizes nacionais.

Alguns estudos demonstram a não realização do preconizado nas diretrizes do Ministério da Saúde, persistindo barreiras de acesso aos serviços e a predominância de práticas do modelo tradicional: centrado no atendimento do escolar e deficiente no acesso aos outros públicos (LEAL e TOMITA, 2006; SOARES *et al.*, 2011). Leal e Tomita (2006) complementam suas conclusões sob a égide da existência de um “paradoxo de conhecer

princípios importantes que norteiam o SUS, que, contudo, não balizam, na prática, o planejamento das ações programáticas em Saúde Bucal” (p. 159).

O estudo de Bueno *et al.* (2011) mostrou que o desenvolvimento de indicadores de avaliação de uma política pública municipal em SB carece de um serviço minimamente organizado e compatível com as diretrizes da PNSB, estas que devem ser enriquecidas com a participação ativa dos trabalhadores locais e de dados encontrados na literatura. O fato dos autores não citarem explicitamente a importância do controle social nesta iniciativa, tendo em vista comporem o público-alvo das ações e que para tanto necessitam participar ativamente deste processo, implica aos trabalhadores locais carregar os anseios da comunidade, o que não é o ideal, uma vez que não são os próprios, mas que podem repercutir positivamente.

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), documento referência das políticas de SB nacional e que será exposto nos capítulos seguintes, a gestão participativa integra um dos princípios norteadores, assegurando a representação de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços e gestores de todas as esferas de governo; sob “o estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado” (BRASIL, 2004, p. 03).

A necessidade da participação dos usuários na formulação, execução, acompanhamento e aprimoramento das políticas sociais, aqui a de SB, não somente permeia documentos oficiais, bem como povoam conclusões de estudos científicos congêneres ao tema. De maneira geral, entretanto, o que as diretrizes determinam e o que a ciência preconiza não é oportunizado na prática: no mais íntimo e enriquecido espaço de discussão das ações e serviços em saúde, não exercendo a população uma efetiva participação. Tal evidência, por mim tratado como premissa, é corroborado por SILVEIRA *et al.* (2006) ao verificarem numa população de um bairro periférico de Blumenau/SC uma história desfavorável sobre o conhecimento dos usuários do SUS em relação a uma participação ativa nas políticas locais de SB, condicionada por uma noção distanciada do conceito de cidadania.

Indo ao encontro ao desconhecimento dos usuários quanto à participação das políticas públicas, pesa o fato dos aspectos sociais estarem entremeados na biologia dos sujeitos, manifestado explicitamente no dente – diga-se: na boca. Na medida em que os usuários do sistema público de saúde passam a compreender a dimensão simbólica dos dentes, este público torna-se questionador do acesso aos meios da reabilitação odontológica como parte do direito à saúde, assumindo um protagonismo na regulação do “modo de fazer o serviço” (FONSECA, NEHMY e MOTA, 2015, p. 3.127).



Assim, os desafios da aplicabilidade de políticas sociais acessíveis aos mais vulneráveis caminham no sentido destes conhecerem seus direitos de cidadão, o que não parece ser uma regra aos campos da prática. Se os usuários desconhecem seu verdadeiro posicionamento na sociedade, na consciência de seus direitos e na participação em positivas mudanças no seu território, o mesmo parece ocorrer com os responsáveis pelo planejamento e pela gestão da política, bem como pelos profissionais envolvidos. O que aumenta os desafios para o sucesso da PNSB.

Em 2015, Aquilante e Aciole (2015) concluíram que ao abordar gestores e profissionais de SB do estado de São Paulo, mesmo após 10 anos do lançamento da PNSB, ainda existem dificuldades para implementar os pressupostos descritos, tendo como fragilidades: (01) a Integralidade do Cuidado – centrado em atividades convencionais e sem priorização das ações coletivas; (02) a Interdisciplinaridade – pautada numa prática predominantemente curativista, desenvolvida de forma autônoma, independente e individualizada; (03) o Acolhimento, Vínculo e Responsabilização – pois percebeu-se uma tendência dos profissionais em responsabilizar os usuários por todos os problemas de saúde que apresentam, dada a “visão limitada e pouco crítica dos condicionantes sociais e econômicos que interferem na saúde da população, (e que) acabam por não perceber a complexidade dos determinantes sociais” (p. 245); (04) a Humanização – concentrada em consultas e atendimentos, mas deficiente na produção de conhecimento, de responsabilização e de autonomia ao usuário; e (05) Vigilância à Saúde – precária nas ações pautadas na integralidade e no princípio de busca ativa de famílias.

Também aguça a discussão a complexidade na definição de Saúde, o que dificulta atingir um estágio pleno: de ausência de doença. Independente das versões utilizadas na literatura mundial ao longo da história, soa o alarme de que estamos num campo cada vez mais amplo, não totalmente descoberto, e verdadeiramente interdisciplinar, capaz de responder às vulnerabilidades e de possibilitar a melhoria na qualidade de vida num lapso temporal de médio e longo prazo. Para tanto, a demanda de recursos, de políticas, de gestão continuada e de execução efetiva das ações pertinentes corrobora no contexto apresentado.

Afora a evolução conceitual, esta oportunizada e pormenorizada no capítulo seguinte, tem-se como mais categórico o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), de que Saúde é não somente a ausência de doença, mas o estado dinâmico de bem-estar físico, mental, espiritual e social (WHO, 1998). Ainda que seja uma definição ultrapassada na sua atual abordagem, trata-se de um importante marco conceitual para o início da discussão,

ficando explícito a complexidade e a dinamicidade dos fatores envolvidos e envolventes no processo saúde-doença, não permitindo uma visão simplista, finalizada.

Portanto, parte-se do pressuposto que a Saúde, ainda que analisada de maneira isolada é indissociável nos seus espectros próprios, requerendo ações conjuntas, coerentes e contínuas no que tange à promoção, à prevenção, ao tratamento imediato, e à reabilitação de danos. Sendo a SB um espectro próprio, não se descarta a conjuntura exigida das suas práticas.

Importante ressaltar que “medidas preventivas em saúde”, podem soar erroneamente aos ouvidos de quem desconhece o termo prevenção: este que deveria estar atrelado ao fato de evitar danos maiores à evolução de determinada enfermidade - mais do que apenas evitar que a mesma aconteça. Não digo que se deve privilegiar a primeira forma, e sim registro que as medidas preventivas devem ser instauradas o quanto antes, preferencialmente antes do desabrochar de determinada doença, e a todo o instante do cuidado, uma vez que medidas combativas ao curso natural da doença também atuam prevenindo maiores danos. Portanto, destaque às diversas maneiras de prevenir, ainda que não apenas no aparecimento clínico da doença, mas também intervindo na sua evolução de forma “natural”.

Não se deve, portanto, partir do princípio de que temos pólos opostos entre medidas preventivas e medidas curativas, o que para Charles (1986): “existe uma só odontologia: a melhor que pode ser praticada num momento dado da evolução da doença. Prevenção e tratamento formam um todo contínuo.” (p. 09). Assim, a prevenção equivale ao melhor tratamento que se pode fazer num dado instante da evolução da doença, ainda que nos estágios finais ela também exista - ao que chamamos de reabilitação.

Segundo Chaves (1986), se saúde é um estado do indivíduo e que transborda para uma sociedade numa visão holística de uma população, “não se pode subsistir como saúdes parciais dos diversos órgãos e sistemas” (CHAVES, 1986, p. 06). Concordo, portanto, que se trata de uma “abstração útil” (p. 06), na medida em que só se consegue estudar um todo – a Saúde, se estudarmos seus diversos componentes, sendo a SB um destes.

Neste caminho, as condições de saúde de uma determinada população são resultantes de políticas, ações, medidas e intervenções, tomadas num lapso temporal maior do que um mandato eletivo, a exceção de situações extremas e pontuais e que na maioria das vezes não reverberam por tempos longínquos e com resultados profícuos para a sociedade. Desta forma, desnecessário seria pontuar, ainda que teimo no registro, que as ações em saúde devem ser tomadas de forma contínua, ordenada e sistemática, corroborado pelo posicionamento das evidências em saúde, e que para tanto devem ser regidas, pautadas e executadas por uma cientificidade, considerando as adversidades locais, mas que livre de posicionamentos

personais, por vezes de caráter parcial, político e avesso aos interesses de um coletivo (VARGAS, 2018).

Aqui, não penso em outro caminho do que creditar os estudos científicos verdadeiramente embasados, ainda que para serem colocados em prática na sua completude necessitem de um tempo maior do disponibilizado ao pleito eleitoral, demonstrando a importância da continuidade e da maturação dos planejamentos e das execuções que visem maior resolubilidade dos serviços públicos. Adentrando no rol dos problemas de SB, teríamos uma infinidade de questionamentos, de propostas de estudos, de hipóteses e, conseqüentemente, de metodologias de trabalho a serem desenvolvidas.

Sobre problemas de SB, entenda-se tratar de enfermidades acometidas na população, distanciando dos problemas de financiamento, de infraestrutura, de organização do processo de trabalho. De maneira didática, os problemas de SB no âmbito público, enquadram nas contribuições dos estudos de Leavell (1976) sobre o que constitui um problema de saúde pública, caracterizados em situações que: (01) constituir causa comum de morbidade ou mortalidade; (02) existir métodos eficazes de prevenção e de controle; e (03) tais métodos não estarem sendo utilizados de modo adequado pela comunidade.

De forma a estabelecer critérios para se eleger as prioridades dos problemas de Odontologia Social, Chaves (1986) utiliza de alguns princípios, elencando os de maior importância aqueles que a enfermidade atingir um maior número de pessoas, que possua uma maior seriedade do dano causado, que tenha uma possibilidade de atuação eficiente, com um custo per capita baixo, e que constitua em grande interesse da comunidade para o enfrentamento do mesmo. Tais princípios devem ser analisados de forma conjunta, sendo a Cárie Dentária o problema de número um da Odontologia Social, e o que será perseguido no decorrer desta pesquisa, ainda que se saiba não ser o único problema desta ordem no Brasil, no estado do Rio de Janeiro, ou no município de Campos dos Goytacazes.

O problema da Cárie dentária, e que se aplica a outros problemas públicos de ordem odontológica com as devidas ressalvas, deve ser combatido segundo métodos que proporcionem a prevenção de sua ocorrência, ou ainda a limitação do dano por ela causado, ou, na sua evolução maior, na reabilitação do indivíduo que teve seus dentes perdidos – o estigmatizado: “desdentado”. Portanto, são medidas preventivas, em que deveriam ser priorizadas as de maiores impactos e as de menores custos, sobretudo ao erário público, a serem adotadas no estágio inicial da doença - antes da sua manifestação mutiladora decorrente de extrações dentárias, capazes de “rotular” à verdadeira exclusão do acesso às políticas sociais, que deveriam ser justas na sua plenitude.

Contudo, as manifestações das doenças bucais não se restringem a um *locus* específico do corpo humano, assim reverberando em outras dimensões que além do aspecto físico, revelando as vulnerabilidades nos espectros diversos, envolvidos no contexto e que endossam os desafios aos propósitos de uma política social. A estas variáveis, somam-se a formação dos profissionais de saúde, o preparo dos gestores e a intensidade da participação social na condução da política em voga. Enfim, inúmeros apontamentos capazes de justificar as angústias e as inquietudes propulsoras das questões de pesquisa do referido trabalho de Tese. Diante do narrado, torna-se imperioso o aprofundamento de alguns conceitos pertinentes ao desenvolvimento da pesquisa, o que será trabalhado no capítulo seguinte.

De forma sucinta e finalizadora a esta seção, apresento o fulcro das minhas percepções. A primeira, de que as evidências científicas, ao mesmo tempo em que confio ser o ponto a ser trabalhado, debatido, enfrentado e remodelado a cada realidade, por vezes enfrentam no seu local de execução barreiras, algumas intransponíveis e distintas das “realidades” impressas nos livros, nos artigos científicos, nos cursos de capacitação profissional, e até mesmo nos relatos de experiências vividas em outras localidades, ou em tempos distintos.

Também reforça o contexto de políticas públicas de saúde bucal destoantes do preconizado nas normativas legais, o fato de que as ações colocadas em práticas devem requerer planejamento estratégico segundo a necessidade de cada território, isento de intenções além da de promover qualidade de vida aos mais vulneráveis – em primeira medida, e utilizando de políticas de médio e longo prazo, por vezes extrapolando o lapso temporal do pleito eleitoral municipal.

Aos usuários, cabe a menor parcela da culpa, apesar de ser o maior prejudicado, e por vezes o único, em todo o processo. A maneira como o mesmo se comporta diante das necessidades de SB, embutido as representações sociais sobre todo o contexto, o coloca numa posição passiva da sua própria condição de saúde. Assim, cabe a este público manifestações no sentido de avaliar, de planejar e de executar as políticas que os tenham como principais beneficiadores, e de que para tanto, medidas incentivadoras deste processo devem ser promovidas pelos gestores e pelos profissionais de saúde.

Contudo, o presente capítulo, ao mesmo tempo em que expõe a trajetória do pesquisador-autor, justifica a escolha da temática trabalhada e sublinha, com contornos da literatura científica, pontos a serem trabalhados nos capítulos seguintes.

## CAPÍTULO 02 – CONCEITOS E MARCOS DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Conforme descrito nas considerações iniciais, este capítulo se desprende das questões empíricas, fazendo o mesmo com a escrita em primeira pessoa. Ao tempo, joga luz ao cenário teórico, conceitual, histórico e social da política em questão, objetivando associar ao apresentado anteriormente, e que permeia as inquietações pessoais do autor. Para tanto, utiliza-se como substrato desta associação a presente etapa, que se subdivide em duas partes.

Inicialmente, por meio de diversificadas fontes científicas e de apelo teórico, pretende-se pontuar os principais conceitos ao estudo em questão, em especial os conceitos de saúde, de doença e de acesso. Também ocupa este espaço a compreensão das expressões específicas à temática em destaque, como o conceito de “Bucalidade”. Na segunda parte, apresenta-se um inventário sobre o percurso sócio-histórico da política pública de SB no Brasil, evidenciando os principais desafios deste processo e, que ao mesmo tempo acaba projetando as tendências da política social em voga.

Antes de adentrar nas sessões, cabe um detalhamento a respeito das Políticas Sociais, atrelando este ao campo setorial da SB. Contribuições que permitem correlacionar o programa de Doutorado à temática escolhida e assim pontuar as verdadeiras afinidades entre ambos - que a princípio tanto parece distante na prática, conforme descrito a partir das concepções primárias do autor. Afinidade esta que não deve soar como semelhança, o que não estaria errado e sim incompleto, mas que utiliza da outra denotação do termo segundo o dicionário *on-line* Oxford Languages<sup>26</sup>: como vínculo de parentesco, sendo, no caso, a SB descendente das Políticas Sociais.

Interpretado na atuação interdisciplinar e objetivando levar qualidade de vida aos vulneráveis, as Políticas Sociais, dentro da polissemia que a compete, é aqui conceitualmente apresentada como uma mistura das vertentes setorial e finalística (FLEURY, 1999), de modo a abordar respectivamente o tema “Saúde Bucal” inserido na temática “Saúde”, e por ratificar a necessidade de uma rápida e eficaz atuação na resolução dos principais agravos que acometem a sociedade. Ao abordar os resultados de uma política social conforme seus princípios genuínos, Fleury (2004) retrata que:

[...] Por meio das políticas sociais é possível alterar a distribuição de poder na sociedade, transformando privilégios em direitos, “direitos em princípio” em “direitos na prática”, clientelas em cidadãos ativos, estruturas

---

<sup>26</sup> Oxford Languages: disponível em: <<https://languages.oup.com/google-dictionary-pt>>. Acesso em: 21 Jul. 2022.

administrativas patrimoniais e clientelistas em mecanismos eficientes de gestão pública, sociedades fragmentadas em novas formas de organização, integração e desenvolvimento do capital social, fortalecendo a governabilidade local [...] (FLEURY, 2004, p. 39).

No que pretende o trabalho em questão, portanto, apropria-se da definição de Políticas Sociais de Ailton Mota de Carvalho, por focar “[...] um conjunto de diretrizes, orientações, critérios e ações que permitam a preservação e a elevação do bem-estar social, procurando que os benefícios do desenvolvimento alcancem a todas as classes com a maior equidade possível” (CARVALHO, 2007, p. 75).

Ao retratar as tipologias das economias políticas dos regimes de Welfare State, ressaltando a sua gênese e as respectivas e históricas relações de propriedade (mercado) e Estado (democracia), Esping-Andersen (1991) ressalta que a política social pautada no modelo social-democrata encontra-se embasada na mobilidade de poder a partir da mobilização de classe no sistema parlamentar. Seu aspecto emancipador, incutido na igualdade e nos melhores padrões de qualidade de programas desmercadorizantes, e universais ao mesmo tempo, assume uma pré-condição de eficiência econômica.

O que se observa, diante das consequências do tempo e da evolução nas relações sociais, é a necessidade de reconceituar os regimes de Welfare State, sobretudo a partir de uma lógica de direitos e de garantias sociais – no sentido da desmercadorização da pessoa, na ocorrência da emancipação dos indivíduos da dependência do mercado. Segundo Esping-Andersen (1991):

[...] Quando os direitos sociais adquirem um status legal e prático de direitos de propriedade, quando são invioláveis, e quando são assegurados com base na cidadania em vez de terem base no desempenho, implica uma ‘desmercadorização’ do status dos indivíduos vis-à-vis o mercado [...] Os Welfare State desmercadorizantes devem envolver a liberdade dos cidadãos, e sem perda potencial de trabalho, rendimentos ou benefícios sociais [...] (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 101-103).

Logo, o modelo Beveridge, na mais pura essência, assume com maior propriedade esta qualidade, uma vez que se distancia da comprovação da necessidade de recebimento de uma política e que assume o caráter universal quanto aos beneficiados e quanto aos contribuintes destas políticas. Ciente de que esta proposta não se enquadra ao modelo nacional de proteção social, sendo este regado a muitas variações e heterogeneidades segundo os modelos categóricos relatados por Esping-Andersen (1991), apropria-se, portanto, das contraposições deste autor no que tange ao fato de que o Welfare State não é apenas um mecanismo que intervém – e talvez corrija as desigualdades, é, em si mesmo, um sistema de estratificação,

uma força ativa no ordenamento das relações sociais, pois ao estigmatizar seus beneficiados, no regime liberal, ou ao categorizar o indivíduo o ligando à passividade dos valores conservadores e diante de benefícios desprezíveis à mobilização social, promove dualismos sociais. Aqui estariam apoiados os vieses das variações e das heterogeneidades do modelo nacional de proteção social.

Apoia também este argumento os estudos de Novaes (2017), uma vez que a origem e a expansão das políticas sociais no Brasil não ocorreram conforme os países europeus, dado às particularidades das relações sociais capitalista. Aqui, “o surgimento de uma nova sociedade nacional não significou um compromisso de defesa mais contundente dos direitos do cidadão pelas elites econômico-políticas” (p. 50), sendo retratado por Behring e Boschetti (2011) como uma ambiguidade entre o liberalismo formal como fundamento e o patrimonialismo como prática no sentido da garantia dos privilégios das classes dominantes.

Tais fatos, portanto, começaram a sofrer modificações a partir dos anos de 1930, muito antes da consolidação destas categorias de proteção social serem institucionalizadas, com o estado brasileiro passando a assumir uma intervenção reguladora para atender às demandas decorrentes da industrialização, do processo de urbanização e da emergência de uma classe operária. E seguiu no reflexo da crise mundial do capitalismo na década de 1980, se contrapondo às políticas do Welfare State, assumindo a fórmula neoliberal de redução dos poderes sindicais, e de intensa reforma fiscal e de desmonte dos direitos sociais, ao minguar os investimentos sociais por parte do Estado, sob uma forte disciplina econômica de contenção dos gastos sociais (NOVAES, 2017).

As contribuições de Esping-Andersen (1991) aqui trazidas precisam ser transpostas, portanto, à realidade do Brasil, sobretudo aos programas de políticas sociais implantados desde o processo nacional de redemocratização, jogando luz no SUS e, em específico, nas políticas de Saúde Bucal. Quanto a esta, suas diretrizes apontam para benefícios universais, de direitos sociais emancipatórios – desmercadorizantes, travestidos na concepções de autonomia, de co-responsabilidade e de participação popular: este seria o caráter institucional do Welfare State do tipo social-democrata (ESPING-ANDERSEN, 1991), considerando a possibilidade na realização da analogia.

Entretanto, a política de SB no Brasil ainda assume uma abordagem residual, afastando do campo teórico a partir do que se evidencia na prática, dado à falta de qualidade e a não abrangência universal, e que assume a responsabilidade apenas quando o acesso pelo mercado, dado às condições socioeconômicas da pessoa, torna-se inviável. O que se nota, portanto, é que a política social em questão não avança na prática conforme sua essência

teórica, sob os efeitos da contínua e histórica regulação imposta pelo mercado, atento em ocupar os espaços deixados pela não atuação do estado.

Um ponto que merece discussão das Políticas Sociais no Brasil, também perpassa no processo de regulação da Saúde Bucal. Entender os fatores envolvidos neste processo e a correspondência destes nas diversas políticas sociais do país tende a clarificar, ou mesmo a levantar novos questionamentos e reflexões, no sentido de compreender o caráter excludente destas políticas – melhor ainda: incluir a necessidade, intrínseca, contudo velada, de não ser uma política inclusiva.

Ao realizar uma reflexão das consequências no contexto da crise contemporânea e do neoliberalismo no exercício da profissão do Serviço Social – em que pese à aplicabilidade às demais profissões de caráter assistencial e da qual os profissionais de SB se enquadram, Behring (2009) relata ocorrer um proposital direcionamento das políticas sociais por parte do Estado à concepção focalista, de “políticas pobres para os pobres” (p. 20), considerando o (des)financiamento em curso. Outro ponto deste projeto macabro é que não se deve deixar espaço para possíveis reveses, devendo o mesmo – os mecanismos regulatórios em ação, atuar em todas as possíveis frentes.

Como resultado deste colapso “não há tempo assegurado (a qualquer profissional que atue no campo da assistência) para estudar e refletir, para desenvolver projetos de grupalização e organização junto aos usuários” (BEHRING, 2009, p. 20), uma vez que articulações e intervenções coletivas neste espaço público podem ser desagradáveis aos “requisitos das políticas minimalistas em tempos neoliberais” (p. 21). Segundo a autora:

[...] O que se pretende é colocar no mercado profissionais sem formação crítica e produzidos em massa especialmente nos cursos de graduação privados e a distância [...] para integrarem as populações e serem gestores da pobreza, realizando a vigilância dos pobres [...] (BEHRING, 2009, p. 21).

Corroborando com este projeto neoliberal, portanto, na intencionalidade da política social permanecer excludente e passível da estigmatização e/ou da discriminação do vulnerável, as apropriações intencionais do (des)financiamento, as condições precárias de trabalho e o modelo de formação incapaz de gerar grandes modificações ao histórico e planejado projeto imposto. Conforme Netto (2006), o que ocorre é consequência do mecanismo de desresponsabilização do Estado e do setor público, concretizada em fundos reduzidos, e que recorre à responsabilização abstrata da “sociedade civil” e da “família” pela ação assistencial.

Assim, enorme relevo é concedido às organizações não governamentais e ao chamado terceiro setor; o que permite desdobrar o sistema de proteção social: para aqueles segmentos



populacionais que dispõem de alguma renda, há a privatização/mercantilização dos serviços a que podem recorrer; para os segmentos mais pauperizados, há serviços públicos de baixa qualidade. Logo, a política voltada para a pobreza é prioritariamente emergencial, focalizada e, no geral, reduzida à dimensão assistencial (NETTO, 2006).

Ao tratar das políticas sociais no seu desenvolvimento local, Fleury (2004) ressalta os desafios de consolidar a democracia a partir da Constituição Federal de 1988, estas que deveriam a um só tempo, expandir a cidadania e combater a exclusão. Assim, remonta o percurso histórico e os desafios ao desenvolvimento destas no Brasil: originariamente assistencialista por meio da “cidadania invertida”<sup>27</sup>; ganhando contornos de “cidadania regulada”<sup>28</sup> ao atingir grupos ocupacionais por meio de direitos contratuais, no modelo de Seguro Social; e que, a partir de 1988, busca a universalização da cidadania por meio do modelo de Seguridade Social.

Os desafios e as frustrações da não universalização da cidadania perpassam pelas expressões no tecido social brasileiro da hegemonia do pensamento liberal e do processo de globalização, ambos afetando a soberania nacional, quer seja reduzindo efetivamente a atuação do estado, no primeiro ponto, quer seja valorizando mecanismos supranacionais no segundo aspecto, em que se reduz, dentre outros: o poder sindical, o poder de negociação, e a participação e a valorização dos profissionais (FLEURY, 2004). Condiciona-se um cenário ideal da organização dos sistemas de proteção social que:

[...] deveria adotar o formato de uma rede descentralizada, integrada, com comando político único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, regionalizada e hierarquizada, com instâncias deliberativas que garantissem a participação paritária da sociedade organizada, em cada esfera governamental. O arcabouço legal seria completado com a promulgação das leis orgânicas, em cada setor, que finalmente definiriam as condições concretas pelas quais estes princípios constitucionais e diretivas organizacionais iriam materializar-se [...] (FEURY, 2004, p. 44, grifo nosso).

É nesta medida que o Governo Federal (GF) procura organizar, mas que cabe as considerações anteriores, o modelo público de saúde brasileiro, normativamente alavancado pela Constituição Cidadã de 1988 (BRASIL, 1988) e, a *posteriori*, pelo SUS<sup>29</sup> (BRASIL, 1990), ao propor uma assistência à saúde (per)seguidora dos princípios da equidade, da

<sup>27</sup> “Cidadania invertida”: cidadania na qual o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social.

<sup>28</sup> “Cidadania regulada”: regulada pela condição de trabalho, “inclusive beneficiando de forma diferencial os grupos de trabalhadores com maior poder de barganha” (FLEURY, 2004, p. 42).

<sup>29</sup> Ao “permitir” aos indivíduos assistência à saúde de forma gratuita e universal, o SUS garante a inclusão social de parcela significativa da população brasileira, ao estruturar uma discussão sobre a participação da sociedade na busca pelos seus direitos, como agente ativo (BRASIL, 1990).

universalidade e da integralidade – em busca do bem comum e da justiça social. Na visão institucional, o SUS ressalta os desdobramentos de suas políticas setoriais, individualizadas segundo os ciclos e as condições de vida da população, mas que possibilitam uma atuação conjunta e interdisciplinar em prol da integralidade do cuidado.

Saúde Bucal, aqui o objeto do estudo, não requer somente recursos estéticos e/ou cirúrgicos, movidos por técnicas “mecanizadas” e seguidoras de um modelo cartesiano de atenção. A reabilitação odontológica ultrapassa o campo biológico e alcança a esfera da justiça e da inclusão, apesar de ainda distante a comunhão destas percepções segundo os usuários, os profissionais e os gestores em saúde. Desta forma, trata-se de ações que deveriam corroborar na redução das desigualdades sociais, evitando a exclusão de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação<sup>30</sup> (BRASIL, 2017b), em caso do não oferecimento adequado, dentro do proposto nas políticas e que se expressa na prática dos serviços.

Partindo do princípio que o termo desigualdades sociais remete às diferenças observadas nas chances individuais de acesso e posse de bens socialmente valorizados, Costa (2019) aponta para a necessidade de ampliar esta definição na prática avançando a análise a partir de quatro grupos: (01) “desigualdades de quê”; (02) “desigualdades entre quem”; (03) “desigualdades quando”; e (04) “desigualdades onde” (p. 53).

O primeiro grupo (desigualdades de quê), distancia da lógica liberal da meritocracia, aqui mais vinculado à desigualdade de oportunidades, e se aproxima às adscrições sociais na abordagem da desigualdade de posição ou de resultado, cabendo a ampliação de alguns subtipos desta.

Além da desigualdade socioeconômica, esta consolidada nos estudos sobre o tema, duas outras dimensões merecem destaque: as assimetrias de poder, materializando-se, ainda, na distribuição assimétrica dos direitos políticos e sociais; e as desigualdades socioecológicas, referindo às diferenças de acesso a bens ambientais, como água potável, ar limpo, parques etc., e às possibilidades desigualmente distribuídas para a proteção contra riscos ambientais, como desastres naturais e perigos produzidos pela ação humana (poluição, irradiação etc.).

A assimetria de poder analisada no plano individual requer a compreensão dos direitos de cidadania, e que deve atribuir à pessoa humana o gozo dos direitos civis (liberdades

---

<sup>30</sup> Aqui está o conceito de Equidade, sintetizado na oferta do cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à adversidade (BRASIL, 2017). Por discriminação, entende ser o tratamento desigual de pessoas ou grupos, por razões diversas, tais como: raça, sexo, opiniões, dentre outras (BASTOS e FAERSTEIN, 2012).

individuais), políticos (participação política) e sociais (trabalho, educação, habitação, saúde e prestações sociais) (CURY, 2005). Já em relação à assimetria de poder sob uma perspectiva de grupo, fica claro o exemplo a respeito do impacto concentrador dos impostos na distribuição de renda e riqueza no Brasil, sempre presente nos planos dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), mas que não chegou a se concretizar. Segundo Costa (2019):

[...] parece razoável pensar que a explicação só pode ser buscada nas relações de poder. Isto é, em função de seus aliados conservadores no Congresso brasileiro e do apoio de diferentes naturezas recebido de setores que lucram com a estrutura tributária regressiva – como o agronegócio, grandes empresas dos setores de mineração, bebidas e construção, além de bancos –, os governos do PT não se sentiram suficientemente fortes para aprovar uma reforma tributária contrária aos interesses dos mais ricos [...] (COSTA, 2019, p. 65).

Sobre o segundo aspecto das desigualdades sociais, desigualdades entre quem, Costa (2019) utiliza de conceitos de desigualdades horizontais e desigualdades categoriais, de modo a enfatizar a importância de pesquisar desigualdades não apenas entre indivíduos, mas também entre grupos definidos por categorizações sociais, sejam elas autoatribuídas ou adscritas. Assim, deve-se considerar “matizes e gradações” (p. 59) até então ausentes nos primeiros trabalhos do assunto, cabendo aprofundar a análise na interseccionalidade, ao mostrar de maneira convincente que as posições nas estruturas sociais sempre derivam de interações complexas de categorizações de raça, gênero, classe, dentre outras (COSTA, 2019).

Sobre a análise das desigualdades sociais a partir da perspectiva “quando”, Costa (2019) se apropria do conceito de “desigualdades em camadas” para buscar responder, ao menos no plano conceitual, a dificuldade de mostrar como se inter-relacionam desigualdades passadas e presentes. Assim, “desigualdades que emergiram em uma certa época histórica são superpostas por novas disparidades sociais, mas não substituídas, isto é, elas não desaparecem” (p. 60).

Sobre as análises da desigualdade sociais sob a visão do “onde”, o autor aponta as abordagens atuais a respeito das interdependências transnacionais e globais que moldam as estruturas de desigualdade locais e nacionais (COSTA, 2019), além do caminho convencional de se estudar as desigualdades sociais no âmbito nacional.

Retornando ao contexto da pesquisa, aqui será dada atenção especial à Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004), informalmente denominada “Brasil Sorridente”, medida que tem por essência o fortalecimento de ações preventivas e de abrangência coletiva, a fim de levar qualidade de vida aos cidadãos. Desta forma, o ato

normativo representa um enfrentamento da histórica e sólida perspectiva “curativista”<sup>31</sup> do setor, esta que resulta na “mutilação” desenfreada diante da perda indiscriminada de dentes<sup>32</sup> de um público alvo: os marginalizados nos aspectos político, social e econômico. Maiores detalhes desta política serão trazidas ainda neste capítulo, não impedindo abordagens ao longo de todo o texto segundo a necessidade da retomada dos seus preceitos.

Reforçando o caráter de exclusão no acesso aos serviços em análise, a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, constatou que, tanto o acesso aos serviços de Saúde Bucal no Brasil quanto à adoção de hábitos bucais saudáveis possuem direta correlação aos indivíduos que residem nas áreas urbanas do Sudeste, aos mais jovens e aos que possuem maiores níveis de escolaridade. O movimento inverso – condensado à revelação da exclusão das políticas públicas - se dá nas regiões Norte e Nordeste do país (PNS, 2013).

Outro importante ponto no estudo registrou que o atendimento odontológico no Brasil, no ano da pesquisa (2013), ocorreu preponderantemente em instituições privadas (consultórios ou clínicas), demonstrando o ainda evidente caráter excludente deste serviço e a sua incipiência na abrangência universal (PNS, 2013).

Quanto à procura pelos serviços, destaque para o gênero feminino, ainda que as próprias possuam, diante de uma análise técnica, as melhores condições de higiene bucal e hábitos alimentares mais saudáveis. Entretanto, e de maneira contraditória, este mesmo público declara ter as piores condições de saúde bucal, além de apresentarem a maior taxa de dentes extraídos (PNS, 2013). Tal constatação, ao mesmo tempo em que revela um contrasenso entre a utilização dos serviços e a percepção da condição de saúde, e que pode refletir também sobre o vívido caráter “mutilador” desta política, bem como transparecer carências nas atividades promotoras de saúde e preventivas das principais doenças da boca.

Segundo Bezerra e Sorpreso (2016), os desafios da remodelação deste caráter assistencial das políticas públicas de SB no Brasil ainda se encontra no estágio de urgência, tendo como evidência os olhares sobre a prática, e que emperram mudanças ao encontro de modelos assistenciais diante de uma perspectiva da promoção da saúde.

Contudo, os dados demonstram tratar-se de uma política pública de exclusão, ao definir, em boa medida, o público ao qual a ela tem acesso: jovens, mulheres, residentes em

---

<sup>31</sup> Termo utilizado para referir ao excesso de intervencionismo nas ações em saúde, em detrimento de atitudes que promovam a saúde e que previnam danos aos usuários.

<sup>32</sup> Sobre o termo “perda dentária”, vale a reflexão de Chaves (2021) a respeito do caráter “euro-centrado em si mesmo” (p. 49) e que pode levar a um sentido de dominação. A autora sugere a utilização de “mutilação dental” ou mesmo de “necrose pulpar e dental”, ganhando uma conotação de ausência de política pública combativa e que repercute em danos à pessoa. No decorrer do trabalho, portanto, “perda dentária” pode aparecer, sobretudo na realização de citações, mas que não se furta da devida reflexão.

regiões urbanas e com maior nível de escolaridade. Pesa o fato que ter acesso não garante efetividade no tratamento, conforme abordado nos parágrafos anteriores, e que será devidamente aprofundado em tempo oportuno. Para Estevanim (2017), conduzida na medida correta, a “Saúde Bucal garante cidadania e qualidade de vida e suas condições (*precárias*) revelam sinais de exclusão social” (p. 12) – desconfigurado aos princípios da política social elencados por Carvalho (2007).

Ao utilizar das contribuições da obra de Sandel (2012), tomando por base a aplicabilidade de justiça e de equidade segundo as teorias de John Rawls, destaca-se a necessidade e, ao mesmo tempo, a dificuldade de se construir contratos sociais justos na contemporaneidade. Para o autor, todo ato público deve perseguir a moralidade, e que para tal, deveria ser feito de forma abstrata e “sob o véu da ignorância”: na qual é ignorado a real situação dos tomadores e dos receptores das decisões, podendo os mesmos serem “os beneficiados”, ou mesmo “os prejudicados” das ações resultantes de um contrato desviado na essência dos seus princípios.

Portanto, a tomada das decisões das políticas públicas carece, a todo o momento, de uma moralidade nas suas aplicações, não sendo a Saúde Bucal no Brasil uma exceção, e que não poderia se furtar de princípios fundamentais a uma política social, destacando o acesso e a equidade.

Acredita-se este ser o ponto principal do debate: estabelecer o papel da gestão municipal das políticas do “Brasil Sorridente”, a fim de proporcionar ações equânimes e de qualidade, corroborando na questão da justiça e do acesso aos serviços, e assim auxiliando na consolidação dos direitos sociais normativamente previstos.

Por se tratar de uma política que envolva a participação de diversos agentes, não se pode deixar à margem as atuações dos profissionais da Saúde Bucal, em destaque o Cirurgião-dentista, adentrando em esclarecimentos a respeito da sua formação no Brasil e na reverberação das pretensões ao longo da carreira, bem como da percepção sobre a responsabilidade social envolvida no processo de trabalho.

Não menos importante está o usuário do sistema público de saúde, este que infelizmente encontra-se diante de participações apagadas no planejamento, na execução e no acompanhamento das políticas de saúde – uma verdadeira postura subjugada e submissa aos demais. Importante compreender estas ocorrências, bem como viabilizar caminhos destinados a traçar mudanças a tais derradeiras constatações prejudiciais ao genuíno objetivo de uma política pública.

Para tanto, torna-se imperioso ao momento clarificar alguns conceitos, por meio da utilização da literatura científica específica – o que será realizado na primeira seção deste capítulo. Conceitos que, complementados pelos principais relatos sócio-históricos da profissão, a serem apresentados no segundo momento, tornam-se fundamentais para a compreensão do estágio atual da Saúde Bucal no Brasil e dos seus desafios quanto ao cumprimento das normativas governamentais estabelecidas.

## 2.1 – ARCABOUÇO CONCEITUAL

Avançar na discussão dos conceitos “saúde” e “doença” torna-se um assunto caro ao trabalho em construção, justificado pela necessidade de abordar suas facetas existentes, podendo influenciar, sobretudo, o campo da prática na condução de uma determinada política. Assim, vale ressaltar que tais conceitos não estarão limitados ao campo biológico, na medida em que coexistem nuances ao campo interdisciplinar e que são de extrema significância a compreensão destas.

Outro ponto importante trata da variabilidade destes conceitos, a depender do tempo histórico – incutidos questões econômicas, sociais, políticas e ideológicas, que venham a repercutir nas condutas e nos pensamentos dos diferentes atores envolvidos. Segundo Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013), os conceitos “doença” e “saúde” possuem uma relação com o tempo no qual são elaborados, devendo-se observar as dimensões simbólicas, culturais, sociais e filosóficas presentes no contexto. De fato, carece a todo e qualquer profissional de saúde, e mesmo aos estudiosos do assunto e aos gestores das políticas públicas, conhecer sobre esta evolução, bem como tecer adaptações na sua abordagem clínica.

Giovanni Berlinguer (1984/1988), ao trabalhar as diversas expressões do conceito “doença”, registrou conotações que contribuem para o conhecimento do processo saúde-doença, de seus determinantes e de suas implicações na política e na (re)organização do sistema de saúde. Segundo o autor, a doença pode ser vista sob cinco facetas, o que não presume as mesmas estarem dissociadas do processo como um todo. São elas (BERLINGUER, 1984/1988):

- **Doença como sofrimento** – relacionado à dor, à limitação da funcionalidade do organismo, a perda do poder físico e da dignidade humana, criando obstáculos à vida cotidiana do acometido e de seus parentes;

- **Doença como diversidade** – situação anormal ou de desvio, na condição inferiorizada em relação à média da população, atentando a questionamentos sobre o respeito às adversidades e à quebra de barreiras discriminatórias;

- **Doença como perigo** – ao perturbar o sistema social, requerendo a utilização da “polícia médica”, tendo como exemplos as situações de internações compulsórias de pessoas com distúrbios mentais e as campanhas de vacinação;

- **Doença como sinal** – encarado como sinalizador de mudanças no contexto afetado, provendo melhor o futuro da coletividade. Utiliza, por exemplo, como ferramentas o uso da epidemiologia e a compreensão dos estudos sobre estilo de vida;

- **Doença como estímulo** – atuante como fomento de ações públicas e individuais, encaradas como evolução, criatividade, solidariedade e transformação.

Nota-se que, para Berlinguer (1984/1988), a doença também pode ser encarada como algo positivo, ainda que não seja para o indivíduo acometido e mais para aguçar o desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento, reverberando em mais saúde para a sociedade num tempo futuro. Aqui está inserido vertentes outras do conceito por ora trabalhado, em especial a faceta “doença como sinal”, uma vez que utiliza de dados para propor mudanças na condução das políticas de saúde. Ao sucesso desta política, cabe não apenas a abordagem da “doença como sofrimento”, mas também a contribuição na redução da “doença como diversidade”: resultante da discriminação e da perpetuação da exclusão social.

Já o conceito “saúde”, farto de contribuições particulares e que não cabe aqui serem apresentadas à exaustão, sempre estivera atrelado à força, ao vigor e à felicidade: a uma questão positiva a ser alcançada a todo o momento pelos indivíduos, no sentido maior de postergar a morte a partir da preservação da vida. Neste sentido Canguilhem (1943/2009), retrata saúde na representação da criatividade, de potência, da capacidade de adaptação e busca pela criação de novas normas. Em contraponto e segundo esta abordagem, doença está relacionada à limitação, à impotência de se fazer algo, a um obstáculo capaz de diminuir a disposição física do indivíduo, capaz de levar à perda de habilidades ou a diminuição na realização das atividades.

O que se nota nos apontamentos de Canguilhem (1943/2009) é a intensa interação saúde-productividade, resultado da predominância de forças mais preocupadas nos efeitos de um resultado negativo na saúde do trabalhador, no sentido de prejuízos econômico e financeiro a terceiros – os de maior poder, do que no estado de saúde deste indivíduo que sofre de alguma patologia e/ou que clama por melhores condições de vida. Estas considerações comungam com os apontamentos de Bezerra e Sorpreso (2016) em que “as transformações sociais advindas do capitalismo fizeram com que o corpo humano passasse a ser visto como uma fonte de lucro, tanto para quem cuida como para quem é cuidado, pois se constituiu em uma força de trabalho” (p. 04), em que se utiliza da saúde como mecanismo de

controle. São as questões econômicas, sociais, políticas e ideológicas que repercutem na variabilidade deste conceito, e guiando, ao seu específico tempo, condutas e pensamentos (CZERESNIA, MACIEL e OVIEDO, 2013).

Utilizando de uma ligeira retrospectiva a respeito do conceito de “saúde”, na tentativa de materializar o registrado por Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013), tem-se nos primórdios as contribuições do médico grego Galeno, sendo o estado de saúde compreendido no equilíbrio entre as partes primárias do corpo, obtido por meio dos quatro humores, já defendidos por Hipócrates: o sangue, o fleuma e a bile amarela e a bile negra. Ainda na Antiguidade, acreditava-se que as doenças poderiam ser causadas por elementos naturais ou sobrenaturais - uma compreensão das doenças através da filosofia religiosa - sendo as causas relacionadas ao ambiente físico, aos astros, ao clima, aos insetos e aos animais (HELMAN, 2003).

Na Idade Média, o caráter religioso preponderava a respeito da saúde-doença, mas que ao final deste período iniciaram as ideias de “[...] contágio entre os homens, sendo as causas a conjugação dos astros, o envenenamento das águas pelos leprosos, judeus ou por bruxarias” (BEZERRA e SORPRESO, 2016).

Já no período do Renascimento, estudos empíricos originaram a formação das ciências básicas, surgindo a teoria miasmática, na necessidade de descobrir a origem das matérias que causavam os contágios (BEZERRA e SORPRESO, 2016). Aqui, fim do século XVIII e início do XX, observa-se a abertura de espaço para a prática médica individual, colocando o profissional de saúde no lugar central do processo saúde-doença (BEZERRA e SORPRESO, 2016), o que parece ainda em evidência aos dias atuais, dado o enfoque biologista, curativo, médico-centrado e desarticulado destas práticas.

Contudo, de modo a simplificar as contribuições sobre “Saúde”, reporta-se ao defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1948), conceituado de forma ampla e para além do enfoque na negativa da doença. Compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou de enfermidade, a Saúde, conceitualmente, amplia sua abrangência ao requerer atenções maiores dos determinantes sociais.

Vale ressaltar que esta definição se encontra exposta às críticas de sua amplitude, diante do seu caráter subjetivo e pela idealização de perfeito bem-estar, aproximando-se de uma utopia (BEZERRA e SORPRESO, 2016). Segundo Ferraz e Carvalho (1997), esta definição, até avançada para a época, é no momento irreal (O que é perfeito bem-estar?), ultrapassada (ao destacar o físico, o mental e o social; uma vez que inexiste esta clivagem entre mente e corpo) e unilateral (ao priorizar objetivamente o conceito de qualidade de vida,



rotulando o que deve ser considerado “normal”). Enfim, contribuições valiosas à época, mas que carecem de evoluções nos diferentes aspectos.

Conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir, é o de *campo da saúde*, formulado em 1974 por Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá. Aqui, saúde abrange: (01) “biologia humana” - a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento; (02) “meio ambiente” - o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho; (03) “estilo de vida” - decisões que afetam a saúde: deixar de fumar, praticar exercícios; e (04) “organização da assistência à saúde” – assistência médica, serviços ambulatoriais e hospitalares, medicamentos, água potável e alimentos saudáveis (SCLAR, 2007).

Segundo Scliar (2007), a dificuldade em conceituar “saúde” repercute até mesmo na Constituição Federal de 1988, sob o Artigo 196, ao evitar discutir o conceito de saúde e ao declarar que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação". Este é o princípio que norteia o SUS e que deveria ser o princípio colaborativo no desenvolvimento da dignidade e da cidadania dos brasileiros.

Contudo, “os estados da saúde e da doença não devem ser pensados de forma cristalizada, mas processual ou dinâmica” (CZERESINA, MACIEL e OVIEDO, 2013, p. 12). Deve-se, portanto, ter a percepção do dinamismo envolvido nas relações saúde-doença, em que recuperar-se da doença não seja apenas uma possibilidade para se alcançar a saúde plena, dada a dificuldade do alcance deste patamar, mas que também pode ser encarada como um processo de adaptação à nova realidade estabelecida.

A apresentação das teorias sobre o processo saúde-doença ganha importância, contudo, no sentido de apresentar contradições segundo o seu tempo histórico, demonstrando a evolução da temática e assim superando o conteúdo conservador e biológico da enfermidade, ao mesmo tempo em que permite definir a linha de conceito a ser utilizada neste trabalho de Tese. Logo, compreender este avanço conceitual permite positivas contribuições à política estudada: tanto no planejamento, na execução e na avaliação das ações em Saúde Bucal por parte dos gestores públicos e dos profissionais de saúde; e quanto ao que compete aos usuários dos serviços – na compreensão da condição bucal individual e associada às representações da saúde nos seus diversos cenários.

Portanto, na medida em que os conceitos evoluem, deve-se avançar na mesma velocidade na gestão, no oferecimento e na abordagem dos serviços, o que cabe um aperfeiçoamento conjunto das normativas, dos gestores, dos profissionais e das pessoas que utilizam desta assistência em saúde. Logo, não basta apenas remover o quadro álgico relatado pelo “paciente”, pois quem reclama é um ser complexo de componentes biológicos e que carrega, além de uma individualidade física e mental, uma carga social, e que resulta em uma demanda maior que apenas ter o elemento dental extraído, por exemplo.

Esta linha conceitual, de saúde tendo como componentes constituintes bio, psico e social (SCLIAR, 2007) parece se encontrar defasado aos tempos atuais. Na tentativa de ampliar o escopo conceitual, foi adicionado o fator espiritual (MARQUES, 2003) a esta tríade, na intenção de tornar ainda mais amplo o conceito de saúde e, como consequência a abordagem de suas políticas, mas que ainda carece de evolução, por poderem proporcionar até um resultado positivo ao ser que clama por assistência, mas que não engloba ações capazes de quebrar a perpetuação das desigualdades, e que corrobora na estigmatização e na discriminação deste público (BRASIL, 2017b).

Contudo, para as considerações da presente pesquisa de Tese, será utilizado o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que, segundo Cruz, Chaves e Cabgussu (2016) correspondem às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo aquelas relacionadas ao sistema de saúde. Estas circunstâncias são influenciadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos nos níveis global, nacional e local, que, por sua vez, é moldada pelas políticas vigentes. As iniquidades em saúde são causadas, em sua maioria pelos DSS, sendo o termo, portanto, utilizado para resumir as forças sociais, políticas, econômicas, ambientais e culturais mais amplas que influenciam as condições de vida das pessoas (OMS, 2011).

Conceitualmente, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde define Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como sendo os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Buss e Pellegrini Filho (2007) traçam uma série de possibilidades de intervenções de políticas e de programas voltados para o combate às iniquidades de saúde geradas pelos DSS, utilizando do modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, este arquitetado em diferentes camadas, variando desde uma camada mais próxima – dos determinantes individuais até uma camada distal - onde se encontram os macrodeterminantes. Conforme os níveis propostos, ou

camadas, inicia-se pelos fatores comportamentais e de estilos de vida, tornando-se essencial mudar os comportamentos de risco e que, para tanto, há que mudar as normas culturais que os influenciam. Buss e Pellegrini Filho (2007) ressaltam a dificuldade de atuar nesta etapa, sendo necessárias:

[...] políticas de abrangência populacional que promovam mudanças de comportamento, através de programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas [...] (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 86).

O segundo nível corresponde às comunidades e suas redes de relações, sendo os laços de coesão social e as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Assim, são importantes as políticas que estabelecem redes de apoio e fortalece a organização e participação das pessoas e das comunidades, em especial dos grupos vulneráveis, em ações coletivas para a melhoria das condições de saúde e bem-estar, constituindo-os em atores sociais e ativos participantes das decisões da vida social (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

O terceiro nível se refere à atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando assegurar melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade e outros. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007) estas políticas são responsabilidade de setores distintos, e que operam de maneira independente, cabendo o estabelecimento de mecanismos que permitam uma ação integrada.

O último nível de atuação abarca os macrodeterminantes, carecendo de políticas macroeconômicas sobre o mercado de trabalho, a proteção ambiental e a promoção de uma cultura de paz e solidariedade, visando a promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo desigualdades sociais e econômicas, a violência, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007).

Segundo Nancy Adler (2006), pode-se identificar três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde. A primeira se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e a terceira e atual geração se dedica aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades ou, para usar a expressão de Adler, persegue a resposta da seguinte

pergunta: como a estratificação econômico-social consegue “entrar” no corpo humano? São reflexões que, ao longo do levantamento teórico-conceitual e associado à condução da pesquisa em questão, buscam compreender as iniquidades em saúde no campo da prática, e que para tanto utilizam das contribuições de Buss e Pellegrini Filho (2007).

Sobre a forma como se apresenta a saúde nos termos da prática, o que ilustra o anteriormente comentado a respeito do campo conceitual, Samaja (2000) aborda a reprodução social da saúde, e que pode ser aplicada sobremaneira à Saúde Bucal, a partir de quatro dimensões, ainda que estas se entrelacem devido aos seus limites indefinidos. Resumidamente, e já contextualizadas ao tema desta pesquisa, são elas: (01) “reprodução biológica” – focada na questão da fisiologia dos tecidos envolvidos; (02) “reprodução da autoconsciência” – compreendida pela cultura e pela civilidade dos que participam ativamente do processo; (03) “reprodução econômica” – tendo no corpo saudável a representação da força de trabalho; e (04) “reprodução ecológico-política” – compreendida pelo fato de “odontologizar” os contextos da doença, e que, ao integrar à biopolítica, sob efeito das ações mutiladoras, pretere os aspectos psíquicos e sociais envolvidos e naturaliza o adoecimento bucal em decorrência da falta de acesso aos serviços.

Quanto ao ato de perder os dentes<sup>33</sup>, no cenário mais corriqueiro de uma ineficiente política pública de SB, importante ressaltar que procedimentos desta natureza não assinalam apenas mudanças estéticas, físicas e funcionais, mas também decorre em alterações biológicas e emocionais, estando o indivíduo desdentado, ainda que utilizando de próteses reabilitadoras. Esta desvantagem em relação aos portadores de dentes naturais pode afetar o desenvolvimento de suas atividades laborais, bem como adentrando nas facetas outras da doença (BERLINGUER, 1984/1988), e que pode ser reproduzido no campo social segundo as dimensões biológica, econômica, ecológico-política e da autoconsciência, relatadas por Samaja (2000).

Corroborando ao anteriormente levantado as contribuições de Ferreira *et al.* (2006), ao relatarem que a dor é um sintoma que causa desordem, mas que “ao mesmo tempo suscita uma ordem, pois faz com que os homens se organizem socialmente para enfrentá-la, seja utilizando conhecimentos de ordem científica, ou de ordem simbólica” (p. 214).

Na visão de Mantini e Silva Júnior (2011), a prática odontológica hegemônica atua de forma intervencionista e mutiladora, ao considerar a extração de dentes uma solução

---

<sup>33</sup> Aqui se considera o ato de destruição do órgão dental diante de alguma patologia e que resulte na remoção cirúrgica do mesmo.

simplista, imediata e que exige menos comprometimento do profissional e do paciente<sup>34</sup>; o que vem a caracterizar o quadro precário de saúde oral da população brasileira. Este quadro provém, segundo os autores, de uma mistura de problemas socioeconômicos que resultam, sobretudo, na falta de acesso da população aos tratamentos odontológicos de maiores complexidades.

Sobre o acesso aos serviços de saúde, em especial os de SB, merece destaque uma abordagem conceitual deste termo - o que rege o desenvolvimento da pesquisa. Segundo Travassos e Martins (2004), acesso trata-se de:

[...] um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável (TRAVASSOS e MARTINS, 2004, p. 191).

Segundo Sanchez e Ciconelli (2012), quatro são as dimensões incorporadas ao longo do tempo sobre “acesso” à saúde, revelando a complexidade e a necessidade de variações do seu conceito, já ditado por Travassos e Martins (2004). Tais dimensões são apresentadas nos parágrafos seguintes, respeitando a sequência cronológica das incorporações. Com o avançar do conceito, nota-se a adição de aspectos menos tangíveis do sistema e da população que o utiliza, assim ficando complexa a sua definição, e por consequência: o planejamento, a execução e a mensuração. São as dimensões:

- **“Disponibilidade”**: representa um conceito físico e geográfico, capaz de refletir a entrada no sistema de saúde e de possibilitar a mensuração de vários indicadores de processos e de resultados. São pontos-chave do acesso quanto à disponibilidade: a existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário; a relação geográfica entre as instituições físicas de saúde e os indivíduos que delas necessitam (distância e opções de transporte); o horário de funcionamento; o momento em que os serviços são necessários (urgência e emergência); tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados. Essa interação é influenciada pelas políticas adotadas pelos serviços de saúde, pelo número, competência e experiência dos profissionais de saúde contratados em uma determinada instituição de saúde, pelas regulações que regem as interações de saúde e pela existência de equipamentos e insumos.

---

<sup>34</sup> Os procedimentos de exodontia, em grande parte são preferidos por todos envolvidos no contexto, por tratar de ações mais rápidas e menos custosas. A maioria sendo conduzida em sessão única, a extração possibilita dinamicidade para os que esperam por atendimento e para os executores da política, afastando assim de questões preconizadas no contexto biológico e social envolvido na prevenção e na recuperação da doença. Assim, perpetua-se as desigualdades em saúde, bem como suas interações.

- **“Capacidade de pagamento”**: compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos e engloba conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde. Podem ser considerados: despesas com consultas, medicamentos e testes diagnósticos, entre outros; outras despesas diretas, como transporte ou alimentação especial; e despesas indiretas, como perda de renda ou produtividade em consequência do tempo de espera no atendimento, por exemplo.

- **“Informação”**: essencial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso, resulta do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo, ressaltando o empoderamento (*empowerment*) como fundamental na tomada de decisões sobre o uso dos serviços. A luta contra a assimetria de informação - a desigualdade na distribuição de informação - corrobora para o uso do sistema de saúde que atenda às reais necessidades, ao trabalhar a percepção individual de saúde e doença, a subjetividade que permeia os critérios de escolha no contexto da saúde e as preferências individuais.

- **“Aceitabilidade”**: compreendida pela natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades. A aceitabilidade é a dimensão menos tangível do acesso e, portanto, a mais difícil de ser quantificada e detectada, definida pela relação entre as atitudes dos profissionais de saúde e dos indivíduos – traduzidos em uma mão dupla de expectativas e ao respeito mútuo entre as partes. Influenciada por: idade, sexo, etnia, idioma, crenças culturais, condição socioeconômica, dentre outros. Em resumo, pode-se avaliar a aceitabilidade como um aspecto cultural, educacional e comportamental que influencia o acesso ao cuidado com a saúde.

Contudo, a melhoria do acesso à saúde e a garantia de uma maior equidade não serão obtidas com ações cujo foco se limite aos sistemas de saúde, uma vez que são necessários ações inter-setoriais, diante de políticas sociais e econômicas que permitam dissipar diferenças de renda e de educação, por exemplo. Aqui se explora o conceito de equidade vertical, definido pelo tratamento desigual, porém equilibrado, de indivíduos desiguais, conseguindo representar melhor o conceito de justiça social quando comparado à equidade horizontal: em que se define por tratamento igual para indivíduos iguais.

Utilizando de outra fonte teórica, há que se ressaltar Donabedian (1973), ao empregar o substantivo “acessibilidade” para determinar o caráter ou a qualidade do que é acessível. Segundo o mesmo, são dois os atributos essenciais na compreensão do termo: o aspecto geográfico e o aspecto sócio-organizacional. Enquanto no primeiro abrange os fatores responsáveis pela distância física entre o usuário e os serviços; no segundo estão incluídos a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, que termina por influenciar

significativamente o acesso à saúde. O autor também argumenta que o termo “acessibilidade” abrange uma gama maior de significados, pois está mais relacionado à oferta de serviços de um modo que responda às necessidades da população do que à simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço.

Ainda que demonstrando os argumentos de Donabedian (1973), a considerar sua importância para os estudos das políticas públicas em saúde, o trabalho aqui descrito abordará o conceito e as dimensões trabalhadas por Sanchez e Ciconelli (2012), justificado pela melhor divisão dos aspectos concernentes ao termo, e pela utilização do conceito “acesso”, este mais utilizado no campo científico da saúde.

Sobre as dimensões levantadas por Sanchez e Ciconelli (2012), tem-se que o trabalho de Tese em destaque utilizará, no trabalho de campo e nas suas análises as dimensões “disponibilidade”, “informação” e “aceitabilidade”. Assim, deixa à margem a dimensão “capacidade de pagamento”, justificado na exigência de dados que extrapolam o objetivo e a metodologia da pesquisa em tela, o que não significa a não abordagem pontual e quando pertinente.

Adentrando na dimensão “aceitabilidade”, algumas considerações merecem destaque. Ao se pautar fundamentalmente nas percepções dos indivíduos, extensível à comunidade na qual faz parte, exige de uma relação de expectativas entre estes e os profissionais de saúde, sendo este último o “responsável pela percepção desse indivíduo quanto à qualidade do serviço institucional” (SILVA, 2008, p. 46).

Portanto, vale ressaltar que se trata de uma dimensão específica e balizada por quem faz uso dos serviços - usuários do SUS que utilizam da SB. Assim, a apreensão de dados e a análise dos mesmos perpassam na compreensão dos aspectos comportamentais e/ou culturais (MOREIRA *et al.*, 2005), o que permite a utilização da Teoria das Representações Sociais segundo Moscovici (2003).

O uso da Teoria das Representações Sociais nos estudos da saúde ainda se encontra incipiente, o que pode estar atrelada a alguns motivos, sendo estes, na sua maior parte, decorrentes da carência de estudos desta área associado às Ciências Sociais e Humanas, como o exemplo da preferência de estudos de caráter quantitativo, e que assume uma distância deste percurso analítico.

Segundo Marsiglia (1998), o ensino das Ciências Sociais na Odontologia no Brasil não existia até a década de 1990, em dissonância, inclusive, com as outras áreas da saúde, dentre elas a Medicina e a Saúde Pública. Alguns fatores podem ter contribuído para este atraso, cada qual a sua maneira e de uma dimensão muito maior quando na soma do conjunto, sendo

eles: (01) interesse limitado ao campo da Antropologia; (02) carga horária restrita sobre o tema aos primeiros anos do curso; (03) falta de bibliografia adequada; (04) preparo insuficiente dos docentes para ministrarem os conteúdos desta área; (05) hegemonia do conhecimento biológico na área; (06) predomínio da abordagem clínica e individual nas demais áreas de formação; (07) choque dessa abordagem com a abordagem macroestrutural; e (08) facilidade de integrar os conhecimentos da Antropologia às abordagens individuais, do paciente e da doença (MARSIGLIA e SPINELLI, 1995).

Mais sobre esta técnica será retratada no quarto capítulo, na apresentação conjunta com as análises do trabalho de campo, assim aliando a teoria com a prática da pesquisa.

De modo a tornar o arcabouço teórico tangível na prática, há que considerar os efeitos da nefasta prática hegemônica – mutiladora - ao gerar implicações psicossociais, capazes de acarretar manifestações de diferentes comportamentos do indivíduo acometido, podendo reverberar por todo o convívio social ao longo da vida do mesmo (FERREIRA *et al.*, 2006).

Utilizando das contribuições de Samaja (2000), a perda de dentes pode gerar uma “intimidação e acanhamento do indivíduo”, no processo de reflexão da doença no campo social, segundo (01) a reprodução da autoconsciência – prejudicando a atividade dos participantes no processo de enfrentamento da falta de políticas públicas combativas, em especial do indivíduo que carece de cuidado; e segundo (02) a reprodução ecológico-política – ao naturalizar o adoecimento diante da inexistência ou inoperância de serviços desta natureza.

Desta forma, a pesquisa contraria uma cega aproximação ao terreno biológico e individual do “paciente”, o que poderia ser naturalmente envolvente às perspectivas e ao percurso formativo do autor: Cirurgião-dentista. Remete, em certo ponto, a questões reflexivas e contextuais sobre o ensino da odontologia no Brasil e as repercussões no campo da saúde pública nacional, atentando para a não exposição de conteúdo “biologicista”, ensinado contundentemente na formação acadêmica, e que afasta de uma odontologia integral, esta já defendida há quase quatro décadas, mas que parece ainda sofrer nos campos da prática.

Mendes (1986) aponta os seguintes componentes estruturais e ideológicos necessários para a odontologia integral: (01) Coletivismo – integração das práticas promocionais, preventivas e curativas, recompondo a integralidade do ato odontológico, sob a hegemonia do preventivo e do promocional; (02) Descentralização da atenção odontológica – substitui a concentração de recursos propostos pela odontologia científica pela ideia de níveis de atenção; e pensa-se na universalização do acesso a todos os níveis e no deslocamento do poder decisório para a periferia do sistema; (03) Inclusão de práticas odontológicas alternativas – capta no discurso popular as práticas odontológicas alternativas para integrá-las



dialeticamente ao discurso oficial; (04) Atuação da Equipe de saúde – a equipe odontológica substitui o especialismo, onde se distribuirá as funções odontológicas por distintos recursos humanos, incluindo a comunidade; (05) Utilização de tecnologia apropriada – a sofisticação é substituída pelo uso de tecnologia apropriada para os níveis de atenção a um custo mínimo; e (06) Participação comunitária – Participação ativa da comunidade nos processos educacionais e da prática odontológica, como condição básica para a sua democratização.

Toma como rumo, portanto, o terreno social promovido pelos trabalhos bucais, utilizando-se do conceito de “Bucalidade” de Botazzo (2006), definido como a expressão dos trabalhos sociais que a boca humana realiza. Assim, distancia-se do campo biológico, ao passo em que avança nas ciências humanas e sociais.

Segundo Botazzo (2006), a Saúde Bucal se envolve e se entremeia a diversos contextos sociais, apesar da ainda forma despreziosa e incipiente no campo do conhecimento destes atores envolvidos, ao que chama de “desimportância social e econômica dos órgãos dentários” (p. 15). Segundo o mesmo, a bucalidade está presente:

[...] nas relações, nas situações e nos contextos, bocas e dentes apresentam contornos e significações diferenciados, consoante se trate de discursos odontológicos, psicanalíticos, paleo-antropológicos, ou ainda os da mãe que amamenta ou – enfim – os do próprio sujeito que experimenta na sua cotidianidade, as sensações que esses órgãos lhe proporcionam [...] (BOTAZZO, 2006, p. 14-15).

A preocupante ação mutiladora atribuída aos serviços de SB no Brasil, seguida de seus efeitos adversos e devastadores, não deveria persistir na contemporaneidade caso fossem combatidos pelos gestores, mediante a formulação e a efetiva condução das políticas públicas para este fim, o que significa seguir os princípios federais constitucionalmente estabelecidos.

Fica claro, portanto, que o desafio para os que formulam e os que implementam as políticas públicas no Brasil tangencia a redução das disparidades socioeconômicas, reverberada nos prejuízos de acesso e de oportunidades de uma melhor oferta dos serviços desta natureza, bem como carece de incentivar medidas intersetoriais dirigidas aos grupos mais vulneráveis.

Vale registrar a urgente necessidade de mudança na conduta dos profissionais de SB, estes que devem valorizar procedimentos preventivos, de caráter coletivo e que sejam menos invasivos nas suas práticas, cabendo considerar o contexto envolvente do seu campo de trabalho. Destaques para o conhecimento da representação social da política setorial e para o incentivo da autonomia do indivíduo que procura por cuidado.

Segundo Amorim *et al.* (2009), a mudança do “modelo mutilador” deve iniciar nos bancos acadêmicos, uma vez que existe o distanciamento entre o ensino e o serviço - o primeiro majoritariamente privado e o segundo predominantemente de natureza pública.

Portanto, cabe refletir sobre a disparidade entre o ensino e a prática, tendo como pano de fundo a construção de uma cultura ética durante a formação do Cirurgião-Dentista (CD), e que vem a valorizar o ser humano nos aspectos *bio, psico e social* do cidadão assistido. Sobre a formação voltada para o SUS, Lima, Oliveira e Noro (2021) pontuam que a formação da Odontologia:

[...] deve primar por concepções que reafirmem a necessidade de mudanças, gerem ruptura diante do paradigma do saber em saúde centrada na doença e se volte ao aprender em saúde, com foco no indivíduo e nos seus cotidianos sociais. [...] As mobilizações formativas nos cursos de Odontologia devem passar pelos avanços institucionais e políticos que ressaltem a estratégia de como conduzir a aproximação do processo formativo e as necessidades dos serviços [...] (LIMA, OLIVEIRA e NORO, 2021, p. 3.332).

Outro ponto que influencia no modelo de condução da SB no país refere-se ao pouco incentivo de ações fomentadoras da participação dos usuários no sistema de saúde. Desta forma, deve-se criar ferramentas de regulação social que viabilizem o questionamento e a busca por melhorias dos serviços públicos, estimulando o empoderamento e a autonomia do indivíduo.

Dâmaso (1996) acredita ser a cidadania uma categoria mediacional entre seus membros e o aparato estatal, destinado a cobrir o aparente “abismo existente na dinâmica prática e cotidiana da mesma sociedade” (p. 267), e que para o sucesso da mesma carece de exigências por melhorias, o que seria a codificação e o exercício da justiça social.

Utilizando ainda das contribuições de Dâmaso (1996), importa ressaltar que as políticas sociais são frutos de lutas, em resposta a um débito do capitalismo com as forças produtivas e as relações de produção, decorrendo na inoperância da sociedade em buscar avanços nas políticas de SB no Brasil. Segundo o mesmo: “Não soubemos ainda repensar a forma e a função do Estado ante um sujeito-cidadão-da-saúde, incitado, pela sua subjetividade ética radical, a romper com toda e qualquer forma de determinismo terapêutico” (DÂMASO, 1996, p. 266).

O que se nota é uma discrepância entre o ensino e a prática da Odontologia no Brasil, fundamentada desde a formação profissional, além dos caminhos sombrios capazes de fomentar a participação dos sujeitos, o que amplia a distância do Estado, incluso seus representantes localizados nos consultórios. Ao cidadão que necessita de cuidados, repercute um posicionamento de submissão aos anseios diversos da saúde bucal do mesmo, gerador de

conflitos na reprodução da autoconsciência e na reprodução ecológico-política, respectivamente, reduzindo a participação do mesmo nas políticas de enfrentamento e na naturalização da sua precária condição de saúde bucal (SAMAJA, 2000).

Kovaleski, Freitas e Botazzo (2006) adentram seus estudos na disciplinarização do corpo, em específico a boca, adequados ao capitalismo contemporâneo e à margem das representações sociais. Segundo os mesmos, diante da disciplinarização do corpo, a boca deve ser tolhida de seus prazeres, mas sim preparadas para exigências do mercado, ao serem funcionalmente úteis, politicamente dóceis, controladas. Pensar numa “boca” destoante dos parâmetros exigidos pelo “mercado” converge na marginalização social do indivíduo representado, o que desperta a necessidade de ações positivas quanto à equidade no acesso aos serviços e quanto ato de inclusão social.

Diante do relatado, o trabalho aproxima da realidade geográfica por ora pesquisada, no intuito de tornar prático alguns dos conceitos aqui debatidos. Oliveira e Saliba (2005), ao analisarem a inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Campos dos Goytacazes/RJ demonstraram algumas limitações no que deveria compor uma política socialmente justa: (01) a resistência em seguir os preceitos normativos; (02) a focalização em atendimentos “curativistas”, em detrimento das ações preventivas, assim não atuando na mudança do perfil epidemiológico do usuário; (03) a contratação precária dos profissionais; e (04) a ausência da participação social no planejamento e na execução das ações deste porte.

Tais achados despertaram para a necessidade da consolidação do SUS local, em especial da Saúde Bucal, o que deveria respeitar os princípios organizativos estabelecidos por lei, sejam eles: Participação Popular, Integralidade, Equidade, Universalidade, Hierarquização e Regionalização (BRASIL, 1990).

Contudo, justifica-se a compreensão da Política Social trabalhada de forma interdisciplinar e promotora de cidadania, na medida em que se verifica a diversidade de frentes de atuação para a busca de sua melhor condução, e que vem a refletir favoravelmente nas condições de vida dos usuários, comportando como objeto de inserção social; e que não deveria encontrar dificuldades na implementação em regiões vulneráveis. Segundo Narvai (2017, p. 21) “As bocas de nossa gente refletem nossas iniquidades”, o que demonstra um histórico desprezo dos gestores na efetivação desta política no país.

Entretanto, apesar do reconhecido avanço institucional com a implantação do “Brasil Sorridente”, uma parcela considerável da população brasileira ainda tem reduzido acesso aos serviços (PNS, 2013), decorrendo na perpetuação dos principais problemas: dor de dente e, conseqüente, perda dentária (MOREIRA *et al.*, 2005). São situações indesejáveis, ainda que

corriqueiras, sobretudo nas comunidades carentes e distantes dos centros urbanos, tendo como possíveis causas: falta de acesso e precária qualidade nos serviços prestados; insuficientes informações sobre as medidas de prevenção e de tratamento das doenças bucais; e não valorização do próprio cidadão em zelar por uma saúde de qualidade.

De fato, a SB precisa ser pensada e praticada com o intuito maior de promover qualidade de vida aos usuários, atuando equitativamente em prol do bem-estar social do cidadão, e não como um processo mutilador e que ganha o espaço da normalidade com o avançar da idade. Perder dentes não pode estar naturalmente vinculado a um processo fisiológico: erroneamente descrito como fruto da senilidade.

Compreendido como a possibilidade de utilizar os serviços quando necessário, torna-se importante garantir o acesso aos serviços pelo SUS, frente às adversidades sociais e às territoriais encontradas no país (TRAVASSOS, OLIVEIRA e VIACARA, 2006). Portanto, as políticas de Saúde Bucal deve estar próxima dos problemas da comunidade, atuando na definição de objetivos e de metas que atendam à população em relação ao cuidado com a boca, bem como toda a gama de correlações.

Assim, parte-se do princípio de que a busca por um “Brasil Sorridente”, constatado o seu contexto interdisciplinar, deve ser perseguido por todos: permeando o ambiente técnico, o campo científico e a participação ativa dos envolvidos. Para Sandrini (1999), tal Política Social deve soar como um dever integral dos agentes sociais, englobando todos os agentes, para que se conforme uma sociedade justa e solidária.

Para tanto, utilizar-se-á do conceito de fato social de Durkheim (1960), segundo o qual a forma dos indivíduos pensarem e agirem é determinada, coercitivamente, pelo social. Assim, as representações coletivas não são a simples soma das representações individuais, sendo impossível dissociar os indivíduos na sociedade na qual estão inseridos, da mesma forma que é impossível conceber uma sociedade sem que essa se manifeste através de indivíduos concretos. Compreender as diferentes formas de percepção dos “nichos” sociais corrobora ao entendimento da territorialidade dos conceitos e das atitudes de saúde tomadas pelas populações, pelos gestores e pelos profissionais, ou seja: a percepção dos fatos sociais.

Contudo, joga-se luz no estudo da Saúde Bucal Coletiva, numa abordagem em que saúde e doença tangenciam um significado político, social, econômico, e nas demais esferas possíveis, adquirindo assim uma perspectiva subjetiva e multifacetada. Associando os estudos de Samaja (2000), reportando às dimensões da reprodução da saúde nas dimensões “autoconsciência” e “ecológico-política”, aos de Botazzo (2006) sobre a “Bucalidade”, o que não limita a utilização de outros, o estudo aprofunda nas expressões sociais da saúde e da

doença de origem bucal, e como tem sido o comportamento dos atores sociais envolvidos no estudo de caso na tentativa de melhoria do cenário colocado.

De maneira a sintetizar alguns desafios de uma política de saúde, apropria-se de Camargo Jr. (2009) para a heterogeneidade do termo “atenção à saúde”, e que esta qualidade deve percorrer os detalhes e as preocupações na realização de pesquisas congêneres. O presente objeto de estudo abarca esta temática, despertando algumas considerações a partir das contribuições deste autor (CAMARGO JR., 2009):

- que os elementos que articulam na produção da atenção à saúde são distintos na sua configuração, no presente e em locais específicos, de desenvolvimentos históricos diversos, com origens e trajetórias que se encontram em momentos diferentes do tempo;

- que existe uma dialética local *versus* global, dado os perfis dos problemas de saúde de populações específicas, mas que remete a saberes e a instituições globais;

- que compreende um conjunto de práticas altamente institucionalizadas, objeto de políticas específicas e de regulação a partir do Estado, e que o escopo destas práticas estabelece um conjunto de locais específicos para sua produção – no caso em tela a UBS;

- que nas instituições em que ocorrem as práticas da atenção à saúde, agregam-se outros processos regulatórios necessários à sua produção: pessoal qualificado, instrumentos e materiais, dentre outros;

- que deve ser considerado a multiplicidade de interesses econômicos capaz de “criar pressões sobre o desenvolvimento e fornecimento de determinados serviços e produtos, segundo uma lógica que não segue necessariamente os propósitos éticos supostos nas intervenções terapêuticas” (p. 17);

- que a atenção à saúde se referencia num conjunto específico de conhecimentos apontados como recurso de legitimação social, como justificativa para as ações empreendidas no escopo da atenção à saúde, mas que tais conhecimentos estão dentro do contexto de regulação, mencionado anteriormente, e fazendo parte do conhecimento biomédico, e que por si só são asserções aceitas como “válidas por grupos específicos, segundo procedimentos de validação aceitos pelos mesmos grupos, que ao fim apontam para a construção de agregados coerentes, que são por sua vez aninhados numa rede de asserções similares, previamente validadas” (CAMARGO JR., 2009, p. 18).

Para tanto, cabe ao momento a apuração e a análise dos principais trabalhos publicados no Brasil a respeito, na tentativa de abarcar as vertentes teóricas e práticas publicadas a respeito.

## **2.2 POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: DESAFIOS E TENDÊNCIAS A PARTIR DO ESTADO DA ARTE**

A presente etapa objetiva apresentar a realização do levantamento bibliográfico acerca da Saúde Bucal no Brasil, possibilitando um “mapeamento” das produções acadêmicas específicas ao tema por meio do “estado da arte”, seguindo o intervalo temporal determinado nos objetivos do trabalho de Tese.

Assim, apresenta-se uma análise de textos científicos indexados ao Portal de Periódicos da CAPES no período de 01 de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2019, subdividido em dois momentos: (01) entre os 10 e 20 anos após a instituição do SUS e a sua regulamentação por meio das Leis Orgânicas de Saúde (BRASIL, 1990) – período este limitado entre os anos de 2000 a 2009; e (02) o período mais recente, entre os anos de 2010 a 2019.

A navegação no sítio acadêmico do Portal de Periódicos da CAPES (<https://www.periodicos.capes.gov.br/>) foi realizada em 01 de outubro de 2020. Seguindo em “Busca Avançada”, uma nova página foi aberta para uma “Busca por assunto”. Utilizando como descritores os termos “Saúde Bucal” e “Representação Social”. No interstício temporal de 2000 a 2020, 39 “periódicos revisados por pares” foram encontrados, fato que, ao refinar a busca para os trabalhos escritos em português<sup>35</sup>, foi reduzido a apenas uma unidade, ainda que esta não esteja condizente com o procurado.

O fato de não encontrar estudos neste primeiro momento requereu modificações, mesmo que preservando a plataforma de busca. Logo, foram utilizados como descritores “Saúde Bucal” e “Sistema Único de Saúde”. Agora, o objetivo passou a realizar um levantamento das publicações a respeito da Saúde Bucal no SUS, preservando a correlação com as abordagens sobre a representação social, mas que agora fora realizada indiretamente por meio da leitura dos achados iniciais.

Em função do recorte temporal, dividiu-se a busca em dois momentos: (01) com filtro “Data Inicial: 01/01/2000 e Data Final 31/12/2009”, compreendendo a primeira metade do período estudado; e (02) com filtro “Data Inicial: 01/01/2010 e Data Final 31/12/2019” compreendendo o segundo período. Cada um desses recortes resultou em 44 e 262 textos, respectivamente.

---

<sup>35</sup> O fato de se procurar trabalhos escritos em português justifica-se na possibilidade de se estudar as políticas de Saúde Bucal desenvolvidos no Brasil e que em grande termo são publicizados no território nacional, compreendendo que esses trabalhos sejam os mais difundidos e procurados pelos interessados em adquirir conhecimento a respeito da temática.

Seguindo a descrição metodológica, foi utilizado mais um mecanismo de busca/refinamento: “Periódicos revisados por pares”. Ou seja, passou-se a analisar somente os textos publicados em periódicos revisados, anonimamente e por pares, reduzindo o quantitativo de artigos no período (01), para 36 e do período (02) para 250. A etapa seguinte contou com leitura e análise de título, seguido da leitura do resumo dos artigos selecionados, aplicados os critérios de inclusão e exclusão segundo a contemplação do conteúdo, sendo os textos completos reunidos, organizados e catalogados.

No quadro a seguir, os resultados sistematizados após a utilização dos critérios analíticos de inclusão e exclusão, bem como a forma delineada pelos os filtros de conteúdo específico, chegando-se a um total de 10 artigos para o período inicial e 48 artigos para o segundo período (**QUADRO 01**).

<b>QUADRO 01: Sistematização dos achados bibliográficos e aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão</b>						
<b>Lapso temporal</b>	<b>Total de achados</b>	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Idioma</b>	<b>Fatores de exclusão</b>	<b>Fatores de inclusão</b>	<b>Total final de achados</b>
Data Inicial: 01/01/2000 e Data Final 31/12/2009	44	00 Tese/Dissertação				
		36 artigos (todos com o texto completo disponível)	Inglês (25) Português (22) Espanhol (04)	- Repetidos (09) - Fuga ao tema principal (05) - Estudos locais/regionais (10: 04 Nordeste; 02 Sul; 04 Sudeste) - foco na disciplinaridade: (01) - estudos por ciclo de vida (gestante -01; fumo e doença periodontal - 01)	Campos dos Goytacazes /RJ (01)	<b>10 Artigos</b>
		08 livros		Material destoante de trabalhos de pesquisa		
Data Inicial: 01/01/2010 e Data Final 31/12/2019	262	01 Tese/Dissertação	Português (01)	- Fuga ao tema principal (01) (Gestão de métricas e indicadores de doenças em saúde bucal)		
		250 artigos (todos com o texto completo disponível)	Inglês (229) Português (210) Espanhol (55)	- Repetidos (02) - Fuga ao tema principal (117) -Estudos locais/regionais (32: 11 Nordeste ; 06 Sul ; 10 Sudeste; 01 Norte; 05 Centro-Oeste ) -foco na disciplinaridade: 18: necessidade de prótese (03); pessoal auxiliar (04); Plantas Medicinais (01); CEO (04); percepção/expectativas alunos (04); urgência (01); percepção usuário (01); endodontia (02); ortodontia (01); cárie dentária (01); -estudos por ciclo de vida /condições de vida: 32 (gestante (06); adolescente (04); fumo e doença periodontal (01); idoso (11); PNE (03); adulto (04); criança (02); HÁ e DM (01); Câncer (01); -estudos sobre população específica: Quilombola (01).		<b>48 Artigos</b>
		11 livros		Material destoante de trabalhos de pesquisa		

Fonte: Elaboração própria.

Após a definição do conteúdo buscou-se subdividir em categorias, de maneira a subsidiar a discussão a respeito da produção científica da política de SB no Brasil, sendo

utilizadas as seguintes: “Desigualdades/Justiça Social”; “Processo de Trabalho”; e “Formação”. Vale ressaltar que foi mantida a divisão conforme os dois períodos dispostos no quadro anterior, pela necessidade de se pesquisar os avanços, as tendências e os desafios encontrados sobre a literatura específica a cada intervalo temporal (**QUADRO 02**).

<b>QUADRO 02: Porcentagem das categorias de análise segundo a busca realizada de estudos sobre a SB</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Data Inicial: 01/01/2000 e Data Final 31/12/2009</b>	<b>Data Inicial: 01/01/2010 e Data Final 31/12/2019</b>
Desigualdades/ Justiça Sociais	30%	41,%
Processo de Trabalho	30%	37,5%
Formação	40%	--
Outros	--	20,9%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Elaboração própria.

Diante do apresentado, segue a discussão das produções científicas pré-selecionadas, o que não impediu a adição de textos pertinentes ao contexto e que contribuíram para a obtenção de uma melhor compreensão do “estado do conhecimento” proposto.

Uma análise geral permite entender como foram majoritariamente conduzidos os estudos sobre a SB no Brasil. Em relação aos principais pólos produtores das pesquisas, destacam-se os trabalhos realizados no Nordeste do país, sendo imperioso ressaltar a relevância de se estudar a política social em voga no contexto de carências sócio-econômicas regionais, o que pode levar a crer, primariamente, que se segue o princípio da equidade na formulação, na execução e na divulgação dos estudos sobre a SB no Brasil. O mesmo não ocorreu na região Norte do país, dada a precária divulgação de estudos desenvolvidos.

Ao avaliar os títulos das publicações, observa-se o predomínio do caráter biologizante da odontologia, centrado em uma discussão que valoriza a doença - na contramão dos princípios da política do SUS (BRASIL, 1990). É possível notar que a linguagem adotada coaduna com aspectos relacionados a uma biomedicina que valoriza as tecnologias duras (MERHY, 2005) de cuidado (leia-se: que valoriza equipamentos e técnicas), deixando em segundo plano as tecnologias relacionais, focadas no vínculo, na escuta qualificada e na dimensão integral da saúde humana.

Além disso, salienta-se que os achados focados em estudos sobre as tecnologias relacionais se repetem no que tange às revistas de publicação e a um grupo restrito de autores, podendo conotar um afunilamento do interesse sobre o tema por parte de um restrito número de estudiosos no cenário nacional.

Quanto à fonte divulgadora dos estudos, predominância foi observada nas que possuem como escopo a saúde pública, em específico na Saúde Coletiva, demonstrando



carência nas publicações em plataformas que tenham afinidades por estudos relacionados às Ciências Sociais e Humanas. Principais títulos de periódicos encontrados: “Cadernos de Saúde Pública”, “Revista Ciência & Saúde Coletiva” e “Revista Brasileira em Promoção da Saúde”.

De uma maneira geral, afirma-se que as publicações sobre a Saúde Bucal e com viés para as Ciências Sociais e Humanas transitam, ainda que na superficialidade, mais nos periódicos com escopo para a saúde do que quando comparado aos meios de divulgação que enfatizam, a priori, as Ciências Sociais e Humanas. Uma discussão cara ao tema e que coloca em dúvida se estas ciências precisam avançar nos estudos daquela, ou o inverso.

Os textos também permitem aferir que o método predominante aplicado nos estudos é o quantitativo, expressando uma aproximação das discussões com a epidemiologia, mas que afasta de outras áreas da Saúde Coletiva, como as Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Tal evidência também foi identificada por Botazzo (2000), ao traçar o histórico da Odontologia na Europa no período pós Revolução Francesa, e que fora transferido para a realidade no Brasil anos mais tarde.

Sobre os autores, o que se notou foi o seleto grupo de estudiosos sobre o assunto, aqui dando foco à SB e às representações sociais que a boca assume. Destaque para: Carlos Botazzo (BOTAZZO, 2000; 2006; 2008; 2013), Adauto Emerich (EMERICH, 2013; EMERICH e CASTIEL, 2009), Luiz Felipe Estevanim (ESTAVANIM, 2017), Samuel Jorge Moyses (MOYSES, 2013), Paulo Capel Narvai (NARVAI, 2001, 2006, 2017; NARVAI e ALMEIDA, 1998; NARVAI e FRAZÃO, 2008), e Charles Dalcanale Tesser (TESSER e SILVA, 2015).

A respeito das categorias apresentadas no Quadro 02, observa-se que no primeiro período houve simetria na exploração dos temas, o mesmo não ocorrendo no segundo período - não tendo registro de trabalhos sobre a formação dos profissionais de SB, além do extenso aparecimento de estudos sobre outros assuntos não “perseguidos” aqui. Os percentuais do aparecimento das categorias de análise visualizados neste quadro serão detalhados e discutidos adiante, apresentados separadamente e conforme os períodos propostos para análise.

Outra evidência decorre que, enquanto na primeira parte preponderou, ainda que dentro de uma relatividade, a publicação de estudos sobre a formação profissional, o que desperta preocupações a respeito de uma educação precária na compreensão do indivíduo partícipe e integrante do contexto social da política tratada; tal apontamento fora acalmado no segundo momento, agora focando nas possíveis reverberações práticas desta formação, ao

retratar de maneira mais enfática aspectos relacionados à desigualdade e à justiça social. Como se tais levantamentos retratassem as consequências desses.

### **2.2.1 Políticas de Saúde Bucal no Brasil: análise das publicações entre 2000 e 2010**

Instituído em 1988, por meio da Constituição Cidadã, o SUS é resultado de processo de luta social pela construção de um sistema capaz de garantir a saúde de modo universal, integral e equitativo, estando organizado pelas diretrizes da descentralização e hierarquização, e tendo a participação popular como um dos principais pilares (BRASIL, 1990).

Embora o sistema de saúde brasileiro tenha sido regulamentado em 1990, as políticas públicas de SB não caminharam no mesmo compasso temporal, tanto que as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal foram instituídas somente em 2004 (BRASIL, 2004). O próprio Ministério da Saúde reconhece o atraso no que se refere à instituição das políticas de SB no Brasil:

[...] Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à Saúde Bucal era extremamente difícil e limitado. Esta demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do Cirurgião-Dentista com atuação apenas clínica [...] (BRASIL, 2004).

Sob a égide do SUS, as políticas públicas de SB no país pretendem (per)seguir os princípios da equidade, da universalidade e da integralidade – em busca do bem comum e da justiça social (BRASIL, 1990), possibilitando uma atuação conjunta e interdisciplinar em prol da integralidade do cuidado, esta que ultrapassa o campo biológico e pretende atingir a esfera da justiça social. Dessa forma, suas ações auxiliam na redução das desigualdades, evitando a exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação (BRASIL, 2017b), apesar de ainda muito distante do ideal, o que para Estevanim (2017), revelam sinais de exclusão.

Nesse mote, as teorias sobre o processo saúde-doença apresentadas no capítulo anterior ganham importância, no sentido de apresentar contradições segundo o tempo histórico, demonstrando a evolução da temática e assim superando o conteúdo conservador e biológico da enfermidade. Compreender esse avanço proporciona positivas contribuições à política estudada: tanto no planejamento, na execução e na avaliação das suas ações por parte dos gestores públicos e dos profissionais de saúde; quanto ao que compete aos cidadãos - na condição bucal individual e associada às representações da saúde nos campos político, econômico e social.

Assim, as contribuições aqui expostas contrariam a excessiva aproximação ao terreno biológico e individual do “paciente”, e toma como rumo o terreno social promovido pelos trabalhos bucais, utilizando-se do conceito de “Bucalidade” de Botazzo (2006). Nesse sentido, ganha terreno as Ciências Humanas e Sociais, ratificado na intencionalidade da abordagem e de recortes realizados para a busca de trabalhos afins, na medida em que se pretende evidenciar o estudado sobre a reprodução social da boca no país.

Frente ao atraso histórico do desenvolvimento dessas políticas, constata-se o número menor de estudos que envolvem a SB e o SUS no primeiro período de busca – de 2000 a 2009, uma vez que tais políticas se encontravam em processo inicial de desenvolvimento.

No primeiro artigo catalogado, segundo a ordem cronológica de publicação, Serra (2001) analisa as mudanças que ocorreram na estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói/RJ e suas implicações para a SB, apontando para o fato que a partir de 1990, com a implementação de um sistema de saúde amadurecido – devido ao surgimento do SUS, demandou uma reformulação do modelo de atenção na SB com princípios e diretrizes embebidos pela dinâmica da Saúde Coletiva. O autor entende que mesmo diante de muitas iniciativas, como o levantamento e o cadastramento de recursos humanos e equipamentos odontológicos, a abertura de concurso público, a implementação de programas voltados a creches e escolas, pouco se avançou no sentido de uma inserção real da Odontologia na Saúde Coletiva.

O estudo de Serra (2001) evidencia que as práticas de cunho preventivista, voltadas a um trabalho operacionalizado por meio da escovação dental e da higienização oral para a prevenção da cárie, além da abordagem tecnicista mutiladora e curativa, são aspectos marcantes e limitados do fazer profissional da Odontologia. A SB necessita percorrer caminhos extensos de desenvolvimento ou amadurecimento, corroborando ao que Paim (2009) relata na constante reformulação e adaptação aos cenários bio, político, sociais e econômicos das políticas públicas de saúde, e que para Sena (2001) ficou registrado como o não acompanhamento da SB aos avanços do SUS.

Nesse sentido, e evidenciando as políticas locais do município de Campos dos Goytacazes, no estado do Rio de Janeiro, Saliba e Oliveira (2005) demonstraram preocupações quanto aos avanços políticas de SB locais, principalmente no que tange ao que hoje se denomina Estratégia Saúde da Família (ESF). Os achados dos autores são caros a esta pesquisa, uma vez que denotam os desafios encontrados naquele período de investigação, e que ainda permanecem aos tempos atuais – e já retratados no primeiro capítulo a partir da empiria do autor.

Saliba e Oliveira (2005) chamam a atenção para aspectos apontados por Serra (2001), no sentido de que as ações desenvolvidas pelos profissionais ainda são de cunho clínico ambulatorial básico, denotando que ações ampliadas de Saúde Coletiva são desenvolvidas de maneira ineficiente, atuando incisiva e negativamente no acesso e na promoção de justiça social, diante da falta de ações equitativas, e que reverbera na qualidade de vida dos sujeitos em vulnerabilidade.

O verificado anteriormente vai de encontro ao evidenciado na revisão bibliográfica realizada por Matos *et al.* (2020), ressaltando a importância da inserção e participação do CD na ESF, atuando como membro da equipe na concretização do conceito de saúde integral, desenvolvendo prática preventiva e curativa, além do apoio no trabalho interdisciplinar, sendo sua participação efetiva na atenção à saúde, uma vez que exerce um papel primordial na prevenção de doenças, agregando nos cuidados à saúde do usuário junto aos demais profissionais.

Fernandes e Peres (2005) demonstram que promover qualidade de vida e justiça social é desafiador aos municípios com condições socioeconômicas deficitárias, e que um dado quantitativo revelador da exclusão social é a elevada proporção de exodontias, situações em que a mutilação, seguida da impossibilidade de reabilitar a condição bucal acentua tais iniquidades. Nesses territórios, portanto, há uma carência de estratégias de prevenção primária (promoção da saúde e proteção específica) e secundária (tratamento precoce e limitação do dano), há muito ventilado por Leavell e Clark (1976), o que poderia reduzir o processo de agravamento de doenças bucais que decorram em perda dentária.

Narvai (2006) chama atenção para a necessidade da construção de uma agenda em SB comprometida com os princípios do SUS, pensando que a Saúde Bucal Coletiva deve se fundamentar de modo coerente às vontades democraticamente expressas e definidas na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasília, em 2004). O autor ainda conclui que o ensino superior brasileiro precisa estar comprometido com a formação voltada ao sistema público de saúde, de forma a compreender as necessidades da população, na construção de um olhar reflexivo sobre as diferentes formas de desigualdade.

Ainda nesse estudo, Narvai (2006) lança mão da história para pontuar o surgimento das primeiras atividades odontológicas sob a responsabilidade do poder público no Brasil, ocorrido pós-Segunda Guerra Mundial. Assim, emerge a “Odontologia Sanitária”, esta que deveria estar voltada à comunidade, de características específicas ao seu público-alvo e próxima às demandas locais, mas que naufragou ao focar em ações acríticas, padronizadas e

concentradas em atividades educativas e preventivas de grupos escolares - excluídas do seu contexto social e dos determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença.

O que se observa desde então é a permanência e o verdadeiro fortalecimento da “Odontologia de Mercado”, altamente privatista, focada na doença e nas respectivas condutas terapêuticas, ainda que evidente nos espaços públicos de saúde. Esses que deveriam acolher uma Saúde Bucal Coletiva capaz de interpretar as devidas representações sociais da boca, e que compõe um corpo que participa de um espaço social, emergido em fatores sociais, culturais, políticos e econômicos (BOTAZZO, 2000).

Compreender o que os profissionais pensam e como agem no campo da prática odontológica, na esfera pública ou privada, não se resume a avaliar o ensino ofertado nas Instituições de Ensino Superior (IES) congêneres no país. Entretanto, na medida em que a formação deve estar na interface com as reais necessidades de SB da população, sobretudo inserida no paradigma da política pública e dos princípios do SUS - este como maior empregador dos profissionais de saúde do país, cabe reflexões sobre como se tem preparado o corpo técnico, sobretudo das IES de caráter público, para o atendimento às demandas da sociedade.

Neste sentido, Araujo (2006) ressalta a necessidade de harmonizar as técnicas cientificamente comprovadas com as evidências socialmente científicas, sendo, para a autora, a grande falha do ensino odontológico. Assim, necessita-se de um período de transformação na formação dos recursos humanos, enfrentando conflitos e pressões que promovam mudanças, que não se dão à moda estanque e muito menos ficam confinados ao espaço acadêmico, mas que devem ocorrer de forma contínua na carreira profissional. A autora supracitada apela para mudanças que superem a indignação cotidiana de uma política social fragmentada, inacessível aos vulneráveis e descontextualizada às demandas sociais emergentes.

Saintrain (2007) aponta que para possibilitar a execução de políticas públicas responsáveis por mitigar as iniquidades em SB, seria necessário que os gestores do SUS promovessem o planejamento de ações simplificadas, mas com o poder de alcançar a população em maior situação de vulnerabilidade. Para tanto, não se pode abrir mão da participação popular como principal voz a estes planejamentos, e muito menos deixar de adaptar as políticas nacionais segundo as realidades locais.

Assim como Saintrain (2007), Oliveira *et al.* (2008) também estavam preocupados com o debate em torno da equidade e da melhoria da qualidade de vida das populações. Discutindo o papel social da Odontologia na promoção da saúde, apontam que as pessoas e as

comunidades precisam ser capacitadas a analisarem e refletirem sobre seus problemas, para que pensem no seu modo de superação. Em outra ponta, dada a íntima relação das doenças bucais com as condições sociais das pessoas, chamam atenção na poderosa contribuição dos profissionais envolvidos, estando cientes do seu papel no processo de trabalho na saúde pública. Para isso, seria necessária uma mudança que começaria na formação profissional, de modo que repercutisse em alterações do modelo hegemônico, e acompanhada da maior atividade dos usuários do sistema público de saúde.

Frazão (2009) também acredita na importância da formação profissional, uma vez que somente por meio da interlocução entre as instituições de ensino e o SUS pode-se avançar nas políticas públicas. As escolas de Odontologia, segundo o autor, precisam estar atentas às demandas do SUS, de modo a produzir ações concatenadas às demandas, de modo a se superar da tradição liberal-privatista.

Para o autor, o fomento à pesquisa relacionada ao setor público deveria ser priorizado para a implementação de medidas que elevem os padrões de qualidade dos materiais, das técnicas e dos equipamentos em SB, desde que aumente a acessibilidade ao público mais vulnerável sócio-economicamente, diante de métodos mais eficazes e menos onerosos à implementação das políticas públicas do setor (FRAZÃO, 2009).

Em estudo realizado com discentes do curso de Odontologia, Gontijo *et al.* (2009) demonstraram que houve a aprovação por 92% dos acadêmicos quanto ao contato com aspectos da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais, possibilitando reflexões relacionadas ao processo saúde-doença enquanto um processo social. Diante deste cenário, a clínica curativa passou a ser problematizada, uma vez que a saúde é pensada sob olhares da cultura e de todas as variáveis sócio-econômicas, trazendo uma mudança no fazer profissional.

Alguns dos estudos suscitam análise da Atenção Primária à Saúde (APS) e o papel da ESF nesse contexto. Mendonça (2009) analisa os resultados na avaliação da saúde da família e demonstra que há muitos resultados positivos e que indicam o sucesso da estratégia. A autora também aponta os desafios para o futuro, que seriam a formação e a educação permanente, além da consolidação da APS como ordenadora do cuidado, estabelecendo o elo direto com a comunidade.

Importante salientar que a ESF é um valioso aspecto para integração ensino-serviço e, como apontado por diversos autores (ARAÚJO, 2006; GONTIJO *et al.*, 2009; FRAZÃO, 2009), há uma necessidade de articulação da formação dos estudantes com os anseios do SUS, carecendo de uma maior inserção dos acadêmicos para o desenvolvimento de um olhar para as necessidades de saúde da população.

De maneira geral, apesar dos poucos estudos encontrados na busca realizada, nota-se a preocupação no formato da condução da educação superior da Odontologia, bem como a sua repercussão no campo da prática, dada à necessidade de construir um SUS realmente capaz de inserir o usuário na formulação das políticas sociais, aqui destacado a SB e que para tanto, o discente (o futuro profissional) precisa estar próximo dos marcos conceituais e das práticas da Saúde Bucal Coletiva, ao que Botazzo (2000) descreve “Da Arte Dentária”.

### **2.2.2 A função social da boca e as desigualdades entre o legislado e o evidenciado: estudos publicados entre 2010 e 2019**

Assim como no primeiro período, a análise geral das pesquisas publicadas do ano 2010 a 2019 também revelou uma preocupação com as desigualdades sociais em saúde. Para Antunes e Narvai (2010) as desigualdades estão presentes mesmo quando há políticas públicas instituídas e quando há determinação legal específica para tal – o que distingue a existência das normativas da realidade nas práticas. Os autores exemplificam o processo de fluoretação da água de abastecimento público que oscila por marcantes desigualdades regionais, impactando diretamente na experiência da cárie dentária.

Assim, faz-se necessário que estratégias sejam propostas para regiões com maiores necessidades, o que Da Silva, Machado e Ferreira (2015) apontam para ações sociais que impactem nas condições de vida da população para a redução da cárie dentária, ressaltando o problema da correlação entre o legislado e o evidenciado, e de forma mais acentuada nos cenários mais precários.

Pereira e Decarli (2019) reforçam o discurso das desigualdades em SB, ao retratarem que populações em maior vulnerabilidade, independente do indicador utilizado, são mais afetadas quanto à condição de saúde, e que frente às crises econômicas, a SB deveria ser prioridade enquanto centro nucleador de políticas, o que impacta no acesso ao cuidado dos estratos sociais menos favorecidos. Fato também evidenciado por Lima (2019), acrescido que a austeridade fiscal influencia na utilização de serviços públicos odontológicos no Brasil, o que pode beneficiar o mercado privado e ampliar as desigualdades, conforme notado na expansão das corporações odontológicas na atual conjuntura nacional.

Fonseca, Mota e Gonçalves (2011) também demonstraram preocupações ao discutirem sobre as desigualdades de acesso aos cuidados preventivos e à assistência odontológica em muitos lugares do Brasil. Embora tenham visto a redução na prevalência de cárie no país, a distribuição desigual das doenças bucais desperta a necessidade para uma discussão bioética sobre a assistência à SB na APS.

Ao abordar o modo como os serviços são organizados, importa chamar a atenção para a ESF, enquanto política crucial para levar os serviços odontológicos à população brasileira de modo mais equânime. No entanto, Faccin, Sebold, Carcereri (2010) demonstram que tanto a estrutura quanto as próprias concepções em relação ao processo saúde-doença convergem para que as práticas estejam estreitamente relacionadas ao agir profissional nos moldes do modelo hegemônico.

Ainda que o processo de trabalho exija uma articulação com toda equipe, buscando a construção da integralidade por meio de ações longitudinais em que o usuário é protagonista na relação de cuidado, os profissionais, de maneira geral, são conscientes do impacto limitado de suas práticas, e de que grande parte destes desafios está atrelado às deficiências estruturais do processo de trabalho.

Peres e colaboradores (2012), utilizando dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2009, demonstraram que, não obstante mais da metade da população tenha indicado precisar de atendimento odontológico, 15,2 % não conseguiram, sendo que a maior parte das pessoas utiliza o serviço odontológico privado (61,1% da população).

Ainda segundo os estudos de Peres *et al.* (2012), a percepção sobre a necessidade de tratamento ocorre principalmente em mulheres, adultos de meia idade e pessoas com maior escolaridade, o que também foi encontrado em outras pesquisas (PNS, 2013). No entanto, a falta de acesso aos serviços foi maior nos menos escolarizados, pardos, mais jovens e nas mulheres, o que corrobora com as preocupações discutidas até o momento em relação às iniquidades em saúde, e ratificado por Fonseca, Nehmy e Montano (2015), ao mostrarem a deficiência do acesso aos serviços odontológicos como direito social:

[...] que as entrevistadas não davam, antes, importância ao cuidado com o dente, porque os procedimentos eram-lhes desconhecidos ou porque a prática dominante era a extração dentária. Hoje, valorizam os dentes e sofrem os constrangimentos sociais que causam a sua boca mal cuidada. Contudo, o acesso à restauração dos dentes pelo SUS não lhes é ainda possível [...] (FONSECA, NEHMY e MONTANO, 2015, p. 3.129).

O relato acima corrobora com o achado por Luana Leal Roberto (ROBERTO, 2017), na medida em que os serviços precisam alcançar as percepções e as expectativas manifestadas pelos usuários, além de prover informações em quantidade e qualidade adequadas, no contexto da “alfabetização em saúde”. Para tanto, primordial é identificar o perfil do usuário insatisfeito, de modo a subsidiar a reformulação de estratégias de saúde que visem à melhoria da qualidade do serviço odontológico prestado (SILVA SOUZA, 2018). As contribuições



destes autores ressaltam a importância da informação como propulsor da aceitabilidade no aprimoramento do acesso aos serviços públicos ofertados.

Não se pode deixar de frisar que identificar o perfil do usuário não significa uma atitude passiva deste, mas sim a criação de espaços em que o mesmo possa efetivar a sua participação na (re)formulação das políticas públicas de saúde, sendo ele o protagonista na luta pelo direito à saúde no Brasil (DE ALMEIDA *et al.*, 2018) na redução das iniquidades persistentes entre diferentes grupos sociais (SILVESTRE, DIAS e TEIXEIRA, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Os estudos até aqui elencados não tratam da carência de normativas, inclusive ressaltam a existência destas e ratificam a sua eficácia no campo teórico. Em outra ponta, os mesmos revelam a necessidade de mudança significativa nas ações, o que denota o verdadeiro ponto fraco na efetivação das políticas públicas de Saúde Bucal no Brasil.

Neste ponto de discussão da realização das práticas conforme o preconizado nas legislações, Camargo, Nakama e Cordoni Junior (2011) demonstraram que em relação às representações sociais sobre o processo de trabalho da Odontologia no SUS, verificou-se o precário reconhecimento entre os CD como referência para a atenção odontológica. O que ficou demonstrado foi um verdadeiro ceticismo dos próprios profissionais – estes que deveriam acreditar no sucesso das ações setoriais a fim de promover a redução das desigualdades de acesso aos serviços.

Moyses *et al.* (2013) discutem a vigilância em SB no Brasil, justamente no sentido da construção da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), revelando que o Brasil saiu da condição mundial de média prevalência de cárie para baixa prevalência, e que também foi percebida uma redução da necessidade de próteses dentárias. Tais constatações corroboram com os achados de Vieira e Saintrain (2013) no sentido da redução da prevalência da cárie.

No entanto, assim como nas pesquisas anteriores, Macedo *et al.* (2015) esboçam tamanha preocupação em relação às desigualdades regionais, sobretudo no componente especializado, de custos mais elevados e que permitem a reabilitação da SB (RIOS e COLUSSI, 2014).

Moyses *et al.* (2013) destacam que é possível construir uma política pública efetiva e que integre a academia aos serviços de saúde; o que para Mello *et al.* (2014) a inserção da SB na rede de saúde ainda ocorre de forma incipiente e em alguns momentos descolada das demais relações que constituem a rede de serviços de saúde, e que também se encontra em processo de consolidação.

Soares, Reis e Freire (2014), ao se preocuparem com o processo de trabalho em SB, especialmente no que tange à ESF, citam competências interpessoais necessárias aos profissionais, tais como: bom relacionamento, equilíbrio emocional, ética, boa capacidade de comunicação e competências gerais para trabalharem na saúde pública.

Contudo, os aspectos relacionados à conduta do profissional na sua prática, ou seja, a sua relação com o usuário, e até mesmo para com os outros profissionais da equipe de saúde, constituem um dos desafios do SUS, o que desperta inúmeros estudos a respeito. De maneira sucinta, o profissional de saúde carece de formação, e/ou de informação, a respeito da valorização dos sujeitos implicados no processo contextual de produção de saúde.

Tal preocupação decorreu, dentre outras medidas governamentais, na criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – “HumanizaSUS” (BRASIL. MS, 2008), com o intuito de fortalecer o sistema de saúde “de todos e para todos”. Segundo o MS: “Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe” (BRASIL. MS, 2008, p. 8), o que vem a repercutir sobremaneira na qualidade dos serviços públicos de saúde ofertados.

O HumanizaSUS (BRASIL. MS, 2008), segundo os preceitos do MS, deve ser um incentivador de “trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários”, e deve ter como diretrizes: (01) o acolhimento: construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho ao construir relações de confiança, compromissos e vínculos entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva; (02) a gestão participativa e a cogestão: expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão; (03) a ambiência: apontada para a construção de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e considerem todas as dimensões humanas implicadas no processo de ocupação dos espaços para que estes sejam de fato produtores de saúde e lugares de encontro entre as pessoas; (04) a clínica ampliada e compartilhada: tendo no olhar sobre um usuário ou numa situação de saúde não resumido à apenas o olhar de um especialista, mas sim de toda uma equipe, interdisciplinarmente; (05) a valorização do trabalho e do trabalhador: compreendendo as situações nas quais os trabalhadores afirmam a sua capacidade de criação e de avaliação das regras de funcionamento nas organizações de saúde; e, por fim, (06) a defesa dos direitos dos usuários: incentivando e assegurando que eles

sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta (BRASIL. MS, 2010).

Nesse ponto, Sanchez *et al.* (2015) demonstram que a integralidade em SB está relacionada ao acolhimento, vínculo e responsabilização, tendo como premissas a formação acadêmica, o trabalho em equipe e o acesso aos diferentes níveis de assistência. Importante chamar a atenção para o aspecto formativo, presente em vários trabalhos investigados, indicando a necessidade de aprofundar o debate sobre o ensino em Odontologia, mas que não é eixo central da pesquisa.

Mattos *et al.* (2014) debruçaram no processo de trabalho na ESF e analisaram que, apesar da melhoria do acesso com o passar dos anos, ainda há dificuldades na capacitação e na contratação de recursos humanos qualificados para compor as equipes de SB, bem como na integração entre os profissionais de saúde, indo ao encontro do evidenciado por Soares, Reis e Freire (2014) e já relatado no primeiro capítulo diante da abordagem empírica do autor.

Aquilante e Aciole (2015), ao discutirem o cuidado da assistência odontológica após a PNSB (Brasil Sorridente) apontam que persiste uma tendência de atuação centrada na doença, com ações preventivas limitadas a palestras e aplicação tópica de flúor, havendo maior priorização do grupo materno-infantil. No entanto, é necessário frisar que o aumento no acesso aos serviços básicos de saúde leva ao crescimento da procura por serviços especializados, não havendo resposta efetiva nesse sentido e frente à nova demanda, endossando os resultados de Rios e Colussi (2014) quanto às desigualdades dos componentes especializados de cuidado em SB.

Segundo Aquilante e Aciole (2015), as mudanças assistenciais somente acontecerão quando houver uma resignificação do processo de trabalho e da formação profissional, o que para Verli e Cunha Santos (2019) devem-se jogar luz nas situações de maiores impactos psicossociais produzidos pelos problemas bucais, e distanciar de cenários de diagnósticos e terapêuticos que fogem à realidade do serviço público no país.

Ciente da necessidade de melhoria da integralidade do cuidado em SB no SUS, Pucca Jr. *et al.* (2015) ressaltaram que o Brasil é o único país do mundo a propor um sistema de saúde universal e com uma população acima de 200 milhões de habitantes, e mesmo ciente dos enormes desafios, há que se considerar os avanços a partir do “Brasil Sorridente”, implantado em 2004, promovendo melhorias nos indicadores epidemiológicos do setor, angariando investimentos financeiros e desenvolvimento profissional, e possibilitando a construção de uma rede de atenção à Saúde Bucal. O mesmo foi evidenciado por outros trabalhos (LIMA CHAVES e LIMA SANTOS, 2017; VIACAVALHO, CARVALHO e

LAGUARDIA, 2018), sendo que neste último reascende a discussão sobre a carência, em números e em qualidade de profissionais para o cuidado odontológico segundo o preconizado nas normativas nacionais.

Tesser, Pezzato e Silva (2015) analisam a medicalização social na Odontologia e trazem contribuições ao discutido até o momento. Alertam para a mercantilização das práticas odontológicas, bem como para o crescimento das especialidades e o foco na estética. Revelam também a baixa exploração do campo do cuidado, o que pode ser percebido pelas práticas fragmentadas, voltadas ao reducionismo biológico, sendo necessário um olhar reflexivo e crítico em relação à temática, de modo a contribuir para a evolução na formação e nas práticas profissionais.

Ao analisar experiências de perda dentária, Bitencourt e Correa (2019), mostraram narrativas que ratificam a função social da boca, ao afetar as vidas dos acometidos pela ausência do elemento dentário. O movimento inverso, de agregar valor ao corpo, advém com o processo de reabilitação oral oportunizado nos serviços de maior complexidade. Neste trabalho também destaca a importância dos estudos de abordagem qualitativa nos serviços de saúde para o planejamento de ações que priorizem as necessidades percebidas pelas pessoas em seus territórios, buscando reduzir estigmas e desigualdades sociais.

Para tanto, válidas são as contribuições de Samaja (2000) sobre a reprodução social da saúde ao evidenciar as diversas dimensões além da reprodução biológica inseridas neste contexto, sobressaltando a perda de dentes como fator de desvantagem nos diversos aspectos.

Diante dos trabalhos apresentados, percebe-se que a preocupante ação mutiladora atribuída aos serviços de SB no Brasil, seguida de seus efeitos devastadores e que extrapolam o campo biológico ao longo do tempo, não deveriam persistir na contemporaneidade caso fosse combatida pelos gestores locais, mediante a formulação e a efetiva condução das políticas públicas para este fim. Fica claro, portanto, que o desafio para os que formulam e os que implementam tais políticas públicas no Brasil tangenciam a redução das disparidades socioeconômicas, bem como visam incentivar medidas intersetoriais dirigidas aos grupos mais vulneráveis.

O fato de que as políticas públicas de SB estejam bem desenhadas, diga-se: normatizadas, e de haver uma melhora considerável quanto ao acesso aos serviços desta natureza quando comparado a períodos anteriores à política pública específica, não cobre os persistentes e imensos desafios no que se refere às práticas integrais, equânimes e resolutivas perante às demandas dos mais vulneráveis.

Contudo, foi possível perceber o maior número de publicações relacionadas ao período de estudo que vai de 2010 a 2019, constatando que três foram as temáticas recorrentes nas publicações: (01) desigualdades sociais; (02) processo de trabalho; e (03) formação. Pode-se notar que as desigualdades regionais ainda preocupam os pesquisadores, sobretudo acerca do acesso aos serviços em determinadas partes do país e diante das estratificações sociais mais vulneráveis. Tal fato repercute negativamente na condição de SB desses grupos, acentuando fatores outros de exclusão.

Sobre o processo de trabalho é possível depreender que ainda há fragmentação e dificuldade na integração com a equipe, além de um olhar fortemente voltado à doença e não às questões psicossociais envolvidas e intrínsecas ao processo saúde-doença. Isso reflete negativamente nas práticas, que se tornam biologizantes e predominantemente curativas, ficando a atuação limitada à prevenção da cárie de seletos grupos sociais.

Botazzo (2000) atenta para a ineficácia na interação das Ciências Sociais e Humanas na SB, devido a um isolamento da Odontologia a essas ciências, e que permite direcionamentos opostos do profissional – a cada dia mais técnico e privatista, em relação aos fundamentos das políticas sociais – de caráter interdisciplinar e intersetorial, e, sobretudo, do usuário/cidadão – ausente e carente do acesso aos serviços públicos.

A formação é apontada, desse modo, como parte fundamental do processo de reconstrução das práticas odontológicas, sendo necessária uma reestruturação que passa pelas IES. Uma mudança nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Odontologia faz-se necessária visando a integração desde a formação às necessidades do SUS e incentivando o trabalho no âmbito das redes de atenção à saúde.

No segundo tempo histórico analisado, contradições significativas sobre as teorias sobre o processo saúde-doença foram encontradas, o que representa a evolução da temática e a existência de outras vertentes, permanecendo contrapontos ao conteúdo conservador e biológico da enfermidade. Compreender o significado conceitual e epistemológico dessa evolução é fulcral para o desenvolvimento de concepções outras, capazes de subsidiar as políticas de SB e que envolve melhorias no processo de planejamento, execução e avaliação.

Como consequência desse viés progressista das políticas, espera-se que os usuários dos serviços acompanhem no exercício efetivo da participação social, pela qual a condição bucal individual esteja associada às representações da saúde, intrínseca e participe de um todo. Nesta composição idealizada, quem sabe, a mudança na essência da formação profissional do CD será fundamental, não que seja o primeiro e o único “passo”, uma vez que mudanças nas práticas dos profissionais reverberam na informação e na aceitabilidade dos

usuários aos serviços, assim os tornando mais responsáveis ao contexto sócio-cultural em que atuam.

Embora avanços tenham sido produzidos nas políticas públicas de SB nos últimos anos, especialmente após a estruturação do “Brasil Sorridente”, para que as melhorias sejam contínuas, os agentes públicos – diga-se: gestores, profissionais de saúde – necessitam atuar em prol da equidade no acesso e da humanização dos serviços odontológicos, frente ao desafio de superação das práticas privatistas, biologizantes e meramente curativistas, que predominam no país. Não menos importante há que ressaltar a ativa participação dos usuários, no movimento de informação quanto aos seus direitos, e no dever de colaborar no planejamento e na execução das medidas em saúde locais, segundo as especificidades regionais e sem desvirtuar das normativas vigentes.

Portanto, estes foram os principais apontamentos em relação ao “Estado da Arte” do objeto de pesquisa, ainda sendo, mesmo decorridos dezoito anos da sua implantação, o fulcro maior de preocupação a desigualdade no acesso ao serviço e a repercussão negativa na condição bucal destes, que se encontram vulneráveis e excluídos dos objetivos para um “Brasil Sorridente”. Aproximar a referida política aos territórios dos excluídos e assim conformar as diretrizes segundo a realidade local, diante dos anseios e das necessidades específicas a este público, parece ser o grande desafio, cabendo ao próximo capítulo aprofundar as questões teóricas do processo de territorialização das políticas sociais e a realidade da condução do “Brasil Sorridente” no município estudado.

### **CAPÍTULO 03 – DO BRASIL AO TERRITÓRIO: DAS DIRETRIZES À REALIDADE DO ACESSO EM SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ**

Uma vez apresentada as inquietações profissionais e o modo como as mesmas se articulam ao contexto do trabalho em questão, e seguido pelo levantamento bibliográfico inicial apresentado no segundo capítulo, este capaz de registrar os marcos teóricos e conceituais específicos à política social em evidência, cabe ao momento a realização dos recortes espaciais pretendidos no percurso metodológico e expressos nas considerações iniciais.

Compreender o território em questão, por enquanto colocado de forma conceitual e de maneira generalizada, coincide com o início da interpretação da dinâmica local inerente a cada localidade, tendo como núcleo o funcionamento dos serviços públicos de Saúde Bucal dispensados na Unidade Básica de Saúde (UBS). É no local, no território, que as coisas acontecem – um tanto distante dos bancos acadêmicos produtores das pesquisas e das cadeiras que legislam pela causa e que tomam, por vezes de forma incompleta e/ou incorreta, as decisões e os planejamentos das ações ofertadas ao público-alvo.

Entretanto, cabe ressaltar que a interpretação dos fatos não se exaure na visão “micro”, esta que é verdadeiramente a resultante prática do serviço ofertado e do serviço acessado pelos usuários do sistema público de saúde, em evidência a Saúde Bucal (SB). Mas que tal campo de pesquisa se constitui em potencial tradutor de como as políticas sociais se difundem em ações locais, ainda que não abandonando os parâmetros organizacionais, sejam eles: diretrizes, normativas ou legislações do âmbito nacional, estadual e municipal. Servir destes parâmetros, portanto, como material legitimador das políticas implantadas, como métrica balizadora, avaliadora e analítica das ações locais dispensadas, permite dimensionar os desafios particulares de cada contexto.

Logo, o capítulo objetiva compreender a dinâmica da Saúde Bucal nos territórios do município de Campos dos Goytacazes/RJ, dado as particularidades de cada localidade, bem como interpretar, analisar e emitir um juízo de valor a respeito da conformação, do planejamento, da execução e dos resultados da política setorial municipal segundo as especificidades retratadas em cada contexto. Para tanto, utiliza-se da empiria do autor, somado às evidências narradas em estudos congêneres, e que possibilita, juntamente com o observado no trabalho de campo, reflexões sobre o estágio das políticas de SB municipal, tendo como baliza as normativas nacionais.

Desta forma, o capítulo segue estruturado em 03 partes e que nelas possuem objetivos específicos da pesquisa de Tese e que por ora são revelados.

Na primeira, apresenta-se uma discussão teórica sobre os espaços em saúde, diante do processo de descentralização da política de SB no país a partir das diretrizes do SUS (BRASIL, 1990), acentuando a importância do planejamento e da execução das políticas segundo as realidades locais – que aqui ainda será tratado no campo teórico, abarcando generalidades às possibilidades de desafios encontrados. De certa maneira, prepara-se para adentrar nas particularidades do estudo de caso proposto.

Para isso, utiliza-se de caminhos trilhados por autores da Geografia, possibilitando percorrer caminhos teóricos conjugados ao campo da saúde, jogando luz, sobretudo, ao conceito de território. Segue também contribuições desenvolvidas no campo da saúde e que ressaltam a ocorrência e a necessidade da compreensão do espaço particularizado e específico na sua dinâmica, e o que esta pode contribuir para a análise das políticas de saúde nacionalmente implantadas.

Na segunda parte apresenta-se a distribuição espacial das UBS no município de Campos dos Goytacazes/RJ. Compreender a pulverização, ou a capilarização dos serviços básicos de saúde municipal, em especial os pertinentes à atenção em SB, auxilia no dimensionamento do acesso ao serviço, segundo Sanchez e Ciconelli (2012).

Para estes autores, a disponibilidade do serviço, representada no conceito físico e geográfico, é capaz de refletir, associados a outros fatores, na entrada do indivíduo no sistema de saúde (SANCHEZ e CICONELLI, 2012). Importa ao ponto a mensuração e a descrição da existência do serviço em específico, interessando o quantitativo de UBS com o serviço de SB disponíveis aos municípios, bem como a distribuição espacial e demográfica segundo a abrangência de cada dispositivo. Nesta etapa, cabe utilizar de dados levantados no trabalho de Dissertação do presente autor-pesquisador (VARGAS, 2018), e que vem a requerer contribuições inéditas e atuais ao objeto de pesquisa em voga.

A parte final do capítulo utiliza dos apontamentos obtidos anteriormente e que complementam a dimensão “disponibilidade” de acesso de Sanchez e Ciconelli (2012). Aqui, apodera-se dos levantamentos anteriores e aprofunda-se na realidade local, utilizando do recorte espacial descrito no percurso metodológico, e que será nesta parte detalhado. Portanto, pretende-se descrever como ocorreu a seleção das UBS, aprofundando nas análises destas instituições municipais de saúde sobre a demanda local e da qualidade dos serviços de SB, ressaltando alguns pontos-chave: a existência do serviço no momento necessário, o horário de



funcionamento, a distância e as opções de transporte, dentre outros presenciados no trabalho de campo.

Importa ressaltar que a análise dos serviços dispensados levará em conta as contribuições referentes ao acesso, deixando à margem quantificar e/ou qualificar os atos operatórios dos procedimentos odontológicos realizados – aqui de difícil mensuração e destoante dos objetivos traçados para o trabalho em questão. Em suma: cabe analisar a utilização do serviço, ou a expectativa desta, na oportunidade de ter o problema de Saúde Bucal “resolvido” – ou “acessado”, pela população adscrita na UBS.

Contudo, aproveita-se do capítulo para evidenciar os achados no trabalho de campo realizado nas UBS selecionadas, jogando luz na infraestrutura, no processo de organização e de planejamento local em SB, considerando os aspectos sociodemográficos e culturais dos territórios, tendo como base o trabalho de Moreira *et al.* (2005), ao agrupar os aspectos prejudiciais do acesso aos serviços de Saúde Bucal em: (01) aspectos sociodemográficos, (02) aspectos comportamentais/culturais, e (03) organização e planejamento das ações em saúde.

Logo, o capítulo vem a cumprir as funções de identificar os fatores de acesso aos serviços de Saúde Bucal de Campos dos Goytacazes/RJ; e de evidenciar avanços e desafios frente às políticas setoriais implantadas no Brasil segundo as normativas nacionais vigentes ao período de 1998 a 2018.

Trata-se, portanto, dos primeiros apontamentos do trabalho de campo da referida Tese, objetivando, em específico, identificar os fatores de acesso aos serviços de Saúde Bucal de Campos dos Goytacazes/RJ, sobretudo no que tange às ações pertencentes ao nível básico de atenção em saúde da política setorial em destaque. Tais evidências serão complementadas com o apresentado no capítulo seguinte, diante das entrevistas realizadas com os gestores, os profissionais de saúde e os usuários dos serviços das UBS pesquisadas, bem como no levantamento e no dimensionamento da participação social como reguladora do serviço municipal em destaque.

Vale sublinhar que o lapso temporal da pesquisa requer uma abordagem retrospectiva das informações, e que tal fato torna-se primordial na compreensão dos serviços de saúde dispensados em tempos anteriores à excepcionalidade do acometimento da pandemia de Covid-19. Abordagens que intentam analisar as políticas sociais em SB dissociada de fatores extremos e que, certamente, repercutiram negativamente no avanço das ações em saúde por todo o mundo.

Assim, não vale dizer que se trata de uma pesquisa histórica na sua condução metodológica, uma vez que não se perde o foco das investigações nos acontecimentos

contemporâneos – que fique transparente aos olhos dos leitores. Apenas propicia uma relativização aos fatos atuais – a considerar os últimos dois anos, e que pode degradar toda e qualquer política social já colocada em prática, assim como exigirá mudanças na implantação de outras a partir deste evento pandêmico.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa de estudo de caso, e que agora merece alguns apontamentos sobre este recurso metodológico, ressaltando o rigor na sua aplicação e sanando possíveis dúvidas quanto a sua condução. A princípio, cabe dissociar o “estudo de caso” utilizado como recurso de ensino e que é amplamente utilizado no campo da saúde, este que não exige uma interpretação completa ou acurada dos fatos, uma vez que o propósito é estabelecer uma discussão entre os estudantes de um caso único e “sem a devida preocupação com a apresentação justa e rigorosa dos dados empíricos” (YIN, 2001, p. 20). O que agora se expõe permite esclarecer possíveis desentendimentos por aqueles mais distantes do campo da pesquisa, sobretudo os mais próximos do campo da prática dos serviços da saúde.

A este tipo de estudo de caso, também denominado estudo de caso clínico e de grande utilização no campo da odontologia, joga-se luz na condução de uma situação clínica estabelecida, compondo uma receita – um verdadeiro *check list*, dos passos para se restaurar dentes de tamanha destruição por cárie, por exemplo. Um pouco descontextualizado da realidade, da dinâmica e das adversidades da vida, o que demanda preocupações quanto ao valor para as ciências humanas e sociais. Segundo Yin (2001), aqui – e somente aqui, se permite que a “matéria-prima do estudo de caso” possa “ser deliberadamente alterada para ilustrar uma determinada questão de forma mais efetiva” (p. 29).

Portanto, o estudo de caso aqui abordado toma forma de um método de ciência social e para fins de pesquisa, “modelo frequente para a pesquisa de tese e de dissertações em todas essas disciplinas e áreas [das ciências sociais]” (YIN, 2001, p. 11), carecendo de uma visão holística e de investigação empírica dos eventos de uma vida real. Assim, a pesquisa exposta ganha contornos explanatórios, ao colocar em evidência questões do tipo “como” e “por que”, uma vez que o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e que o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

Ainda conforme este autor, a utilização desta ferramenta metodológica desmitifica a insuficiência do fornecimento de achados para se uma generalização científica a partir da abordagem de um caso único, uma vez que o ponto principal são as generalizações teóricas e não o evidenciado nas populações (YIN, 2001). Certamente uma dúvida que salta aos olhos de muitos.

Outros aspectos relevantes e determinísticos quanto à abordagem do estudo de caso em questão, e que será perseguido nas diferentes etapas do trabalho de campo, trata da observação direta, e que será exposto nesta etapa, bem como da série de entrevistas do tipo semi-estruturadas que serão trazidas no capítulo seguinte. Portanto, a apresentação dos achados da observação direta das unidades de saúde selecionadas, atua de forma introdutória na exploração de análises capazes de enriquecer a discussão a respeito das dinâmicas territoriais envolvidas nas políticas de saúde e a sua influência na prática.

### **3.1 GEOGRAFIA NA SAÚDE E SAÚDE NA GEOGRAFIA: PERSPECTIVAS E IMBRICAMENTOS PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE**

A Geografia, aqui tratada na especificidade da “Geografia da População” em muito se correlaciona com “Saúde”, necessitando primeiramente explorar os aspectos conceituais dessa perspectiva, respeitando a polissemia e os diferentes apontamentos que cabem aos dois conceitos.

Parte da Geografia Humana, a Geografia da População ganha, a cada dia, importância frente ao dinamismo dos fenômenos humanos e que tem na questão demográfica uma temática conflitiva e propulsora de pesquisas não apenas voltadas para análises de variáveis isoladas, mas, sobretudo, resultantes do impacto das relações sociais e da relação destes efeitos na natureza, dada a expansão populacional em números absolutos e que necessita ser relativizado o impacto quanto à concentração em algumas regiões (COSTA, 2009).

Ainda segundo Costa (2009), pode-se diferenciar, dentro da sutileza que cabe a dois termos muito utilizados nesta discussão – Demografia e Geografia da População – sendo este um bom começo para se abordar algumas definições pertinentes à sessão, e que já antecipa a escolha pela abordagem do segundo. Para o mesmo, enquanto o primeiro “[...] trabalha com elementos relacionados com a natureza e com o comportamento das populações” (COSTA, 2009, p. 09), a Geografia das Populações extrapola tais limites ao “[...] tentar explicar espacialmente esses fenômenos demográficos” (p. 09), tendo a seguinte conceituação:

[...] A Geografia da População é o campo de estudo dos processos demográficos, analisados em uma perspectiva temporal e principalmente espacial, na tentativa de explicar sua dinâmica permanente, da qual organiza o espaço produzido pelo homem, buscando entender o caráter diferenciado de sua distribuição espacial [...] (COSTA, 2009, p. 10).

Portanto, a atuação dos estudos a respeito da Geografia da População supera o velho dilema de números, estatísticas, indicadores e variáveis, o que também ultrapassa o estudo das localidades em que os fenômenos são estudados “quando a questão de sua dinâmica

(populacional) tem importância, rebatida na economia de um país, na sociedade como um todo e principalmente na chamada pressão demográfica” (COSTA, 2009, p. 11).

Desta forma, o estudo na Geografia das Populações centra em algumas variáveis, sendo as principais: (01) biológicas: taxa de natalidade, taxa de mortalidade, faixa etária, distribuição por sexo; (02) culturais – casamentos, divórcios, tamanho da família, etnia, raça; e (03) nas variáveis socioeconômicas – renda familiar, condição de moradia, qualificação profissional, nível de escolaridade. Vale lembrar que essas variáveis não devem ser vistas isoladamente, pois é na análise da dinâmica de determinada localidade – país ou região, em que se encontra o verdadeiro campo de estudo da Geografia da População.

Logo, observa-se uma intimidade, e que pode ser tratado como correlação, entre a Geografia das Populações e a Saúde, na medida em que a compreensão das variáveis elencadas no parágrafo anterior serve para embasar um estudo geográfico, no primeiro momento, mas também para o direcionamento de medidas promotoras de saúde e preventivas dos agravos à saúde.

De forma direta são disciplinas que não somente se complementam, mas que utilizam de um rol informações para o alcance das suas perspectivas, partindo do pressuposto de que a afinidade entre as duas áreas se tece quando se entende o espaço e o ambiente como atores sociais, e de que os mesmos não são neutros, mas atuam sobre as sociedades e os sujeitos que os produziram, construíram e organizaram.

Avançando no campo conceitual, permitindo um relativo aprofundamento, o conceito de “Território” torna-se importante na presente discussão, diante da relevância adquirida aos tempos atuais: frente às diferentes nuances presentes no processo evolutivo da sociedade. Assim, não somente se distancia da abordagem restrita aos limites geográficos, ao passo em que se aproxima de uma visão simbólica, pautada na robusta dinamicidade do mundo contemporâneo globalizado.

Deixa-se de lado a visão engessada de uma simples localização estática - de uma porção de terras; e ganha dinamicidade, formado por um conjunto indissociável e coexistente de objetos e de ações (SANTOS, 1988). Correlacionando “Território”<sup>36</sup> ao estudo da “Saúde”, Barcellos *et al.* (2008) descrevem que “os territórios são palcos de conflitos entre grupos que se apropriam de benefícios e outros que arcam com danos à saúde e ao ambiente” (p. 17).

Portanto, conhecer apenas os fatos objetivos de um território já não é mais satisfatório, tornando-se até insuficiente na compreensão dos fenômenos inúmeros e adversos ali

---

<sup>36</sup> Aqui está entre aspas e em letra inicial maiúscula por tratar de um conceito, assim como “Saúde” é abordada na sequência.

existentes. Existe a necessidade de adentrar no campo da subjetividade – da vivência e da percepção, devendo conhecer a dinâmica social, hábitos e costumes para que sejam caracterizados os determinantes da vulnerabilidade social, por exemplo. Percebe-se que, diferentemente do conceito de espaço geográfico, o território não se apresenta de aspecto homogêneo, estático, podendo até mesmo ser “recortado” de forma não coincidente com os limites político-administrativos – algo ainda um tanto quanto distante das práticas das políticas públicas de saúde.

Na saúde, temática pelo autor estudada, o conceito “Território” ganha importância, com toda a dinamicidade exigida, na construção e na consolidação do SUS, principalmente nos serviços de vigilância epidemiológica e nos serviços assistenciais da Atenção Básica em Saúde (ABS)<sup>37</sup>, como destaque a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Mas, conforme dito, o conceito ainda precisa ultrapassar as barreiras teórico-conceituais e político-administrativas, uma vez que o processo saúde-doença não parece respeitar tais distinções e limites, ao passo que exige um maior imbricamento entre as disciplinas: sob o olhar das diversas perspectivas.

A presente sessão, portanto, aproveita da correlação “território” e “saúde”. Um bom caminho para determinada discussão envolve a compreensão do processo de descentralização das políticas públicas de saúde na constituição dos “territórios da saúde”, e que se torna particular às políticas de SB, despontando as representações sociais da saúde.

Um resgate histórico sobre o processo de descentralização das políticas públicas de saúde no Mundo também fornece subsídios para a compreensão dos primeiros apontamentos incentivadores da participação social na condução destas, ainda que restrita às normativas e deveras distante das práticas.

O “Movimento Preventista”, iniciado na América Latina nos meados de 1950, teve como reforma prática no Brasil a incorporação de disciplinas curriculares relacionadas no campo da prevenção de doenças (BATISTA, VILELA e BATISTA, 2015), sendo um dos primeiros passos em direção oposta ao conteúdo estritamente biomédico e que serve de base para a estruturação dos serviços conforme as particularidades locais, e que assim deve contar com a ativa participação de quem o utiliza – o cidadão.

Na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada, em 1978, em Alma-Ata (ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas - URSS), vários países passaram a reorganizar a prestação de serviços de saúde, desprendendo de estruturas administrativas rígidas e predominantemente teóricas, da transmissão vertical de

---

<sup>37</sup> Também chamada Atenção Primária à Saúde (APS). Termo este internacionalmente utilizado, e que será preferido o seu uso.

conhecimentos, e da falta de coordenação entre instrumentos de formação e as necessidades da comunidade (GARCIA, 1972). Foi a partir deste evento em que se desenvolveu o movimento da Atenção Primária à Saúde (APS), enfatizando tecnologias, enganosamente, ditas simplificadas.

Em 1986, a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde ocorrida no Canadá, teve como importante produto a “Carta de Ottawa”, demarcando a necessidade de empoderar a comunidade na busca da qualidade de vida (WHO, 1986), enfatizando mais os determinantes ambientais e o estilo de vida do que propriamente as intervenções do sistema de saúde, de alto custo e que não garantem a promoção da saúde (PAIM, 2009b). Logo, havia a necessidade de implantar tais conceitos no campo da prática.

Ainda em 1986, ocorreu no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde, fruto dos movimentos nacionais sanitários em luta pela abertura do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, na tentativa de romper com o paradigma biomédico, ensejando mudanças no direito universal à saúde, no acesso igualitário, na descentralização dos serviços e na participação da sociedade (BRASIL, 1986). Fato de importância memorável, mas que ainda agoniza por um lugar privilegiado na atuação dos gestores das políticas, na formação acadêmica dos profissionais de saúde e na possibilidade de repercutir no posicionamento passivo dos usuários do sistema público de saúde nacional.

Trazendo tais apontamentos para o tema da pesquisa, há que se ressaltar o processo de consolidação das ações em SB no Brasil, apesar do atraso temporal frente às outras políticas de saúde. Ponto relevante deste atraso se expressa na própria implementação do Programa Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente, instituído, como política de governo. Em termos práticos, a discussão em torno da ruptura com o paradigma biomédico e que resultava na abertura do campo do conhecimento da Saúde Coletiva, iniciado em 1986 no país, ganha contornos institucionais na SB somente a partir de 2004.

Quanto ao conjunto ciência-gestão-prática, o Brasil Sorridente percorre a tentativa de alinhar investimento nos estudos sobre o tema, acompanhado da organização do processo de financiamento, da vigilância em SB e do aumento do acesso aos serviços deste setor (BRASIL, 2004).

Ao analisar os encontros de saberes e fazeres da produção do cuidado em SB do município de Campinas/SP, Pezzato, L’abbate e Botazzo (2013) concluíram que o maior desafio dos projetos de intervenção analisados foi a superação dos saberes “odontologizantes”, voltada para o lucro e o descaso social, ainda presentes e fortemente

instituídos no dia-a-dia dos que vivenciam o cotidiano da produção do cuidado em SB no SUS, seja como profissional, gestor ou usuário.

Utilizando de Silvestre *et al.* (2013), e complementado por fontes outras, o quadro a seguir (**QUADRO 03**) resume o processo de “municipalização” da Saúde, sublinhando, em paralelo, as particularidades da SB. Destaques anteriores à promulgação da Constituição Federal de 1988 vem a revelar conjunturas necessárias para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de a SB se despertar para uma política setorial mais próxima ao território, ainda que macroestruturada nos limites da municipalidade, somente a partir de 2004 com a implantação do Programa Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Portanto, o percurso histórico seguirá a partir de 1986, tendo como marco para as políticas de saúde a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em que foram debatidos os primeiros passos para a constituição do SUS, estes ocorridos de forma embrionária dois anos mais tarde a partir da promulgação da Constituição Federal.

<b>QUADRO 03:</b> Principais acontecimentos para o processo de municipalização da saúde pública e da Saúde Bucal no Brasil.			
<b>Ano</b>	<b>Acontecimento</b>	<b>Objetivos para a saúde pública</b>	<b>Objetivos específicos à SB</b>
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS)	Discussão das bases para o SUS	
1986	I Conferência Nacional de Saúde Bucal		Necessidade de uma política de SB inserida nos preceitos de um sistema universal, equânime, integral e com a participação da população
1988	Promulgação da Constituição Federal do Brasil	Colocados os princípios e diretrizes do SUS. Destaque para a descentralização de poder e os aspectos culturais	
1988	Ministério da Saúde definiu paralelamente ao INAMPS a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), instituindo o Programa de Controle de Cárie Dental		A PNSB baseou-se nos princípios da universalização, participação da comunidade, descentralização, hierarquização e integração institucional. Mas o Programa em específico, destinava ao público em idade escolar e estava voltado para os serviços emergenciais, ações preventivas, educação em saúde bucal e serviços recuperadores mais básicos, sendo um programa centralizado e verticalizado, indo contra aos princípios da Reforma Sanitária.
1990	“Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995 – A saúde do Brasil Novo”		A PNSB não foi explicitada neste Plano.
1990 a 1992	Mantida a lógica de financiamento por produção, colocando os municípios como meros prestadores de serviços do governo, e que		

	gerou conflitos entre o setor público e privado, com superposição de ações, desperdício de recursos e mau atendimento.		
1991	Portaria nº 184		Oferta pelo SUS de Procedimentos Coletivos (PC), impulsionando ações de promoção e prevenção em SB, influenciando o processo de municipalização ocorrido no Brasil neste período.
1994	Criação do Programa de Saúde da Família (PSF)	Recursos financeiros destinados com base no número de habitantes e em incentivos específicos. Priorizou o trabalho em equipe, voltado para ações preventivas, com foco na família e na integralidade da assistência à saúde	A SB não foi contemplada a fazer parte do programa
2000	Portaria nº 1.444		Fixou incentivo financeiro para reorientação das ações em SB e inseriu a equipe odontológica na PSF
2001	Portaria nº 267		Ampliação do acesso à SB, representando um aumento importante no aporte do financiamento público da odontologia e do aumento da rede de serviços.
2002	Documento “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes”	Combate à fome como prioridade número um do governo recém eleito.	Apresentação do diagnóstico da situação da saúde bucal, identificava ações imediatas a serem desenvolvidas nos primeiros 100 dias de governo, propunha um balizamento geral para o trabalho a ser desenvolvido na área de saúde bucal no âmbito do futuro governo federal (NARVAI, 2020).
2004	Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente		Esta política passou a integrar o Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Centrada na gestão participativa, com ênfase na ética, acolhimento, humanização do atendimento e vínculo entre as equipes e usuários. Incentivo ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), seguindo critérios dos planos municipais e regionais de saúde
2010	O Brasil passou a incorporar o grupo de países com baixa prevalência de cárie		Resultado que acomete não apenas as políticas públicas deste setor, mas também em outros serviços desta natureza, bem como avanços nas medidas preventivas e combativas da doença.

Fonte: Elaboração própria.

O que se observa neste percurso histórico é que, apesar da SB ser integrante da saúde pública, ciente do princípio da integralidade do ser e de sua indissociabilidade, tais políticas foram tratadas de maneira seccionada e que por vezes se apresentaram destoantes dos acontecimentos generalizados ao setor. Enquanto a tendência, no final da década de 1990, era



de constituição de um SUS descentralizado nos seus poderes, constituídos de uma política universal, equânime e integral, criou-se, no fluxo oposto, o Programa de Controle de Cárie Dental, caracterizado por um programa de forma vertical, centralizado e contrário aos princípios da Reforma Sanitária em voga na época.

Gera espanto o fato de que neste mesmo ano, 1990, fora implantado a primeira Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), esta sim com princípios congêneres às políticas em pauta. É como se a SB caminhasse por duas vias opostas, no intuito de seguir o preconizado à época para a orientação da saúde pública, mas sem abandonar sua derradeira afinidade por mecanismos de ação centralizadoras e destoantes de uma política universal e integrada.

Na década de 1990 observou-se também um apagamento na reorganização das políticas públicas de saúde, predominando a lógica de financiamento por produção e que favoreceu objetivos outros além do que levar saúde aos vulneráveis. Esta pauta frequentou a agenda da SB, porém o fato do governo valorizar os procedimentos coletivos deste setor promoveram mudanças positivas significativas nas suas políticas. Mais uma vez parecem estar em sentidos opostos: a saúde pública e a SB no Brasil; ou no que se pode retratar, em desenvolvimentos em velocidades distintas, estando esta mais atrasada em relação àquela. Exemplo disso foi o não abarcamento da SB na criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, fato ocorrido na SB apenas em 2000.

Sobre o Brasil Sorridente – Programa Nacional de Saúde Bucal, implantado oficialmente em 2004, há que ressaltar que o mesmo fora planejado desde os primeiros dias após a eleição de Lula para Presidente da República. Segundo o documento emitido neste tempo, intitulado “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes”: ter dentes é condição para mastigar bem e mantê-los saudáveis e, na sua falta prover por meio da reabilitação protética, constitui um enorme desafio do Programa Fome Zero (NARVAI, 2020). Este autor conclui que o Brasil Sorridente, tal como se concretizou, articulado a um conjunto de políticas sociais e econômicas nos governos de Lula da Silva e Dilma Rousseff, não existe mais (NARVAI, 2020).

Contudo, importa ao ponto as correlações da Geografia das populações com o processo de descentralização das políticas públicas de saúde no Brasil, ambos atentos às especificidades locais e aos fatores individuais, sociais, políticos, econômicos e culturais dos territórios. Ainda que as políticas de saúde demandem por essa aproximação, diante do processo de descentralização de suas ações e conforme registrado nas políticas do SUS a partir da década de 1990, o que se observa na SB é uma oscilação de tendências, ora acompanhando os princípios e as diretrizes instituídas para a saúde pública brasileira, ora

distanciando dos caminhos da universalidade, integralidade, equidade e da descentralização das suas ações.

### **3.2 RECORTE TEMPORO-ESPACIAL E A DISPONIBILIDADE NA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE BUCAL**

Conforme expresso nas considerações iniciais, o percurso metodológico requer, dentre outras ferramentas utilizadas na construção da pesquisa, recortes temporais e espaciais. Pontos estes já devidamente justificados, mas que ao momento cabe pormenorizar e apresentar os resultados diante das normativas elencadas.

A presente sessão, portanto, objetiva apresentar fundamentos que guiaram a escolha do tempo e do espaço a ser pesquisado, ressaltando a distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no âmbito do município de Campos dos Goytacazes/RJ. Neste sentido, compreender a disposição geográfica dos dispositivos municipais de SB da rede básica de serviços, utilizando do espaço temporal específico permite, não somente – o que demandará apontamentos outros no decorrer, dimensionar a disponibilidade dos serviços em destaque para o seu público-alvo, influenciando no acesso a estes (SANCHES e CICONELLI, 2012).

De maneira sucinta, o lapso temporal decorre na eventual necessidade de recorrer a dados publicados no sistema de informação do Governo Federal/Ministério da Saúde (DATASUS), sendo 1998 o seu primeiro ano de registro. Pelos motivos de ser uma implantação de um sistema nacional de informação em saúde e de que o mesmo necessita ser difundido por todo o território brasileiro de maneira a registrar satisfatoriamente as ações de SB, e pelo motivo adicional de que o ano de 1998 ter sido ano de pleito eleitoral, optou-se por remover o mesmo da pesquisa. Acredita-se, contudo, que ao abarcar dois decênios, de 1999 a 2018, haja razoabilidade na eventual captação de dados para o estudo de políticas que requeiram a permanência das ações, a continuidade na assistência e a manifestação dos seus resultados por médio e longo prazos, conforme o caso em tela.

Corroborando ao fato – agora expondo a escolha do ano final para a pesquisa, o período de pandemia da Covid-19<sup>38</sup>, iniciado em 2020 e que repercute sobremaneira e negativamente nos planejamentos, nas execuções e no levantamento dos dados epidemiológicos da SB no

---

<sup>38</sup> O novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi notificado em 29 de dezembro de 2019 na província de Wuhan, China. O vírus espalhou-se rapidamente por todo o mundo e em 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou uma pandemia de COVID-19. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 25 de fevereiro deste ano, sendo o primeiro país a relatar um caso de COVID-19 na América Latina. Em 20 de março de 2020, o país reconheceu a ocorrência de transmissão comunitária da doença, e a partir de então medidas de isolamento social para toda a população foram recomendadas pelo MS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Brasil e no Mundo, tendo como maior obstáculo do acesso a distância social determinada por medidas sanitárias (LUCENA *et al.*, 2020). Desta forma, tais dados encontram-se obscuros à realidade de qualquer política de saúde a ser investigada, cabendo, portanto, a sua não apreciação ao momento, mas que não perde a significância para estudos futuros correlacionados aos efeitos e aos desafios das políticas públicas no enfrentamento e nas consequências da Covid-19.

De maneira a exemplificar as conturbações ocasionadas pela pandemia na política de Saúde Bucal no Brasil, segundo a Nota Técnica nº 09/2020, a principal orientação do MS é de suspensão do atendimento odontológico de caráter eletivo, mantendo o atendimento dos casos de urgência/emergência, estes que devem ser realizados individualmente a fim de evitar a disseminação do vírus (BRASIL, 2020). Tais providências tomadas atentam para a proteção dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde, mas que certamente terão impacto nos indicadores, como por exemplo, os que aferem acesso e resolutividade, além de contribuir para o aumento na demanda reprimida, e que por ora não pode ainda ser equacionada devido às medidas sanitárias ainda vigentes. Este passa a ser o sólido motivo da não inclusão de dados na pesquisa referente a partir do ano de 2019, sobretudo quanto aos dados quantitativos deste período.

O segundo ponto que justifica o não abarcamento dos últimos anos na pesquisa trata de uma opção metodológica, e que percorre desde a realização do projeto de Tese, apresentado no processo seletivo para ingresso no Doutorado, ainda antes da pandemia, em Janeiro de 2018. Na sequência, agora se expõe o motivo inicial segundo os objetivos do pesquisador, sendo complementado e corroborado com as adversidades anteriormente tratadas.

Ao propor analisar e avaliar políticas sociais, em específico a Saúde Bucal, e de especial a forma como ela interage com os municípios sob a perspectiva do acesso a estes serviços, torna-se razoável a compreensão desta política em anos que não ocorram disputas eleitorais, conforme ocorrido em outubro de 1998, na esfera executiva federal, e no ano de 2020, na esfera executiva municipal.

Assim, ao excluir os anos anteriores a 1998, este inclusive, e os anos de 2020 e 2021, este último por ser primeiro ano de mandato eleitoral municipal, optou-se por retirar do estudo o ano de 2019, para que se pudesse analisar e avaliar dois períodos de igual duração: (01) primeiro período: de 1999 a 2008, inclusive; (02) segundo período: de 2009 a 2018, inclusive. Portanto, o que se observa é que a exclusão do ano de 2019 não decorreu apenas por uma

questão sanitária e que influenciou direta e incisivamente na condução das políticas públicas, mas também por uma questão metodológica anteriormente instituída.

Ainda que a pesquisa ofereça análises e discussões de cunho qualitativo, a mesma não se furta em demonstrar, sempre que possível e quando apropriado, dados oficiais sobre o tema e que permitam dimensionar, ilustrar ou mesmo contradizer com os achados nas abordagens qualitativas. Retirado de diferentes meios de registro, dá-se preferência a informações públicas e que possam ser acessados sem a utilização de meios que possam coibir, incentivar ou mesmo interferir sob qualquer outro aspecto no seu processamento.

Aqui, não se desconhece das prerrogativas legais a respeito da veracidade, da transparência, e da obrigatoriedade das entidades públicas na divulgação de dados, sobretudo quando estes são requeridos no intuito de desenvolvimento de pesquisas, mas que também não se deve desacreditar na falta de notificação, bem como no excesso dela, a depender dos objetivos para além de informar a realidade no cenário. Sobre este ponto, há que se atentar, o que pode por à prova um estudo genuinamente quantitativo, o que não é o caso em tela.

Quanto ao recorte macro-espacial, limitado ao município de Campos dos Goytacazes/RJ, justifica-se no fato do autor ser servidor desta municipalidade, utilizando da empiria quando necessário, esta que, se não determinará, ao menos guiará os caminhos a seguir, atentando para que não se perca a essência científica do trabalho em questão. Apropria-se das contribuições de Yin (2001), ao descrever que uma visão holística e que uma investigação empírica dos eventos de uma vida real permitam participar da construção das pesquisas de estudo de caso, tomando as precauções exigidas a uma pesquisa científica.

Compreender a disposição geográfica das UBS que contemplem as ações da Saúde Bucal municipal, em especial as relacionadas à Atenção Básica, auxilia no dimensionamento do acesso a estes serviços aos munícipes de Campos dos Goytacazes. Trata-se de um dos aspectos tangíveis de serem mensurados na abordagem do acesso, sendo a disponibilidade aqui representada por um conceito físico e geográfico segundo Sanchez e Ciconelli (2012).

Logo, o recorte espacial micro inicia com a seleção das unidades de saúde que possuem o serviço de SB de *status* “ativo”, fazendo parte do universo as que possuem Cirurgião-dentista cadastrado nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Para tanto, utiliza-se do *site* de acesso irrestrito ofertado pelo Ministério da Saúde – <http://cnes.datasus.gov.br>, e que demonstra dados dos estabelecimentos de saúde informados e atualizados pelo poder público municipal.

A data da investigação não coincide com os limites do lapso temporal proposto na pesquisa, uma vez que o objetivo aqui é de quantificar e de selecionar, diante dos critérios

colocados adiante, as UBS com o serviço de SB em atividade no momento em que os dados foram levantados. Identificadas, quantificadas e localizadas espacialmente tais instituições de saúde no território municipal, passa-se ao processo de trabalho de campo, no qual será investigado a ocorrência do serviço pesquisado nos limites temporais da pesquisa, bem como outros fatores determinantes para o acesso e que será descartado da investigação no caso da não realização deste serviço no período determinado.

Assim, o levantamento ocorreu em 24 de Janeiro de 2022, ao acessar o site <http://cnes.datasus.gov.br/>. Nos primeiros passos da busca pelas UBS, utilizou-se dos mecanismos de seleção do próprio site para identificar os estabelecimentos vinculados ao SUS, localizados no município de Campos dos Goytacazes/RJ, que estejam sob a gestão municipal e que tenham como natureza jurídica a “administração pública”.

O resultado foi de 175 estabelecimentos, e que agora será reduzido segundo a metodologia já apresentada, uma vez que aqui não se inclui apenas as UBS, mas outros dispositivos como serviços especializados, de urgência e de emergência, e que fogem à tônica das políticas públicas de saúde com viés de promoção de saúde e de prevenção de danos nos estágios iniciais da doença. Não que tais serviços sejam desnecessários e sem importância: apenas uma questão metodológica do autor-pesquisador e que pretende limitar o estudo do acesso aos serviços básicos de SB quanto à distribuição espacial das UBS nos territórios municipais.

Portanto, a limitação na utilização das UBS no estudo, ao mesmo tempo em que pretende dimensionar as possibilidades de acesso a estes serviços segundo uma demanda programada e local, e que pregue a longevidade e resolutividade do cuidado, torna-se critério de exclusão informações sobre programas de maior complexidade pertencentes a esta política social e que permitem limitar a demanda livre sob a tutela de um processo de referenciamento, tais como “Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)”, “Programa Dentinho Saudável”, “Programa Saúde na Escola”, bem como os serviços dispensados em ambientes hospitalares e que tenham como princípio básico a atuação nos casos de urgência e de emergência.

Dando sequência, e após esse recorte, constatou que o município conta com 74 UBS espalhadas por todo o território municipal e que devem ser responsáveis por promoverem saúde a sua população adscrita, diante da territorialmente delimitada. O passo seguinte consiste em discriminar as que possuem no cadastro o serviço de Saúde Bucal ativo. Para tanto utilizou-se da prerrogativa de que tais estabelecimentos devem constar com profissionais

da SB formadores da equipe de Saúde Bucal (eSB) – Cirurgião-dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), cadastrados como profissionais da unidade pesquisada.

Aqui, não se atentou, a princípio, para o quantitativo de profissionais, o total da carga horária destes, bem como a classificação dos profissionais segundo o Código Brasileiro de Ocupações (CBO). A existência do cadastro da eSB na UBS, por si só, constitui em critério de inclusão da mesma no estudo, sendo averiguado as particularidades e adicionados outros recortes em momentos futuros.

A seguir, um quadro representativo (**QUADRO 04**) dos primeiros dados encontrados e analisados a partir do CNES estudo (BRASIL. CNES, 2022) e que guiarão os próximos passos para a seleção das UBS para a pesquisa:

<b>QUADRO 04:</b> Quantitativo de UBS municipais e de profissionais CD cadastrados no CNES e aplicação de critérios de inclusão e de exclusão. Campos dos Goytacazes/RJ, 2022.			
Total de Unidades de Saúde: 71	Unidade de Saúde (tradicional): 40	Unidades sem profissional CD: 11	Eliminadas do estudo por não ter CD cadastrado
		Unidades com profissional CD: 29	Profissionais de carga horária de 20 horas semanais: 52
			Profissionais de carga horária de 40 horas semanais: 03
	Unidades Saúde da Família: 31	Unidades sem profissional CD: 10	Eliminadas do estudo por não ter CD cadastrado
		Unidades com profissional CD: 21	Profissionais de carga horária de 20 horas semanais: 27
			Profissionais de carga horária de 40 horas semanais: 16

Fonte: Elaboração própria com auxílio de Brasil. CNES (2022).

Antes de adentrar na análise do quadro acima, algumas considerações. A primeira evidência, ainda no percurso do levantamento das possíveis UBS, demonstra uma atualização dos dados na “Base Local” datado do último trimestre do ano de 2021: uma desatualização incapaz de desabonar as informações ali obtidas, diante da temporalidade do levantamento dos dados – ocorrido no primeiro mês do ano subsequente, e, sobretudo, considerando o lapso temporal perseguido na coleta dos dados para a pesquisa.

Outro dado evidenciado, de maneira geral nas UBS municipais, decorre na evidente desproporção entre a lotação dos profissionais de saúde nestes dispositivos, o que pode ser resumido em: muitos profissionais de Enfermagem (Enfermeiro e Técnico de Enfermagem), alguns profissionais Médicos, e poucos profissionais da Saúde Bucal (CD e ASB). Assim, sob a perspectiva geral no qual este dado foi levantado, atenta-se para as possíveis dificuldades de fixação dos profissionais de SB nas UBS, por vezes até em desvantagem numérica quando comparados ao Médico, destoando o fato notado do senso comum.

Aqui não se trata de elevar o senso comum ao *status* da cientificidade, longe disso. Mas que permite uma averiguação na literatura a respeito desta excepcionalidade, atentando quanto à dificuldade de manter o profissional de SB lotado nas UBS municipais mais afastadas, o que, de imediato, ficou evidente.

Utilizando da empiria do autor, tem-se como possíveis dificuldades: (01) precária ou inexistente infraestrutura necessária para o oferecimento do serviço de SB, dado o aparato de equipamentos e de insumos para a viabilidade das ações; (02) não escolha deste profissional em atuar em regiões de difícil acesso, afastado do centro urbano e que demanda uma logística mais qualificada para a chegada à UBS; (03) falta de planejamento e de execução de ações por parte dos gestores da política social em foco, que deveriam ser capazes de promover a descentralização e a qualificação do acesso destes serviços, colocando-os no contexto territorial do usuário; e por fim, (04) ausência de mecanismos de gestão participativa, e que poderia resultar na inquietação da população em questionar a ausência do serviço no seu território adscrito. São possibilidades aqui levantadas e que serão averiguadas na pesquisa de campo.

Retornando aos dados levantados, o fato do município conter no seu quadro de funcionários um alto quantitativo de CD não, necessariamente, resulta em quantidade e, muito menos, em qualidade dos seus serviços produzidos (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2015). Torna-se mais agravante, porém, quando se tem a atenção à SB ofertada de maneira destoante dos moldes preconizados da Atenção Primária em Saúde (APS), que tem como ponto de atuação o ambiente social em que as pessoas estão inseridas, ou seja, no território: valorizando as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB, 2016), os serviços de saúde próximos aos domicílios podem resolver em até 80%<sup>39</sup> das necessidades de saúde da população, reduzindo assim a gravidade dos fatos e a conseqüente demanda nos dispositivos de maior complexidade, tendo como produto a humanização das práticas de saúde (TRAD e BASTOS, 1998).

Em busca realizada na literatura científica sobre a dificuldade de fixação do profissional de SB nas UBS municipais, em especial o CD, observou-se escassez de estudos sobre o tema. Segundo Rosa (2021), as desigualdades na distribuição dos profissionais de SB, em especial o CD, carecem de políticas públicas promotoras da retenção destes profissionais

---

<sup>39</sup> Segundo Westphal (2006) este percentual foi primeiramente utilizado por Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá, na década de 1970, ao constatar que 80% das causas das doenças estavam relacionadas a estilos de vida e ao ambiente, atribuindo ao governo a responsabilidade por medidas mais amplas, como o controle da poluição do ar, a eliminação de dejetos humanos, e a qualidade da água de abastecimento público.

nos mais adversos territórios nacionais. Ressalta que este estudo abordou um único ponto colocado anteriormente como hipótese – dando crédito aos gestores e deixando à margem os demais agentes envolvidos.

Torna-se mais evidente a carência de estudos sobre o tema quando comparado com o volume de publicações congêneres, porém aplicada aos profissionais médicos. Desta maneira, trata-se por ora de expor alguns destes, e que podem servir como parâmetros para a posterior discussão no âmbito da SB.

Quando se trata do profissional Médico, estudos mais densos sobre o tema são encontrados, atrelando a dificuldade da fixação do mesmo na UBS aos seguintes fatores: a distância das unidades de saúde, a precária disponibilidade de materiais (CAMPOS, 2005; CAMPOS, MALIK, 2008), e até mesmo a deficiente qualificação do processo de trabalho da equipe de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2016). Segundo Ney e Rodrigues (2012), a precarização do trabalho não se firma apenas na questão salarial, ou no tipo de vínculo empregatício, mas na falta de condições de trabalho – problemas físicos na unidade, a falta de conforto para trabalhar, a ausência de equipamentos, de materiais e de insumos, e o excesso de população adscrita para cada UBS. Estes são alguns dos fatores, e que podem ser aplicados na realidade aqui estudada e específica ao CD.

De maneira antecipada e angariando as contribuições de diversos autores, presume-se em enormes prejuízos à condução da política social em SB quando se tem como cenário uma precária assistência profissional diante das adversidades territoriais. Segundo Trad (2006), o vínculo - com forte relação temporal e geográfica; e a confiança – como consequência de uma relação favorável entre profissional-usuário, perpassa na empatia, no respeito às adversidades, na relação horizontal de saberes. Enfim, atributos que se consolidam ao longo do tempo, sendo necessários para tanto a longitudinalidade das ações e dos serviços.

Agora como apontamento sobre a ausência do CD nas UBS do município estudado, totalizando 21 UBS das 71 cadastradas no CNES sem o serviço odontológico ativo, vale sublinhar que não se trata de carência profissional no quadro de servidores (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2015), mas sim de fatores outros capazes de impossibilitar a inserção e a fixação deste profissional em cada UBS.

Fatores estes que deveriam seguir parâmetros equitativos diante do quantitativo de usuários adscritos em cada dispositivo de saúde, bem como da vulnerabilidade existente em cada contexto. Afirmativa esta aproveitada do registro do Coordenador Municipal de Saúde Bucal da “2ª Conferência Municipal de Saúde Bucal de Campos dos Goytacazes/RJ”, em 2015, no qual ressalta o expansivo número de CD pertencentes ao quadro efetivo de



servidores públicos municipais contrastando com os resultados entregues aos munícipes a partir desta política (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2015).

Também desperta críticas o fato de algumas UBS cadastradas como pertencentes à Estratégia de Saúde da Família (ESF) não conterem o serviço de SB implantado, também denominado equipe de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família (eSB da ESF). Essa ocorrência se deu em 10 vezes, do total de 31 equipes da ESF cadastradas no município. Tais fatos corroboram com o já analisado por Saliba e Oliveira (2005), ao ressaltar as preocupações quanto aos avanços das políticas de SB locais.

Ao que tudo indica, o problema está pautado, não somente é verdade, na ineficiência da gestão municipal ao longo dos anos, indo de encontro às diretrizes instituídas do Ministério da Saúde (MS), e que preconizam a paridade entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de SB da ESF. Precariedades na gestão que resultam na desassistência dos territórios e na falta da resolutividade dos problemas de saúde da sua população adscrita.

Outro ponto não descartado é a redução de incentivos financeiros advindos do MS para o desenvolvimento desta política de saúde, uma vez que os repasses financeiros são realizados conforme o quantitativo de equipes cadastradas no CNES, e sendo que a inexistência destas equipes reduz o aporte de verbas para a determinada política, resultando num ciclo vicioso de precária resolutividade gerando o subfinanciamento.

Diante desta incipiente avaliação da política de saúde em pauta, que aqui se inicia e que clama por argumentos e perspectivas futuras, algumas considerações a respeito da avaliação qualitativa de programas de saúde merecem destaque. Segundo Minayo (2013), o hábito de avaliar programas sociais é relativamente recente, advindo após a Segunda Guerra Mundial em decorrência do aumento dos investimentos nas políticas públicas de bem-estar social. O que desperta a atenção nas contribuições da autora e que podem se adaptar à realidade pesquisada refere-se às características culturais, políticas e sociais na condução destas políticas. Segundo a mesma:

[...] no Brasil em particular, além de ser recente (a institucionalização das tecnologias de avaliação), é ainda muito tímido, o que se deve principalmente à cultura autoritária e clientelista que costumam orientar a práxis da política do país, independente dos governos vigentes. Essa práxis impregnada pelo populismo retrógrado, que persiste ainda hoje e convive com modelos altamente sofisticados de gestão, só conhece um momento de avaliação das ações: aquele em que começa um governo (federal, estadual, municipal), em que tudo o que foi feito anteriormente é sumariamente criticado. A gestão pública, nesses casos, parece ter começado da estaca zero, ao bel-prazer da competência ou da incompetência do gestor de plantão. Descontinuidade administrativa é o termo mais adequado para

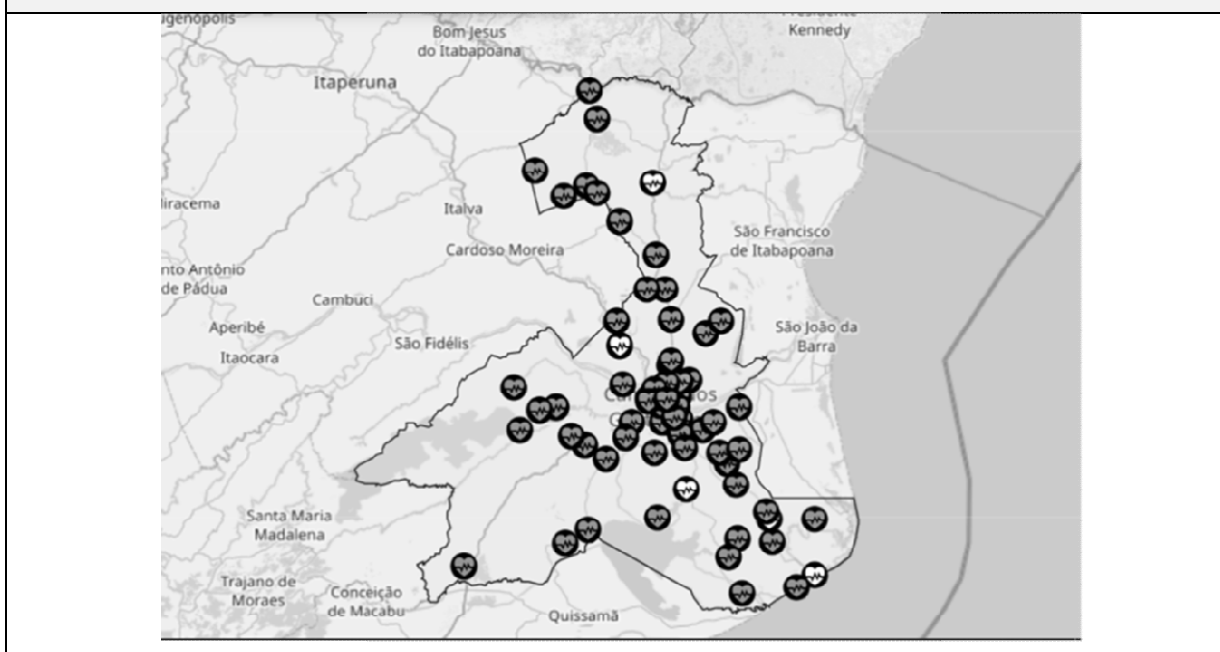
denominar esse desmando. Prejuízo à população é o resultado do descalabro [...] (MINAYO, 2013, p. 164).

O que se observa ao interpretar a citação acima também pode ser evidenciado na prática da política social estudada no município de Campos dos Goytacazes/RJ, que utiliza como base a empiria do autor, os resultados de Saliba e Oliveira (2005) e os discursos proferidos na conferência municipal sobre SB (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2015), e que tanto ressalta a descontinuidade administrativa quanto os prejuízos aos cidadãos de tal feito. Sendo mais otimista nas premissas quanto à práxis das políticas desenvolvidas no município, e tendo como relevo a de SB, parece que a mesma não acompanhou a evolução dos modelos de gestão desenvolvidos a partir da década de 1970.

O grande problema aqui se trata dos efeitos destas políticas introduzidas e conduzidas de maneira insatisfatória na sua abrangência social, prejudicando o caráter universal, equitativo, promotor da autonomia do indivíduo e gerador do bem-estar social. São políticas que repercutem o seu efeito ao longo dos anos, que deveriam extrapolar a duração do mandato eletivo. Entretanto, tamanha preocupação na longevidade na condução desta política não parece ser o observado na prática, confrontado com a inércia na evolução das ações, dos bens e dos serviços entregues à população. Mais uma vez, o caso em tela parece, ao momento, apropriar-se das considerações de Minayo (2013):

[...] Geralmente a avaliação apressada e movida por juízo de valor partidário sobre a gestão passada é simplista: tudo o que foi antes não serve, não presta. E a partir de um marco zero estabelecido por critérios de benefício político, a roda da nova administração recomeça a girar lentamente. Espera os dois anos finais para intensificar ações que dão visibilidade eleitoreira, para, em seguida, declinar ao final de quatro anos de governo. Então se inicia o momento em que a roda será de novo reinventada [...] (MINAYO, 2013, p. 164).

Dado a extensão quantitativa das UBS em Campos dos Goytacazes, a seleção das unidades seguiu o caminho de abarcar duas representantes que estejam espacialmente localizadas o mais próximo da sede da saúde municipal, somadas a duas representantes do segmento localizado espacialmente mais afastado – aqui independente do sentido. Assim, possíveis comparações permitem reerguer importantes achados para a discussão, passíveis de projetar comparações entre os estratos estabelecidos. De maneira a ilustrar a disposição das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) do município de Campos dos Goytacazes/RJ, segue a imagem obtida da página oficial da *Internet* da Secretaria Municipal de Saúde em pesquisa realizada em 01 de maio de 2022 (**QUADRO 05**).

**QUADRO 05:** Disposição geográfica das UBS de Campos dos Goytacazes/RJ.

**Fonte:** Site da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes/RJ. Disponível em: <[https://saude.campos.rj.gov.br/portal/?page\\_id=33](https://saude.campos.rj.gov.br/portal/?page_id=33)>. Acesso em: 01 Mai. 2022.

Para a mensuração das distâncias das UBS, utilizou-se de recursos básicos de aplicativos disponíveis na *Internet*, o *Google Maps*, utilizando como ponto de partida a Secretaria Municipal de Saúde – esta localizada na região central do município. Desta forma, os resultados após a implantação destes critérios são demonstrados no quadro a seguir (**QUADRO 05**), já utilizando da apresentação das UBS segundo uma sequência numérica aleatória, permitindo o anonimato e o sigilo na divulgação de informações conforme as normativas éticas desenvolvidas no projeto enviado e aprovado pelo CEP/CONEP. Vale lembrar que as unidades participantes desta fase inicial são as decorrentes do processo de exclusão e inclusão anteriormente realizados e dispostos no Quadro 04.

Um ponto que chama a atenção é a disposição espacial destas unidades de saúde pelo município de Campos dos Goytacazes, sendo este de destaque na extensão territorial do Estado do Rio de Janeiro, segmentado em 15 distritos, e com a população estimada de 514 mil habitantes (IBGE, 2021). A alta concentração de UBS's na região central do município poderia até se adequar ao grande contingente populacional desta região, o que também explicaria a carência numérica frente aos vazios populacionais apresentados nas regiões extremas, sobretudo na região sul do município.

Porém, o que parece ser um ponto positivo – o grande número de unidades de saúde nas regiões mais populosas precisa ser avaliado com cautela, uma vez que no município estudado não se encontra em funcionamento UBS's capazes de condensar equipes diferentes

de saúde, o que certamente possibilitaria uma melhor logística na distribuição dos profissionais, uma distribuição mais ampla dos serviços e um melhor aproveitamento dos insumos necessários para a realização das ações. Tal fundamento de otimização de recursos e de serviços se adequaria nas regiões de menores diversidades sociais e de maior densidade populacional, tais como as localizadas na região central da cidade.

De maneira a exemplificar o anteriormente citado, no município de Vila Velha, situado no estado do Espírito Santo, e de população próxima ao do estudo de caso – 501 mil habitantes (IBGE, 2021), existem 23 UBS, sendo que nestas edificações se encontram presentes diversas equipes de saúde, cada qual mantendo a atenção e o cuidado a sua população adscrita. Neste caso, as unidades de saúde devem ser estrategicamente posicionadas, e construídas para esta finalidade, de modo a proporcionar um acesso equalitário ao público-alvo, destoando da realidade de Campos dos Goytacazes.

Outro recurso utilizado no intuito de selecionar o objeto de estudo, dado o enorme volume de UBS no município, foi a categorização destas unidades de saúde segundo a distância encontrada, mascarando propositalmente a localização precisa da mesma, e assim preservando o sigilo necessário. Assim, as UBS foram enquadradas em: **Tipo 1**: até 10 km de distância da Secretaria Municipal de Saúde; **Tipo 2**: de 11 a 29 km de distância da Secretaria Municipal de Saúde; e do **Tipo 3**: acima de 30 km de distância da Secretaria Municipal de Saúde. Para tanto foi utilizado das informações disponíveis no Centro de Informações e Dados de Campos (CIDAC), de acesso público e que na página oficial na Internet relata ser uma superintendência vinculada ao “Gabinete do Prefeito” e que possui “as atribuições e competências de gerência e administração dos recursos de Tecnologia da Informação” (CAMPOS DOS GOYTACAZES, CIDAC, 2022).

Seguindo no percurso metodológico, constitui critério de exclusão as UBS pertencentes ao Tipo 2, assim como são critérios de inclusão as duas UBS com a menor distância e pertencentes ao Tipo 1, bem como as duas UBS com a maior distância registrada e que pertencem ao Tipo 3. As UBS encontram-se no quadro a seguir, identificadas por um número, e sendo destacadas as que participarão do trabalho de campo segundo os critérios já expostos (**QUADRO 06**):

**QUADRO 06:** Apresentação das UBS municipais com SB segundo a distância da SMS de Campos dos Goytacazes/RJ e a aplicação dos critérios de exclusão e de inclusão da pesquisa.

UBS	Tipo	Participação na pesquisa. Motivo	UBS	Tipo	Participação na pesquisa. Motivo
01	2	Não. Distância maior que 10 km	26	2	Não. Distância maior que 10 km
02	2	Não. Distância maior que 10 km	27	1	Não. Maior distância do Tipo 1
03	2	Não. Distância maior que 10 km	28	2	Não. Distância maior que 10 km
04	2	Não. Distância maior que 10 km	29	2	Não. Distância maior que 10 km
05	3	Menor distância do Tipo 3	30	2	Não. Distância maior que 10 km
06	2	Não. Distância maior que 10 km	31	2	Não. Distância maior que 10 km
07	2	Não. Distância maior que 10 km	32	2	Não. Distância maior que 10 km
08	2	Não. Pertencente ao Tipo 2	33	1	Não. Maior distância do Tipo 1
09	2	Não. Pertencente ao Tipo 2	34	2	Não. Distância maior que 10 km
10	2	Não. Pertencente ao Tipo 2	35	2	Não. Distância maior que 10 km
11	2	Não. Pertencente ao Tipo 2	36	2	Não. Distância maior que 10 km
12	2	Não. Pertencente ao Tipo 2	37	3	Sim. Maior distância do Tipo 3
13	3	Não. Menor distância do Tipo 3	38	2	Não. Distância maior que 10 km
14	1	Não. Maior distância do Tipo 1	39	3	Não. Menor distância do Tipo 3
15	1	Não. Maior distância do Tipo 1	40	2	Não. Distância maior que 10 km
16	1	Não. Maior distância do Tipo 1	41	2	Não. Distância maior que 10 km
17	1	Sim. Menor distância do Tipo 1	42	2	Não. Distância maior que 10 km
18	2	Não. Distância maior que 10 km	43	2	Não. Distância maior que 10 km
19	2	Não. Distância maior que 10 km	44	2	Não. Distância maior que 10 km
20	2	Não. Distância maior que 10 km	45	2	Não. Distância maior que 10 km
21	2	Não. Distância maior que 10 km	46	3	Sim. Maior distância do Tipo 3
22	1	Sim. Menor distância do Tipo 1	47	1	Não. Maior distância do Tipo 1
23	2	Não. Distância maior que 10 km	48	2	Não. Distância maior que 10 km
24	2	Não. Distância maior que 10 km	49	2	Não. Distância maior que 10 km
25	2	Não. Distância maior que 10 km	50	2	Não. Distância maior que 10 km

Fonte: Elaboração própria, com auxílio de Brasil. CNES (2022).

Vale ressaltar que em caso da não utilização de determinada UBS, por diferentes motivos e que serão devidamente expostos ao momento, pode decorrer na seleção de outra instituição pública municipal de saúde com características em conformidade ao estabelecimento excluído. Contudo é válido registrar que tal seleção não se encontra de forma rígida e intransponível, podendo utilizar de investigações que extrapolem o recorte inicialmente realizado, desde que sejam válidas ao estudo em voga. Enfim, variáveis possíveis aos estudos qualitativos, em que a análise não se limita aos princípios da representatividade numérica e à rigidez nas investigações, e sim na essência e na compreensão das representações dos envolvidos na política em foco: gestores, profissionais e usuários.

Desta forma, participam da pesquisa, diante dos recortes elencados, as unidades codificadas como UBS 17 e UBS 22 como representantes do segmento de UBS mais próximas à região central do município. No outro extremo geográfico, a UBS 37 e a UBS 46. Ao momento, considerações sobre as realidades encontradas nestes dispositivos de saúde são apresentadas na sessão seguinte, compreendendo tais apontamentos como fatores que atuam na real disponibilidade dos serviços de SB, e que repercutem no acesso dos cidadãos a estes.

### 3.3 DESFECHO DO CAPÍTULO: EVIDÊNCIAS DO TRABALHO DE CAMPO NAS UNIDADES DE SAÚDE

Uma vez realizado o recorte temporal e espacial das unidades de saúde a serem pesquisadas, avança-se na coleta de dados no trabalho de campo e na interpretação dos mesmos, tendo como fundamento a análise da disponibilidade destes serviços aos cidadãos adscritos nestes territórios e os fatores que podem corroborar ou comprometer o acesso aos mesmos.

Sendo aqui considerado, de fato, o início das descrições das situações encontradas a respeito da política pública<sup>40</sup> pesquisada, e tendo em vista o processo de investigação, de análise, de discussão e de considerações a respeito do contexto ser um ato daquele que realiza a pesquisa e que por ora aqui escreve, considerações sobre tais fatos merecem espaço.

Sobre avaliação, Chaves *et al.* (2016) aponta para a dificuldade da sua realização, sendo “sempre pretendidas e nem sempre realizadas, conforme os princípios da cientificidade exigidos, podendo a política pode ser reformulada, aprofundada, não implementada ou mesmo abandonada” (p. 337). Quanto ao interesse das instituições governamentais em realizar a avaliação de suas políticas, recai na dependência dos agentes e do momento histórico haja vista a possibilidade de tais estudos legitimarem processos políticos em curso, bem como ser hoje aspecto fundamental da modernização da administração pública que está atenta à gestão por resultados ou na perspectiva do *accountability*<sup>41</sup>, ou mesmo de ser exigência comum dos organismos financiadores, ainda que parcialmente, destes serviços.

Chaves *et al.* (2016) alerta também que o produto da pesquisa, sem retirar a sua fundamental importância no campo acadêmico, nem sempre é incorporado à gestão, o que cai por terra a premissa de que os tomadores de decisão utilizam, no sentido de colocar em prática, das evidências científicas conduzidas acerca do sucesso ou fracasso de programas. Adianta ainda que alguns fatores estão implicados nas tomadas de decisões, e que estes sobrepõem os créditos dado às pesquisas. São eles: interesses, valores, motivações e recursos.

Contudo, sem se desprender do apego científico, ainda que não se resulte em mudanças significativas na política pública em questão, o trabalho de campo realizado objetiva uma análise geral de como as UBS estão estruturadas fisicamente, mas também

---

<sup>40</sup> Política pública é compreendida como conjunto de intervenções organizadas pelo Estado através de diferentes governos com a participação de agentes e instituições governamentais e não governamentais que visam enfrentar situações socialmente problemáticas e buscam a resolução ou melhor manejo delas (CHAVES *et al.*, 2016).

<sup>41</sup> Refere-se à necessária prestação de contas de agentes do Estado em torno das políticas desenvolvidas em qualquer órgão da administração pública, mantida com recursos de toda a sociedade, tem como foco as instâncias controladoras ou a seus representados.

permite ressaltar a existência dos serviços de saúde segundo as necessidades dos usuários locais, no que confere ao horário de funcionamento e à maneira como os mesmos são ofertados, assim como as opções de transporte público, dentre outras particularidades evidenciadas no ato da investigação e que determinam, de certa forma, a assistência realizada.

De maneira a agrupar achados em comum das UBS pesquisadas, e assim a evitar que pontos excepcionais presentes a determinados dispositivos de saúde sejam interpretados como parte comum dos objetos, as evidências serão apresentadas segundo o tipo de UBS – Tipo 1 ou Tipo 3, uma vez que parte da hipótese de que as características se assemelham, em se tratando, respectivamente, de UBS próximas e de UBS distantes à região central do município.

Quanto às informações apresentadas no CNES (BRASIL. CNES, 2022), sendo complementados com os dados divulgados pelo CIDAC (CAMPOS DOS GOYTACAZES. CIDAC, 2022), e que agora estão voltados para as UBS's selecionadas e agrupadas conforme a tipologia estabelecida, alguns pontos chamam a atenção.

O primeiro ponto atenta para o fato de as 04 UBS investigadas estarem cadastradas no regime de funcionamento de segunda-feira à sexta-feira, das 07:00 às 17:00 horas e no sábado das 07:00 às 12:00 horas. Tal período de funcionamento em muito pesaria favoravelmente aos cidadãos que precisam se deslocar para o trabalho, por exemplo, e que da forma colocada teriam ampliadas as oportunidades de acesso às UBS. Porém, o que se observa na prática não comunga com o registrado, uma vez que a abertura das UBS pesquisadas ocorrem durante o período das 08:00 às 17:00 horas e também não ocorrendo no dia de sábado. Tal desencontro deverá ser investigado na abordagem das entrevistas com os gestores, no intuito de obter respostas justificativas ao fato.

Em relação às UBS enquadradas como sendo do Tipo 1, ambas (UBS 17 e UBS 22) estão cadastradas como sendo unidades pertencentes à Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo uma população adscrita acima de 4.000 habitantes e de pequena área territorial, o que repercute na elevada densidade populacional, sobretudo quando comparadas às UBS's do outro segmento. Tais fatos corroboram na requisição da ESF (BRASIL, 2012), mas que cabe ressaltar que o componente demográfico não deve ser um fator isolado, devendo outras variáveis serem perseguidas no princípio da equidade e que elencaria a real necessidade da implantação da ESF, como por exemplo a condição socioeconômica da população e as variáveis culturais e ambientais da localidade.

Aqui mais uma apontamento a ser investigado a fundo nas entrevistas: o que compete à escolha das UBS beneficiadas a se tornarem ESF, e que por consequência ampliam a rede de

serviços de saúde para a população adscrita e que assim deveriam utilizar-se somente de critérios segundo a necessidade da população. O mesmo deverá ser realizado quanto à equipe de SB da ESF, seguindo o registro no CNES por ora já exposto.

Quanto aos profissionais cadastrados, observou-se o grande número de trabalhadores de saúde em cada UBS deste segmento, sendo que apenas na UBS 17 foi registrado uma equipe de SB da ESF, representada por 01 CD e 01 ASB no regime de trabalho de 40 horas semanais e classificados como tal, segundo o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) (BRASIL, GF, 2022). Na UBS 22, encontrou-se a existência de 01 CD do tipo Clínico Geral, 01 CD da especialidade Periodontista e 01 ASB, não sendo possível concluir que trata de uma Equipe de SB na ESF segundo os preceitos vigentes (BRASIL, 2011c).

Ainda em relação aos profissionais de saúde cadastrados, enquanto na UBS 22 a equipe de profissional requisitada para compor a ESF estava completa, na UBS 17 não estava presente o Médico ESF, o que destoava a classificação da unidade de saúde segundo o corpo de profissionais cadastrados na mesma. Diante deste fato, chama a atenção de que as investigações e as posteriores análises não se devem restringir a dados no sistema de consultas utilizado, uma vez que o mesmo é alimentado pelos gestores municipais e de que podem depender de fatores, como a perda de aporte financeiro por não cumprimento dos parâmetros técnicos (BRASIL, GF, 2014), destoantes do informar a real composição da equipe de profissionais que atuam nas respectivas UBS.

Sobre o evidenciado no cadastro sobre as UBS's enquadradas como pertencentes ao Tipo 03 – as UBS localizadas mais distantes da região central do município e que possuem o serviço de SB ativo, as mesmas parecem ter uma realidade populacional semelhante, sendo a primeira registrando uma população inferior a 800 habitantes e a segunda uma população próxima a 1.000 habitantes. Populações desta grandeza, aqui sendo apreciadas isoladamente o seu aporte populacional, não parecem respeitar o limite da razoabilidade capaz de justificar a existência de um dispositivo de unidade de saúde, dado a complexidade, o alto investimento em recursos humanos, em infraestrutura e em logística para manter tais serviços efetivos. Investigações a fundo sobre este item serão realizadas em etapas futuras.

As duas unidades selecionadas estão categorizadas como do tipo UBS tradicional, o que limita o número de trabalhadores da saúde cadastrados, 09 em cada. Sobre os profissionais que integram a equipe de SB, despertou a atenção o fato de não ser registrado o cadastro do profissional ASB nas unidades, o que destoava do necessário para uma atuação efetiva nas ações de SB (BRASIL, 2004). Na UBS 46, além da ausência deste profissional,



desperta atenção para o fato de ter 02 CD do tipo “Clínico Geral” cadastrados, o que agrava ainda mais a compreensão a respeito do funcionamento deste serviço de saúde.

A atuação em SB de maneira isolada, diga-se: o CD sem o ASB, não encontra fundamento teórico e muito menos prático, no sentido de eficácia e de eficiência. Na literatura pesquisada sobre a formação dos profissionais de SB no Brasil, não foi registrado nenhum apontamento para tal. Assim sendo, o que parece a realidade denotar é uma desorganização no cadastro, e que precisa ser verificado no trabalho de campo a ser realizado adiante, no intuito de verificar se existe tal fato na prática e, em caso positivo, como se comporta as ações de SB realizadas nestas UBS.

Sobre os outros profissionais de saúde nestas UBS, o que se notou foi uma não padronização entre estes, sendo que enquanto na UBS 37 encontra-se cadastrado apenas 01 Médico ginecologista, não havendo relato de cadastro de Enfermeiro. Já na UBS 46, o Médico pertence à especialidade de Pediatria, e possui 01 Enfermeiro cadastrado. Não parece ser precipitado, ao ponto, afirmar que esta inconsistência no corpo dos profissionais de saúde atuantes nas UBS's, se não impede ao menos prejudica o avançar da assistência e de que tal fato não deveria persistir, diante do extenso quadro de servidores desta municipalidade, o que aqui já fora exposto (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2015).

Esta falta de padronização dos profissionais de saúde, e que parece não seguir critério algum dentro das normativas vigentes, seja populacional, social, econômico parece permear as políticas da gestão municipal de saúde em relação à composição dos profissionais das UBS, fato evidenciado nos levantamentos por ora levantados e que precisam ser investigados no trabalho de campo.

Giovanella *et al.* (2009) concluiu a respeito da importância dos programas federais, dentre eles o PMAQ-AB e o Requalifica UBS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2011b), em serem utilizados corretamente pelos gestores municipais, na medida em que se deve reconhecer as condições de infraestrutura afetam diretamente a satisfação profissional e estão associados negativamente à rotatividade profissional.

Contudo, antes de aprofundar nas particularidades conforme a tipologia estabelecida, o que será apresentado em detalhes no próximo capítulo conjuntamente com o trabalho de campo, algumas considerações sobre estes dispositivos de saúde são importantes.

Assim, torna-se necessário uma análise geral de como estão estruturadas fisicamente as UBS selecionadas, no que tange à ambiência e à disposição de insumos e de equipamentos, pois tais quesitos estão diretamente envolvidos na melhor resolutividade das ações, e também

no que concerne à satisfação profissional em trabalhar e, assim, por consequência, produzir efeitos positivos em saúde, tendo o usuário como o principal beneficiado.

A maioria das UBS visitadas apresenta problemas de ambiência. No geral, as unidades de saúde são originariamente casas adaptadas aos espaços de saúde, o que prejudica toda a logística e a demanda de salas exigidas por uma unidade de saúde ideal – uma realidade próxima ao já relatado por Marques (2003).

Árvores e flores ao redor, assim como utilização de artifícios de iluminação natural e de ventilação adequada, seguido de paredes pintadas adequadamente poderiam fazer diferença caso existissem nas edificações visitadas. O que a realidade demonstrou contrastou com o que se preconiza para a um ambiente saudável e acolhedor, que tenha capacidade de ofertar de um serviço de qualidade e que torne o usuário partícipe desta política promotora de saúde, e não apenas um mero expectador, na passividade da busca por melhorias (BRASIL, 2008).

Observou-se também a falta de espaços coletivos, que deveriam ser utilizados como locais de dissipação de informações coletivas em saúde à comunidade, como a realização de palestras educativas, aconselhamentos em grupo, dentre outras atividades capazes de promover a integração equipe-usuário e a estimular a participação social da comunidade. Muitas destas ações, quando realizadas, são praticadas de maneira improvisada na garagem da unidade de saúde, a contar com condições climáticas favoráveis, ou por vezes realizadas em espaços fora da unidade de saúde: pátios de igrejas, pátios de escolas, dentre outros.

Também utilizando da empiria e da experiência como profissional de saúde, registra-se que estas atividades em locais improvisados acabam por descaracterizar o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, além de não contar com a participação efetiva da comunidade, influenciada, sobretudo por questionamentos religiosos quando a atividade é realizada em salões de igrejas, por exemplo, o que vem a afetar a adesão dos usuários às atividades.

Também foi notória a falta de ambiência nos locais de atendimento, tais como consultórios, salas de curativo, salas de coleta de exames e dispensário de medicamentos. Infiltração nas paredes, portas e janelas em estados precários, são alguns dos itens que chamam a atenção pela alta de manutenção e de conservação deste ambiente de trabalho de saúde.

O preconizado nestes espaços é, seguindo as normas vigentes de biossegurança, utilizar de recursos visuais e organizacionais de forma a desconstruir o pesado e frio ambiente dos espaços de saúde de tempos remotos e que, de certa forma inibem o vínculo entre profissionais e usuários do sistema de saúde. O que se observa é que os espaços pesquisados

se aproximam dos ambientes hospitalares, demonstrando um aspecto de tristeza, associado à doença, e que pode ser traduzido em insegurança, estranheza e não familiaridade do usuário aos serviços de saúde: o que deveria ser espaço de construção da saúde parece ainda permanecer na antiga significação de espaço para tratar doença.

Aos espaços de exclusiva circulação dos profissionais de saúde também carece, na maioria das unidades visitadas, de melhoras estruturais. Banheiros, quando exclusivos encontraram-se danificados; cozinhas em precárias condições e insatisfatória para a realização das refeições dos profissionais de forma adequada; acesso precário a água potável para consumo, devendo em alguns casos o profissional trazer de casa sua água para consumo.

Quando se observou algumas melhorias pontuais, tais como existência de forno micro-ondas e de cafeteira, por exemplo, estavam associados a frutos de doações ou de investimentos realizados pelos próprios servidores, mas não uma ação promovida pela municipalidade em prol da melhoria das condições de trabalho dos profissionais e que reverbera positivamente no acolhimento e na qualificação da atenção dispensada.

Sobre as condições apresentadas nas unidades de saúde de saúde, há que se correlacionar a adequação dos espaços físicos e da estrutura à qualificação do processo de trabalho, o que pode, numa relação desfavorável, inibir, segundo Giovanella *et al.* (2009) a desenvoltura do trabalho em saúde, estimulando até mesmo a rotatividade e a não fixação e permanência de profissionais na APS.

Quanto ao estágio de conservação dos equipamentos destinados ao atendimento odontológico, o quadro parece se agravar ainda mais. De custos elevados e de uma quantidade apreciável de instrumentos de trabalho, a SB das UBS investigadas apresenta-se no verdadeiro estágio de precariedade, cabendo aos gestores investimentos importantes e urgentes neste setor.

Ainda que o autor-pesquisador aponte, no decorrer dos primeiros capítulos, a necessidade de uma atuação odontológica menos técnica e mais capacitada para atuar em ações de caráter coletivo, preventivo e que possibilite o empoderamento e a responsabilização do usuário por sua própria saúde, não se consegue realizar tal feito de maneira brusca quanto ao tempo, à estaque, e quanto às mudanças no processo de trabalho por carência de recursos materiais, conforme o evidenciado. Tamanha evolução nas políticas de SB devem ser efeitos a partir de uma política efetiva, longitudinal, e plena no campo assistencial, para que se possa avançar nas outras esferas do cuidado. Diante do evidenciado, pouco se consegue avançar nas estratégias do cuidado e que coloca o usuário numa posição ativa quanto às responsabilidades

de sua saúde, dado a precarização dos equipamentos e dos materiais de trabalho vinculados à Odontologia.

Estágio inadequado de conservação dos equipamentos permanentes e dos materiais de consumo para a realização dos procedimentos necessários ao bom funcionamento da SB parece perseguir como problema no município ao longo dos tempos (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2015), o que decorre em prejuízos na resolutividade dos problemas de SB, e que pode levar a caminhos sombrios da política setorial, dentre eles a não valorização do cidadão pelas políticas do setor, o que resulta na precarização do acesso e o desestímulo de uma participação social efetiva e que lute por melhorias.

Logo, a ambiência possui destaque no HumanizaSUS, devendo sempre ser afirmada e incentivada na construção de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e considerem todas as dimensões humanas implicadas no processo de ocupação dos espaços para que estes sejam de fato produtores de saúde e lugares de encontro entre as pessoas (BRASIL. MS, 2008).

Sobre os horários de funcionamento das UBS, as mesmas ficam abertas das 08:00 horas às 17:00 horas, de segunda à sexta-feira, o que cabe algumas considerações a respeito das políticas de SB executadas neste ambiente. O primeiro ponto a ser levantado diz respeito à disponibilidade da política setorial em evidência não coincidir com os horários por ora informados, uma vez que o CD, pelo motivo de não cumprimento integral de sua carga horária de trabalho e/ou pelo fato de sua carga horária ser inferior ao período em que a unidade se encontra em aberto, não se encontra presente na UBS por todo o tempo.

Esta evidência desperta atenções em relação à incapacidade de uma cobertura efetiva aos cidadãos adscritos no território de responsabilidade da UBS, bem como à ineficiência de atendimentos de caráter de urgência e de emergência, e que podem ocorrer a qualquer momento. Por um ou por outro motivo, o resultado é o usuário não tendo sucesso no acesso e devendo recorrer a outros mecanismos diante da necessidade: deslocando a outra unidade pública de saúde, recorrendo à assistência privada ou mesmo não realizando as intervenções odontológicas em tempo oportuno e que poderiam evitar transtornos maiores para a sua saúde.

O segundo ponto em relação ao período de funcionamento da UBS chama a atenção pela padronização dos horários de funcionamento, o que muitas vezes destoa da realidade local, segundo o contexto específico de cada localidade. O que a empiria evidencia, e o que fora corroborado no trabalho de campo é que UBS mais distantes do centro – enquadradas como do Tipo 3, merecem atenção especial sobre este aspecto.

Conforme evidenciado, ao se tratar de uma comunidade distante da região central do município, carente de opções de trabalho e que exige grandes deslocamentos em busca de emprego ou de estudo, por exemplo, não se consegue ofertar um adequado acesso aos serviços de saúde da UBS, ainda que esta esteja próxima a sua residência. O que se quer transmitir é que não basta a UBS está de portas abertas se o morador da comunidade se encontra ausente, por motivos laborais, e que chegará na localidade em que reside quando o horário do dispositivo de saúde estiver de portas fechadas. Portanto, o rígido horário de funcionamento não beneficia as particularidades da comunidade e não considera apontamentos outros senão o cumprimento de uma normativa imposta, capaz de beneficiar os profissionais de saúde, e sem repercutir como deveria na saúde dos cidadãos.

Para tanto, os serviços de saúde devem se adaptar ao contexto dos mais vulneráveis, ainda que não transcorra em medidas destoantes do razoável e da realidade de cada território. Assim, pode-se lançar mão de algumas medidas que facilitem o acesso do usuário, e que permitam ao mesmo os benefícios das políticas públicas, tais como: abertura das UBS em horário noturno, e/ou funcionamento da mesma em finais de semana.

Ao analisar os fatores que interferem no cuidado à SB, Martins (1999) relatou a jornada de trabalho como dificultador do acesso, não permitindo que o empregado se ausente do serviço para cuidar preventivamente da SB, mas apenas quando existe a dor, uma vez que a mesma compromete o desempenho do trabalhador.

Para auxiliar na solução de problemas desta natureza, foi proposta a Política Nacional de Humanização como um movimento para implementar os princípios do SUS na prática da assistência. A operacionalização dessa política dá-se pela oferta de dispositivos assistenciais, dentre os quais se destaca o Acolhimento como uma alternativa destinada a modificar o modo de organização e funcionamento dos serviços de saúde a partir da indicação de alternativas de solução da demanda aos que procuram o serviço, da superação o modelo hegemônico de atenção à saúde centrado no profissional e que incentive a participação de uma equipe multiprofissional e da população, e na qualificação da relação trabalhador-usuário por meio de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (BRASIL, 2010).

Sobre as mudanças conforme a demanda local, Santana (2008) ressaltou ser fundamental entender as dinâmicas que envolvem o Acolhimento e a interação das demandas programada e espontânea, o que possibilita a elaboração de práticas preventivas e de promoção de saúde. Nessa mesma linha, Franco, Bueno e Merhy (1999) apontaram a importância do planejamento e gestão dos serviços combinados a ações de vigilância em saúde em consonância com as realidades sociais, econômicas e epidemiológicas, bem como

com as necessidades dos usuários, estabelecendo tais fatores como uma importante ferramenta de gestão. Aqui o grande destaque parece ser a elaboração das políticas segundo as adversidades, e não de maneira verticalmente imposta pelos gestores.

Outro ponto sobre o acesso ao sistema público de saúde e que se aplica na particularidade da SB, refere-se ao transporte público. Não somente em relação ao estado de preservação das estradas de acesso, e que dificulta o trânsito de usuários e de profissionais de saúde, assim atuando como um dificultador de fixação deste na composição da equipe de SB em regiões mais afastadas do centro. Mas também em relação à oferta de transporte público, ficando evidente nas localidades visitadas a dificuldade dos próprios profissionais de saúde que dependem deste recurso de acessar a UBS por todo o período de trabalho, devendo o mesmo, por falta de alternativas, chegar mais tarde e sair mais cedo no seu local de trabalho.

Importante ressaltar que tais evidências tiveram destaque maior nas UBS mais distantes da região central, Tipo 3, acentuando os desafios de conceder uma política social de saúde universal e integral nestas regiões, e que se soma a dificuldades outras desta comunidade para a acentuação da desigualdade das políticas sociais em saúde.

Contudo, o presente capítulo ao mesmo tempo em que apresenta os recortes adotados para o início do trabalho de campo, e que determina as UBS a comporem o rol de dispositivos de saúde participantes da pesquisa, aproveita para adentrar no mesmo e averiguar a maneira como a gestão tem realizado a condução deste espaço de saúde em que se encontram os profissionais de saúde e os usuários. Diante das observações realizadas, fica notório a necessidade de maiores investimentos no setor, tanto no que concerne aos espaços coletivos de saúde – a UBS, quanto no ambiente em que a SB é colocada em prática no seu caráter mais técnico e assistencial.

## **CAPÍTULO 04 - OS ATORES E A PESQUISA EM AÇÃO: PONTOS EM COMUM E NUANCES DE UMA POLÍTICA PÚBLICA MUNICIPAL**

Após o desenvolvimento dos primeiros passos do percurso metodológico pretendido para o desenvolvimento da pesquisa, o que foi realizado no capítulo anterior por meio da seleção das unidades de saúde a serem estudadas e do estudo de campos nestes territórios, o estudo avança na realização das entrevistas com os principais agentes, e que segue, ao meso tempo, na discussão e na análise destes respectivos dados.

Não se trata de sessões rigidamente definidas e que encerram assuntos no momento em que se escreve a última palavra destas, mas que, dado os limites imprecisos do estudo acerca do acesso aos serviços de saúde, em referência à complexidade do tema e à riqueza de fatores envolvidos na política social em questão, não se pretende restringir o assunto de modo a não interagir possíveis elementos colaborativos ao tema levantados em etapas anteriores, assim como se preocupa em deixar reflexões para análises futuras, quer sejam aprofundadas nesta pesquisa, quer motivem o desenvolvimento de outras.

Assim, o capítulo pretende, primordialmente, apresentar dados da entrevistas realizadas com os gestores públicos, com os profissionais de saúde envolvidos na assistência das políticas de Saúde Bucal<sup>42</sup> – o Cirurgião-Dentista, e com os que usam, ou deveriam usar, destes serviços. Logo, utiliza-se de mecanismos capazes de atingir o objetivo central da pesquisa que, somado ao conteúdo já abordado, busca compreender e analisar a trajetória das políticas públicas de Saúde Bucal adotadas no município de Campos dos Goytacazes/RJ, sobretudo quanto ao acesso e à promoção de justiça frente às normativas do SUS.

Diante das possíveis divergências dos agentes envolvidos no trabalho de campo, no que tange aos posicionamentos segundo seus capitais políticos, econômicos, sociais, simbólicos e culturais (BOURDIEU, 2014), e partindo do intuito de preservar a efetiva contribuição de cada um destes frente ao tema abordado, o presente capítulo se desdobra em sessões específicas, sendo por ora discriminado, seguido dos respectivos objetivos específicos de cada agente social.

Na primeira etapa são apresentados apontamentos dos relatos dos gestores da política de SB municipal, com o objetivo de compreender as principais ações na condução da mesma,

---

<sup>42</sup> Em termos gerais, o que se pretende é analisar a política de Saúde Bucal no município de Campos dos Goytacazes/RJ, devendo ser diferenciado da discussão a respeito da Política Nacional de Odontologia, na medida em que está em curso, na pesquisa, a compreensão do processo de trabalho de uma equipe de saúde interdisciplinar e da ação conjunta de outros setores determinantes na saúde da pessoa, mesmo que se utilize de processos investigativos as entrevistas com o CD.

evidenciando os avanços e os desafios relatados, e tendo como parâmetro as políticas setoriais implantadas no Brasil segundo as normativas nacionais vigentes ao período. Aqui, não se vincula sua aparição em primeiro lugar à preferência do autor, ou à prioridade na condução e na execução da política social em evidência, mas sim a uma escolha pautada nas próprias representações que uma política pública ainda adquire na sociedade: hierarquizada, a partir da centralização do planejamento das políticas aos gestores.

Ainda nesta sessão, o que ocorrerá em todas as outras deste capítulo, perseguirá o objetivo específico de identificar os fatores de acesso aos serviços de SB do município, utilizando como normativa, de caráter comparativo e avaliativo, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), o que será extensamente confrontado e discutido com os dados das entrevistas. Importa registrar que o acesso compõe um dos princípios norteadores das ações desta política, e que deve ser estendido a todas as faixas etárias, e não somente na oferta de serviços da competência da Atenção Primária à Saúde (APS), mas também dos níveis secundário e terciário – respectivamente denominados média e alta complexidade, “de modo a buscar a integralidade da atenção” (p. 04). Assim:

[...] buscar o acesso universal para a assistência é dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento [...] (BRASIL, 2004, p. 06).

Na verdade, trata-se de um conceito – “acesso”, já apresentado em etapas anteriores, uma vez que se apresenta multifacetado no campo conceitual e na sua manifestação prática, e que ao mesmo tempo carece de uma análise integral dos seus fatores para uma análise contextual. Como parâmetro teórico, os estudos de Sanches e Ciconelli (2012) chamam atenção para as dimensões: disponibilidade, informação e aceitabilidade.

Utilizando dos apontamentos de Bourdieu (2014) sobre o posicionamento dos capitais políticos, econômicos, sociais, simbólicos e culturais de determinados grupos, observou-se pouca diferença sobre o lugar de fala do gestor e do Cirurgião-dentista (CD), também verificado o mesmo no ato do processo da pesquisa de campo, fato fortalecido na realização das entrevistas e nas suas análises. Assim, apropria-se de Chaves (2021), pois “somos dentistas. Neste sentido compartilhamos interesses em comum, uma *ilusio*, ou seja, é um conceito que se refere a ideia de investimento, onde todos nós ou a maioria tem interesse profundo nesse jogo” (p. 48).



Na verdade, este apontamento se valida uma vez que os gestores e os profissionais são da mesma área disciplinar, tendo como distinção principal o capital político em que os mesmos se comportam ao momento da pesquisa, ou que já comportou em algum tempo. Inclusive, os entrevistados do tipo “gestores” não somente são CD, mas também servidores municipais efetivos e de longa data, o que acaba por dar continuidade aos vícios e aos desejos de um seletivo grupo, pois *“tem uns 200 dentistas aqui que tem aquele vínculo mais que familiar e que foge à gestão de prefeitura... uns são professores (da Faculdade de Odontologia da cidade), outros são familiares das pessoas dali, sabe, são contatos antigos”* (G1).

Logo, no sentido de evitar repetição nos processos de análise e de discussão, bem como no intuito de sintetizar e de abordar com maior efetividade a representação social de um grupo semelhante na sua formação acadêmica, social, econômica, cultural e até mesmo simbólica, optou-se pela apresentação destas entrevistas – dos gestores municipais da SB e dos profissionais do setor, em um só momento, sendo reparados possíveis pontos de contrastes.

Desta forma, também é contemplado na primeira etapa as entrevistas com os profissionais de saúde envolvidos diretamente na execução das ações de SB nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) selecionadas. De antemão, justifica a ausência de abordar outros profissionais que atuam nas localidades pesquisadas, o que em hipótese alguma se desconhece o caráter interdisciplinar e interprofissional das abordagens em saúde, mas que para o ponto interessa conhecer a realidade específica do CD, identificando particularidades no seu processo de trabalho, bem como pretendendo interpretar a compreensão destes sobre a política social em voga.

A sessão segunda, por fim, aborda as representações sociais dos usuários dos respectivos territórios de saúde e o quanto estas podem interferir na efetividade e no dimensionamento da participação social como reguladora do serviço municipal em destaque. Sobre este público, cabe a primordial função de compreender, diante da metodologia proposta e sob o conceito de bucalidade (BOTAZZO, 2006), os fatores comportamentais, sociais e culturais envolvidos no acesso aos serviços públicos de SB, em especial as dimensões “informação” e “aceitabilidade” (SANCHES e CICONELLI, 2012).

Neste ponto, sob o conceito da Teoria da Representação Social (MOSCOVICI, 2003), debatido e exposto no campo da prática por Silva (2008) e Botazzo (2006; 2013), passa a ser detalhado em tempo oportuno e conjuntamente com a apresentação dos achados da pesquisa, na tentativa de compreender as representações sociais dos envolvidos: os gestores, os

profissionais e as pessoas dos territórios adscritos, sobre o acesso da assistência odontológica ao setor público municipal.

Considera-se a possibilidade de tais revelações dialogarem com as necessidades em SB, com as intencionalidades em avançar nestas políticas no âmbito municipal e na construção de propostas neste sentido, ciente de que as expectativas, o grau de satisfação e a qualidade na participação por mudanças dos cidadãos reverberam da qualidade de informação prestada sobre a organização do serviço e a representação do mesmo e a sua importância na vida da pessoa. E é aqui que já inicia a formação do quinto e último capítulo da presente Tese, a ser aprofundado no seu tempo.

Dando sequência, alguns questionamentos norteiam as entrevistas, estas já roteirizadas (APÊNDICE A), mas que devido o caráter semiestruturado torna-se flexível às demandas momentâneas do processo investigativo. Logo, passam a ser apontamentos conjuntos dos entrevistados: (01) O que se entende por Saúde Bucal?; (02) Como avalia a SB de Campos dos Goytacazes?; e (03) Quais as atitudes de fomento da política social em questão?.

Utiliza-se também do estudo de Silva (2008), aqui adaptado à temática SB, a fim de direcionar a obtenção de informações dos entrevistados, e que complementa as questões norteadoras citadas anteriormente, sendo as mesmas: (01) Que características de qualidade considera importante para a assistência pública odontológica?; (02) Quais incidentes críticos (exemplos do cotidiano) no desempenho da assistência da SB, vivenciados e/ou percebidos, podem ser considerados características positivas (que gosta), ou negativas (que não gosta) nessa assistência?; e (03) Quais necessidades e expectativas, quanto à assistência odontológica, são mais evidenciadas em suas representações que possam indicar dimensões de qualidade do acesso? Enfim, apontamentos colaboradores que deverão permear a essência do processo investigativo do pesquisador.

Portanto, a apresentação das entrevistas e a conseqüente análise segue o percurso descrito nos dois parágrafos anteriores, tendo o rigor metodológico de Bardin (1977), quanto à análise de conteúdo, do subtipo análise categorial temática. Logo, após a transcrição na íntegra, os conteúdos das entrevistas passam pelo que a autora denomina “leitura flutuante”, na intenção estabelecer o contato com os documentos e deixar-se invadir por impressões e orientações.

O passo seguinte é a exploração do material e que, por fim, chega à fase de tratamento dos resultados, utilizando da inferência e da interpretação. Segundo Bardin (1977), se os procedimentos de pré-análise, conforme citados nas considerações iniciais, forem convenientemente concluídos, “a fase de análise propriamente dita não é mais do que a

administração sistemática das decisões tomadas” (p. 101). Esta fase consiste, portanto, em codificar, podendo estar acompanhado das fases de “desconto” e de “enumeração”, em função de regras previamente formuladas, mas que ao caso em questão se furta destas, dado a natureza qualitativa da pesquisa.

Conforme o tipo de análise de conteúdo, parte-se para a codificação do material das entrevistas, visando agrupá-los segundo as significações semânticas propostas nos objetivos específicos da pesquisa de Tese. Codificação, corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto sob análise e que permite atingir uma representação do conteúdo, utilizando, sobretudo, mecanismos de recorte segundo a lógica semântica e contextual (BARDIN, 1977).

Sobre o tratamento dos resultados e a sua interpretação, Bardin (1977) ressalta a necessidade de categorizar os mesmos, permitindo classificar “elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero” (p. 117).

Utilizando de critérios semânticos, ou de “categorias temáticas”, três categorias foram criadas, no sentido de fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 1977). Tal fato, entretanto, não limita à fiel utilização de “uma fala”, ou de uma análise desta, em uma categoria e não em outra – sabendo da responsabilidade de aprofundar nas subjetividades dos dados; e que estas possuem a intenção de construir um raciocínio didático e ao mesmo tempo lógico para a compreensão dos fatos.

Portanto, dado a interatividade das análises, não serão as categorias separadas por tópicos, mas apenas apresentadas segundo uma sequência lógica para a compreensão dos fatos, partindo de uma visão da política no cenário nacional, adentrando nas particularidades municipais e finalizando nos territórios de atuação e/ou de representação, quer seja do gestor, do profissional, e a pessoa.

Tais categorias podem ser trabalhadas em todos os grupos de entrevistados, cada qual a sua maneira, dado a pertinência e a intensidade individual, e estão fundamentadas nas reflexões realizadas antes mesmo da fase de exploração do material, sendo elas: (01) A compreensão da Política Nacional de Saúde Bucal (“Brasil Sorridente”); (02) A política de Saúde Bucal no município de Campos dos Goytacazes/RJ; e (03) O que poderia melhorar nesta política, ressaltando os desafios do acesso à política de SB municipal.

Aqui, não se abandona as contribuições de Silva (2008), ao retratar a importância da pessoa como principal indicador de qualidade e que se deve atrelar seu grau de satisfação ao atendimento de suas necessidades, assegurando prazos adequados e serviços públicos entregues no seu território na quantidade e na qualidade satisfatórias.

Seguindo os parâmetros éticos e diante da necessidade da confidencialidade e do sigilo na divulgação dos agentes submetidos às entrevistas, optou-se por identificá-los pela sigla formada por uma letra em maiúscula condizente ao segmento do qual o sujeito faz parte, sendo “G” para Gestores, “D” para Cirurgiões-dentistas, e “P” para as Pessoas adscritas nos territórios. A esta letra segue o número cardinal referente ao ordenamento na realização do trabalho de campo, e que se desvincula quanto ao grau de hierarquia sob qualquer espécie. Ainda sobre a transcrição, vale ressaltar que suas aparições estão em formato *itálico*, de modo a diferenciar de uma citação, direta ou indireta, pertencente ao levantamento bibliográfico.

De forma a proceder com as questões éticas envolvidas em uma pesquisa científica, anteriormente ao início da entrevista, os envolvidos tiveram o total esclarecimento quanto ao trabalho em realização, quanto aos riscos e aos benefícios na participação, bem como a possibilidade do entrevistado em desistir do feito em qualquer fase do mesmo, sendo preservado o sigilo a todo o momento.

Na sequência é apresentado nas etapas que seguem o capítulo os relatos dos profissionais, gestores ou não, e das pessoas. Separados por uma questão apenas didática, o que não deve abandonar a conjuntura das narrativas, bem como a complementariedade e a discussão dos fatos para a compreensão da política de saúde em Campos dos Goytacazes/RJ, a apresentação por categorias permite construir apropriações segundo a representação social de cada segmento pesquisado a respeito do “Brasil Sorridente”.

#### **4.1 TRAJETO E PERSPECTIVAS DO PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE: COM A PALAVRA OS “PROFISSIONAIS GESTORES” E OS “PROFISSIONAIS DA PONTA”**

Em relação aos gestores, no título desta sessão tratado como “profissionais gestores”, o foco do processo investigativo se dará sobre a organização, o planejamento, a execução e a avaliação da política de Saúde Bucal em todo o território municipal, o que não impede que outros argumentos sejam levantados no ato do processo investigativo.

A propósito, a utilização dos termos “profissionais gestores” e “profissionais da ponta” e o tratamento destes na mesma sessão, tem como base as contribuições de Bourdieu (2014), fazendo a distinção quanto ao capital político do profissional no momento da entrevista, sendo este profissional um gestor ou um CD que atua na UBS, ou seja: atua na “ponta” de um processo ideológico, conceitual, teórico, organizacional e que se encerra no processo de trabalho – em direta relação com os possíveis beneficiados.

A escolha dos entrevistados seguiu o organograma municipal (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2014) estando aptos a participarem os ocupantes, no tempo presente ou no

passado – dado o viés histórico da pesquisa, dos cargos de Subsecretário de Atenção Básica, Diretor Adjunto de Atenção Básica, Coordenador do Departamento de Odontologia, bem como demais cargos interessantes ao processo investigativo.

Importante ressaltar que a execução das entrevistas ocorrerá dentro do universo por ora detalhado, mas sem a intenção de percorrer todos os cargos descritos, uma vez que o cunho qualitativo da pesquisa será preservado e que cabe mais a profundidade das contribuições do que a quantidade das aparições, ainda que perseguindo a saturação das informações para a contemplação dos entrevistados. Outro ponto relevante, é que os entrevistados não serão identificados conforme os cargos acima sublinhados, assim respeitando os princípios éticos do sigilo e da confidencialidade inerente a uma pesquisa deste porte.

Diante destas considerações, a pesquisa contou com a participação de 08 profissionais, sendo 04 considerados “profissionais gestores” e 04 considerados “profissionais da ponta”, não contabilizando uma abordagem em que não teve como consequência a realização da entrevista por motivos de saúde do profissional. Não ocorreu nenhuma negativa, ou oposição por parte dos profissionais em relação à realização deste momento.

Utilizando da empiria do autor-pesquisador e da exploração das publicações a respeito, de que o acesso universal, garantido pela política que vigora ao momento sobre a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), permanece no plano constitucional, ainda distante dos territórios e da população mais vulnerável que habita o município de Campos dos Goytacazes/RJ.

Desta forma, pretende-se nesta fase compreender as principais ações relatadas na condução da política de SB no município dentro do espaço temporal pretendido, evidenciando avanços e desafios na ótica dos agentes entrevistados para a qualificação do acesso aos serviços do nível de atenção da APS. Dados que serão confrontados com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

As investigações referentes ao trabalho do profissional de SB realizado na unidade de saúde pública, em especial o CD que atua na complexidade referente à APS depende de algumas informações precedentes à apresentação e à discussão dos relatos obtidos nas entrevistas específicas deste público.

Desta forma, apropria-se das contribuições de Bartletti e Vavrusii (2017), ao tempo em que utiliza do produto do processo investigativo na tentativa de comparar a política de SB sob a ótica destes profissionais e na possibilidade de resgatar comparações históricas na condução

do objeto de estudo. Também expõe informações outras, e que são anteriormente trazidas à fase exploratória da pesquisa, na intenção de contribuir na discussão dos dados coletados.

Compõe o rol de particularidades envolvidas no processo de trabalho da categoria em análise, e que percorrerá os caminhos das discussões das entrevistas: questões relativas à qualificação profissional do CD; a necessidade de políticas públicas que privilegiem a retenção destes profissionais frente aos cenários adversos de atuação; fatores associados à capacidade para o trabalho; e fatores associados à valorização e à desprecarização dos vínculos de trabalho.

Desta forma, o trabalho avança na realização das entrevistas, na pretensão de verificar a hipótese da sessão levantada anteriormente, bem como de levantar novos questionamentos sobre o tema, e, sobretudo, de compreender os fatores que interferem no acesso aos serviços municipais de SB.

Sobre a compreensão por parte dos gestores municipais da implantação da PNSB no âmbito nacional, o que vem de certa maneira influenciar nas suas condutas de gestão, estes retratam que *“nos moldes conforme ela foi fundada, é perfeita para a população que a gente tem... carente e pobre”* (G1), o que parece seguir Behring (2009), na definição da SB em ser uma política assistencialista e que sofre das consequências do neoliberalismo, que não deixa margem no processo regulatório para possíveis mudanças, e que resulta na atuação focalista e no intenso processo de (des)financiamento.

Behring (2009) chamou de “políticas pobres para os pobres” (p. 20), enquanto Werneck (2021) utiliza do conceito de neoliberalismo discricionário ao apontar como principal característica deste modelo o fato de considerar as políticas sociais como gastos, incluindo o SUS, e que rege e embasa o Brasil Sorridente. No sentido de ser uma política focal e/ou de sofrer com a falta de investimentos para seu fomento, aqui inicia a apresentação dos fatores regulatórios da política social em questão.

Um ponto de atrito entre a PNSB e o que se evidencia na prática está pautado no despreparo dos profissionais de saúde que atuam no SUS, sobretudo na APS que pode ser chamado de Atenção Básica em Saúde, mas que *“de Básico não tem nada, é bastante complexo”* (G1).

Ellery, Bosi e Loiola (2013) ressaltam a importância da integração ensino, pesquisa e serviço como uma estratégia para aperfeiçoar os modelos da formação e a educação permanente dos trabalhadores da saúde, mas que sofre na sua evolução devido a persistências de um campo de disputa, por convergências e/ou por divergências, como espaço de conflitos entre distintos interesses, fazendo com que “os objetivos expressos nas letras nem sempre são

acompanhados pelas práticas, domínio em que as subjetividades afloram e o poder é objeto de disputas” (p. 196).

Bourdieu (2011) retrata que na sociedade não existe espaços, mas microcosmos sociais em que há uma relação de tipos de forças entre agentes e instituições, que a partir de interesses específicos disputam os objetos deste campo, e que tais forças são desiguais: pendendo para o segundo tipo. Quando analisado apenas os agentes, sobrepõe os interesses dos profissionais, gestores e/ou da ponta, em detrimento da pessoa que busca por cuidado em saúde: esta ficando relegada ao último plano de interesses.

Tal apontamento ficou evidente no relato a seguir:

*[...] A política é uma beleza, mas para executar ela você tem que ter um profissional com a cabeça da Atenção Primária, se o pessoal não entender como funciona a Atenção Primária ele não vai aplicar nunca e ela é dependente do profissional, então ele precisa entender que tem que formar uma Rede, que tem que ter cobertura, para ele entender que tem que atuar na prevenção. Então falta um investimento a respeito da capacitação, sabe, foi feito (a implantação da política nacional) sem trabalhar o profissional, e assim quebrou a cadeia de execução da política [...] (G1).*

O que se observa na fala do gestor sobre o despreparo dos profissionais de saúde em atuar na APS, este vinculado à falta de investimento em capacitação por parte do Ministério da Saúde (MS), contradiz o preconizado nas diretrizes nacionais que regem a política em questão, o que demonstra um desconhecimento destas pelo gestor.

Segundo o modelo de atenção a que se propõe o “Brasil Sorridente”, a adequação do processo de trabalho vai ao encontro da Integralidade da Atenção, no qual “a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo” (BRASIL, 2004, p. 06), e de deve-se utilizar da diretriz do SUS a respeito da descentralização destas ações (BRASIL, 1990).

Ainda que valendo das inúmeras iniciativas ministeriais no sentido de realizar momentos e de fomentar a educação permanente em saúde, inclusive com programas específicos à equipe de Saúde Bucal (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011), não parece razoável esta demanda ser direcionada ao âmbito federal. E que deve ser considerado as prerrogativas legais e o tempo em que estas vigoram – o “Brasil Sorridente” há dezoito anos; atribuindo tal feito, não que no sentido restrito mas no sentido simbólico, como competência municipal.

O que se pretende frisar é que devido o vasto período de existência desta política no âmbito nacional, e certo de que a mesma responsabiliza os gestores municipais para o processo de educação permanente dos seus profissionais de saúde, não se pode culpabilizar o

MS por tal carência no cenário municipal, não sendo aceitável, em quase duas décadas de implantação da política nacional considerar que esta ainda se encontra num estágio primário, e de que “ *a partir do momento em que essa política nacional melhorar, ela capacitar, e ter gestores que cobrem, no bom sentido, uma parceria... então que a gente tem muito a crescer, sabe...*” (D4). Sobre este ponto, aproxima do que Manfredini (2011) relatou que a PNSB não ganhou mentes e corações de profissionais de saúde bucal no Brasil.

Investimentos precisam ser feitos no âmbito municipal, no sentido de desvelar as dinâmicas e os processos em construção que facilitem e que impulsionem a integração do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde, que demandam práticas interprofissionais, interinstitucionais e intersetoriais, de forma a superar a crise de investimentos nas políticas sociais, e que contribuam no avanço dos conhecimentos e dos valores da saúde.

Carrer (2021) atenta para a necessidade de repensar as estratégias de educação permanente, sobretudo a partir das experiências com a pandemia do Covid-19, no sentido de ser mais ágil, mais flexível, menos acadêmico e capaz de adaptar conteúdos e formatos às necessidades impostas pela realidade. Segundo a autora:

[...] É possível que formas tradicionais de cursos, palestras e treinamentos precisem ser revistos. A evolução das tecnologias digitais de comunicação e informação nos permite inovar e rever processos e métodos para entender as demandas cada vez mais urgentes e inesperadas nos sistemas de saúde. Os processos de tradução, transferência e troca de conhecimento terão que ser igualmente repensados, sem perdermos o rigor científico; teremos que acelerar processos em um mundo em rápidas e surpreendentes transformações [...] (CARRER, 2021, p. 38).

Sobre a formação de uma “Rede”, o entrevistado se refere ao modelo de Rede de Atenção à Saúde (RAS), constituído de modo que se torne possível fornecer à população uma atenção integral e contínua, com sua coordenação partindo da APS. De acordo com Mendes (2010), RAS “são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde” (2010, p. 2.300), vinculados entre si, por objetivos compartilhados, missão única e ações interdependentes e cooperativas.

Ainda sobre a capacitação dos profissionais que atuam na APS, ficou registrado não tratar apenas de uma deficiência do CD, mas de quase toda a equipe que este integra, sendo menos problemático a atuação do Enfermeiro neste campo de ação:

[...] *uma reciclagem sobre o que é Atenção Primária é a primeira coisa, não só para a odonto mas também para os médicos... os enfermeiros já são mais engajados nisso,... mas na odonto e os médicos, pelo o que eu percebo – os médicos dos Mais Médicos pelo Brasil, por exemplo, eles... não sei se foi na universidade que eles tiveram uma noção muito básica do que é Atenção Primária... mas eles são perdidos: ‘eu vou ali eu faço o tratamento e tchau’* [...] (D1).



Sobre o (des)preparo do profissional médico a respeito do engajamento na APS, considerações a respeito do trabalho de Dissertação do autor-pesquisador (VARGAS, 2018) merecem ser revisitados, uma vez que ficou constatado que a conformação do ensino acadêmico adotado pelas escolas de medicina no Brasil ainda possuem, na sua grande parte, como premissa o ensino do modelo biomédico, o que torna por infundado e por demais excessivo e inoperante toda a gama de conhecimento adquirido nos bancos acadêmicos, frente à realidade encontrada na prática clínica do cenário em questão: a UBS.

Tal fato pode gerar descontentamento, insegurança e repúdio do profissional ao atuar nestas adversidades, podendo até ter consequências no plano da ética, nos valores subjetivos concedidos ao paciente e, por conseguinte, na qualidade da relação médico-paciente (PÓVOA, 2002).

No que tange ao despreparo profissional em atuar na APS, evidencia-se não somente defasagens na prática, mas uma carência de conhecimento a respeito das subjetividades e uma deficiência na interatividade sistêmica dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), ratificado por Chaves (2021) como ainda sendo um campo de disputa da política e da oferta pública neste espaço social – da Odontologia, e que também merece ser debatido e correlacionado a respeito da desconformidade do ensino no Brasil com a realidade das unidades de saúde.

Atuar na promoção da saúde, na prevenção de doenças, no tratamento e na reabilitação de algumas enfermidades – atuando no serviço público de saúde e dentro da APS - passa, ainda que não seja de forma espontânea e desejável, a ser o “cargo chefe” da grande maioria dos profissionais recém-formados (SCHEFFER *et al.*, 2015), o que vem a fortalecer a importância de uma formação acadêmica pareada aos princípios do SUS. O mesmo valendo para a Odontologia (LAZZARIN, NAKAMA e CORDONI JÚNIOR, 2010; FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2011; FAÉ *et al.*, 2016).

Sobre a questão do despreparo acadêmico do profissional de saúde para que o mesmo atue de forma positiva na APS, os relatos parecem coadunar com o retratado por Behring (2009), ao refletir sobre o direcionamento da concepção focalista das políticas sociais, diante do precário financiamento destas em curso, inclusive atuando contundentemente na precarização de uma formação crítica do graduando e futuro profissional – para o neoliberalismo não se pode deixar possíveis espaços e deve-se atuar em todas as frentes.

Portanto, retornando ao CD, a PNSB tem como objetivo “assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização” (BRASIL, 2004, p. 04). Mas importa destacar que esta mesma política, de abrangência nacional, precisa ser fragmentada

localmente no que tange ao planejamento, à execução e à avaliação, conforme a realidade do município, ou de um território. Este é o verdadeiro sentido de “diretrizes”, registrado no documento ministerial sobre o assunto:

[...] Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutive. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades [...] (BRASIL, 2004, p. 03).

Para Camargo Jr. (2009), as práticas são objeto de políticas específicas institucionalizadas e que passam, a princípio, no meio e no fim, pela regulação a partir do Estado. Estas devem se adaptar ao escopo das práticas locais específicos para a sua produção, o que ressalta a ideia de que as diretrizes é o sentido em que se devem caminhar as ações particularizadas no contexto em específico – uma dialética local *versus* global, dado os perfis dos problemas de saúde de populações específicas, o que não parece ser uma realidade da gestão do município pesquisado:

[...] *ele* (gestor da SB municipal) *pegou a Odonto, ele caminhou a Odonto meio que da cabeça dele. A gente conversou muito com ele... é assim e assim, ... tentar explicar um pouco pra ele que a população de [...] (nome de uma localidade) não tem nada a ver com a população [...] (nome de outra localidade na região central do município), ele faz aquela panelona, sabe... é muito complicado, Nossa Senhora [...] (G1).*

Ao questionar a respeito do que se trata o termo “*meio que da cabeça dele*” (G1), aproveitou-se para incentivar a fala do entrevistado no sentido de tentar clarificar o motivo da SB seguir um solitário rumo na gestão municipal, de maneira não integrada com a APS local. Situação de isolamento que também ocorre na UBS, confinado a quatro paredes (EMMERICH e CASTIEL, 2013). Sobre esta maneira de fazer a gestão, é bom sublinhar a percepção do entrevistado sobre um possível processo de mudança, mas que parece não ter tido êxito com o passar do tempo.

[...] *Nesses anos, eu expliquei que existia essa separação (Atenção Primária e Odontologia) que não deveria existir, pois a Atenção Primária é uma só... então a gestão da Odonto tem que está subordinada à AB e não pode caminhar sozinha... então funcionou muito bem por um tempo, por dois anos... mas, de uns seis meses pra cá já está se distanciando de novo... eu acho que o gestor da Odonto se estressou por participar de reuniões extensas, mas ele começo a entender que é muito fala-fala, muita cobrança e nenhuma resolutividade, então ele começou a se isolar novamente [...] (G1).*

Ao analisar as equipes de Saúde da Família quanto aos itens educação permanente e qualificação profissional para Atenção Básica em um município do norte de Minas Gerais, Moreira *et al.* (2017), observaram uma melhor avaliação dos profissionais que atuavam na zona urbana quando comparada com os profissionais que atuavam na zona rural. Sugere-se, por meio deste estudo, incentivar a qualificação profissional para aquisição de competências e habilidades, sobretudo aos que atuam em regiões mais afastadas, como forma de inserir ferramentas valiosas para o desenvolvimento do processo de trabalho destes profissionais. Tais ações podem e devem variar conforme a região em que os mesmos atuam, não deixando de lado as particularidades de cada cenário, e também sem decorrer no erro de que cenários opostos exigem metodologias de trabalho opostas – sendo o inverso destas relações também aplicável.

Aqui não caberá discussão a respeito do que se trata “área urbana” e “área rural”. O assunto, apesar de caro a qualquer discussão de políticas sociais, necessária, para um adequado desenvolvimento, de um debate teórico e conceitual da temática, caminho no qual esta pesquisa de Tese não se pretende seguir.

Contudo, tanto o rural quanto o urbano não podem ser tratados como se fizessem parte de um espaço homogêneo, pois portam ressignificações, dinamismo e influências mútuas, que caracterizaram traços de coexistências, o que para Rua (2020) existe a necessidade de “romper os estereótipos, as dicotomias e as representações, que obscurecem mais do que clarificam a dinâmica da produção do espaço no mundo contemporâneo” (p. 206).

Desta forma, as Políticas Sociais não devem ser gestadas, e nem executadas, de forma unívoca, a uma ou a outra categoria, muito menos centralizada e/ou verticalizada no processo de tomadas de decisões, sendo que a maneira como se caminha a “*Odonto: meio que da cabeça dele* (gestor da Odontologia)” (G1), e que, havendo a necessidade de “*explicar pra ele que a população de [...] (nome de uma localidade) não tem nada a ver com a população [...] (nome de outra localidade na região central do município)*” (G1), não parece ser um caminho próspero e que vai de encontro ao preconizado nas normativas nacionais da política pública em questão. Segundo a mesma:

[...] É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades [...] (BRASIL, 2004, p. 03).

No estudo de Rosa *et al.* (2021), desigualdades regionais foram observadas nas relações de trabalho e na qualificação profissional no Brasil, o que reforça a necessidade de

políticas públicas que privilegiem a retenção e qualificação desses profissionais (ROSA *et al.*, 2021), sobretudo em regiões mais afastadas dos centros municipais.

Sobre este ponto a PNSB – Brasil Sorridente (BRASIL, 2004) aborda a necessidade de incentivar o processo de reorientação das concepções e das práticas, entenda: reorientar a forma de compreender e agir no território específico ao local de trabalho do profissional, sendo este um eixo político básico e que vise à produção do cuidado no espaço da micropolítica, “onde ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 02).

Tal apontamento, entretanto, não consta nas políticas do município estudado, a não ser pela abertura de precedentes que acabam por reduzir, de maneira informal, a atuação dos profissionais de saúde no seu local de trabalho, como exemplo da redução da carga horária e de trabalho para os servidores que atuam em localidades mais distantes do centro e uma vez consideradas de difícil acesso – relatos de uma empiria e que se apropria da conclusão de que tais medidas em nada contribuem para o avanço da política municipal de SB, senão para a limitação do acesso a estes bens e serviços e que atinge em maior grau os cidadãos adscritos em regiões mais afastadas, que por outros fatores já carregam maiores vulnerabilidades.

Assim, a política de SB acaba por se conformar à realidade dos seus profissionais, em detrimento de um território que expressa os anseios de pessoas vulneráveis, na medida em que quanto mais se afasta da região central do município, mais carece de atenção e de cuidados em saúde. Justamente neste público a política mais se encontra mais defasada, e em que se abrem precedentes que beneficiam o profissional em detrimento do acesso destes serviços pela população adscrita no território: *“E também, um cara que trabalha no Centro receber o mesmo tratamento de um que trabalha lá na ponta,... não existe também, porque não é tudo concentrado, e você fazer essa cobrança conforme o Ministério da Saúde, não tem como...”* (G3).

Desconsiderar a realidade social, sobretudo a participação da população local e as territorialidades para a elaboração das estratégias de ação não parece coadunar à efetivação das ações públicas em saúde. Portanto, fica como contribuição o acima defendido, e que ao tempo atua como crítica do abordado no estudo de Moreira *et al.* (2017), mas que também se aplica na desenvoltura da Tese e, sobretudo, auxiliando os que participam dos diversos passos das políticas públicas, tanto a nível organizacional – e que normalmente tem como arena de atuação a região mais central de um município; quanto na parte da execução, e que exige maior proximidade com as realidades territoriais.

O trabalho de Moreira *et al.* (2017) coloca em jogo uma discussão de relevância ao tema da pesquisa, a respeito da constituição do profissional que atua nas regiões por eles categorizadas com “rural” e “urbana”, e que aqui já tiveram sua crítica revelada. Passa assim, pela necessidade de levantar e compreender dados, no trabalho de campo a ser realizado, a respeito da qualificação, dos anseios profissionais e das vontades extra-profissionais do CD em atuar em regiões tão díspares, e que nesta Tese fora categorizado segundo a distância das UBS à região central do município de Campos dos Goytacazes/RJ e analisado dois tipos: **Tipo 1:** até 10 km de distância da Secretaria Municipal de Saúde; e do **Tipo 3:** acima de 30 km de distância da Secretaria Municipal de Saúde, segundo dados oficiais do município (CAMPOS DOS GOYTACAZES, CIDAC, 2022).

Ao avaliar os fatores associados à capacidade para o trabalho de CD atuantes na APS, Silva e Moura (2016) demonstraram que grande parte dos locais pesquisados apresentou capacidade inadequada para o trabalho, sendo os fatores independentes associados: limpeza não adequada, ambiente úmido, barulho no ambiente de trabalho, tarefas repetitivas e monótonas, a não satisfação com o sono, presença de morbidade e elevados níveis de fadiga. Alguns destes achados também foram evidenciados na pesquisa, inclusive estando associados à falta de estrutura, à inoperância e a não resolutividade dos serviços de SB municipal:

*[...] Eu faço o que dá, que é muito precário, e o restante das coisas mais complexas, eu referencio... mas a unidade está em péssimas condições, está muito precária, um horror... aliás, minha grande preocupação é que tem equipamentos caros lá: fotopolimerizador, autoclave, dentre outros; mas que não tem segurança nenhuma, a minha porta está caindo,... o reboco do teto está caindo na cabeça da gente, não só do consultório, mas da unidade toda, ... a sala da enfermeira: mais insalubre impossível, é tudo mofado. Meu consultório, por exemplo, ele é coberto por uma madeira da metade da parede pra baixo... aquilo ali é um depósito de inseto, muita barata. Outro dia eu vi ali cocô de rato, embaixo do móvel, os funcionários me responderam: ‘é, tem um ratinho aqui’ [...] (D2).*

*[...] lá eu sou uma criatura há 04 anos e totalmente inoperante: não tem refletor, não tem alta-rotação, não tem cuspidreira e a cadeira está travada em uma posição quase que horizontal... e mesmo assim eu me meto a fazer extração, eu me meto a fazer ART com CIV<sup>43</sup>[...] (D4).*

Importante ressaltar que o cenário precário e a inoperância relatados nas entrevistas acima não foram, por parte dos profissionais em questão, associados às representações sociais das pessoas que deveriam procurar por estes serviços. Estas que deveriam ser beneficiadas por

---

<sup>43</sup> *ART com CIV:* ART consiste no procedimento de remoção de tecido cariado sem a utilização de equipamentos complexos (não utiliza a alta-rotação, por exemplo), e a consequente colocação de um material restaurador (o CIV) que também não requer de alta densidade tecnológica.

políticas disponíveis a contento, mas que por uma carência estrutural e como consequência de déficits históricos no processo de gestão da política social em questão – o que fora demonstrado em falas anteriores, parecem não ter a odontologia como uma referência em saúde, mas sim como um ponto de socorro apenas frente às situações de urgência e de emergência. Como se não bastasse, ainda se correlaciona a falta de acesso, que aqui se apresenta institucionalizada, ao não compromisso do sujeito em procurar o serviço e/ou ao medo deste em recorrer à SB municipal.

*[...] Mas eles não vão... a odontologia só tem importância se eles tiverem sentindo dor, aí tem que corre pra mão da gente... caso contrário eu vejo, eu acho que no fundo é medo... e você sabe que a nossa profissão não é das mais agradáveis [...] (D2).*

Outro profissional também fez referência à utilização do serviço de SB apenas em caso de urgência e de emergência, mas que agora apresenta outro fator motivador desta não procura. Agora, as questões econômico-financeiras decorrentes dos agravos das doenças da boca parecem prevalecer ao que deveria seguir os princípios do SUS: a busca da promoção de saúde, a prevenção de doença e/ou do tratamento precoce do processo saúde-doença (BRASIL, 1990).

No ponto em questão, a reprodução social da saúde atinge a dimensão da “reprodução econômica” – tendo no corpo saudável a representação da força de trabalho (SAMAJA, 2000), e que a essência se encontra com as considerações sobre saúde de Canguilhem (1943/2009), “*então pra eles, a SB é importante quando está com dor, quando atrapalha no serviço, sabe*” (D3).

Sobre as demais dimensões da reprodução social da saúde de Samaja (2000), aqui aplicadas segundo as análises dos “profissionais gestores” e dos “profissionais da ponta” dos serviços de SB das UBS’s pesquisadas, compreende-se que a “reprodução da autoconsciência” – compreendida pela cultura e pela civilidade dos que participam ativamente do processo, e que aqui já adianta não se encontrar satisfatoriamente fundamentada, diante da participação social inexpressiva das pessoas em relação à política pública em foco.

Mesmo que não explorado, por agora, de maneira direta nas entrevistas com estes agentes, a análise das falas dos profissionais permite compreender esta ineficiência a respeito da participação social na SB municipal, e que aqui é trazido na semântica da manifestação, ainda que as ações possam extravasar os mecanismos para tal, em busca dos direitos constitucionais. Trata-se de uma população que, ainda que não sejam contempladas as ações e os serviços de SB, “*Não se revoltam,... eles botam fogo na pista por qualquer outro motivo,... se o médico faltar é uma tragédia, mas dentista não*” (D2). Segundo outro profissional

entrevistado, o que justifica o fato de não reivindicação é que *“a pessoa acaba reclamando uma vez e depois acha que isso é normal, sabe... e eu acho que acabam não dando o devido valor à odontologia”* (D4).

Dando sequência na reprodução social da saúde, a “reprodução biológica” (SAMAJA, 2000) está focada na questão da fisiologia dos tecidos envolvidos, e que parece ficar a cargo do processo de trabalho dos CD, sejam eles os “gestores” e/ou os “da ponta”, uma vez que considerar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) ficam preteridos no contexto do processo saúde-doença.

Esta visão estritamente biológica também se correlaciona à “reprodução ecológico-política” (SAMAJA, 2000) – por “odontologizar” os contextos da doença, e que, ao integrar à biopolítica, sob efeito das ações mutiladoras, pretere os aspectos psíquicos e sociais envolvidos e naturaliza o adoecimento bucal em decorrência da falta de acesso aos serviços (SAMAJA, 2000), *“porque as pessoas (profissionais) vão para a Unidade no pensamento curativo, que ainda persiste isso, em noventa por cento dos colegas, neh... a prevenção não entra...”* (D4).

O relato acima ilustra o que Pezzato, L’abbate e Botazzo (2013) concluíram sobre os grandes desafios no processo de trabalho da SB, sendo que a superação dos saberes “odontologizantes” se encontra voltada para o lucro e para o descaso social, ainda presentes e fortemente instituídos no dia-a-dia, mesmo dos que vivenciam o cotidiano da produção do cuidado em SB no SUS, seja como profissional, gestor ou usuário. Esta questão percorreu diversos momentos das entrevistas, aqui resgatando um ponto de vista sob a ótica de um profissional de saúde, ao retratar que os problemas da SB municipal *“parte da população em não reconhecer o trabalho do dentista, e reconhecer como um trabalho caro, quase que manual e técnico... então é o dentista que só extrai”* (D3).

Continuando na entrevista acima, o profissional registrou que *“a população não vê o dentista como um profissional... é falta de informação da população”* (D3). Utilizando deste registro, algumas considerações merecem ser discutidas com a teoria já apresentada. O primeiro destaque, seguindo o ordenamento da fala do entrevistado, versa sobre o processo de culpabilização da população sobre o não reconhecimento do trabalho desenvolvido a contento na SB de Campos dos Goytacazes.

Tal afirmação, por um ponto aproxima com o que Bourdieu (2011) defende quando trata de um campo de disputas, em que o lado mais fraco nesse jogo – a pessoa, parece ter como prêmio de perdedor o ônus de toda a falta de apreço na consolidação da política social conforme a mesma foi planejada e se encontra expressa nas diretrizes nacionais. Assim, o que

deveria prevalecer é o fomento do exercício da cidadania, na construção da consciência sanitária por todos os envolvidos no processo de saúde-doença, e que a integralidade fosse “percebida como direito a ser conquistado e que permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social” (BRASIL, 2004, p. 03). Logo:

[...] A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário [...] (BRASIL, 2004, p. 03, grifo nosso).

Recorrendo ao percurso histórico da construção das políticas de saúde no Brasil, Frazão e Narvai (2009) destacaram que o período anterior à Constituição Federal de 1988, foi marcado pela recuperação das liberdades democráticas, pelo florescimento e pela multiplicação dos movimentos sociais por melhores condições de vida, possibilitando a entrada no cenário social de novos atores, em destaque o fomento da participação social.

Logo, o modelo de SB pautado no “trato iatrogênico e mutilador” foi preterido, ao menos nos campos acadêmico e normativo, denunciando o seu caráter de monopólio, por serem atividades centradas exclusivamente no CD e a sua orientação fortemente ligada à tradição liberal-privatista da profissão (FRAZÃO e NARVAI, 2009). Chama a atenção a ainda presente lógica deste modelo na SB municipal, apesar do extenso lapso temporal em que tais mudanças foram propostas.

Assim, independente do fator que desencadeia a não procura das pessoas aos serviços de SB disponibilizados nas UBS’s, sejam eles: precariedade das estruturas, medo, ou mesmo o acesso somente justificado pelas perdas financeiras decorrentes da evolução no processo da doença, tais questões parecem resultar, sobremaneira, em prejuízos na representação social deste público para com a política social em questão, podendo tal fato demandar um quadro em que *“o usuário não enxerga o dentista como pertencente àquele corpo de saúde,.. ainda continua a odonto separado daquele corpo de saúde da unidade”* (D1). Outro entrevistado complementa: *“isso eu acho que é no Brasil inteiro sabe, a importância da Saúde Bucal”* (D3).

Ainda neste assunto, observa-se a verificação de uma mudança a respeito destas percepções dos “usuários” com a SB, pois *“isso vem mudando, ainda mais nessa geração mais nova, isso vem mudando”* (D3). E é sobre esta mudança retratada pelo entrevistado que, ao mesmo tempo, pontua o perfil das pessoas que procuram os serviços de SB na UBS, nas



diferentes localidades do município: quer sejam mais, ou menos afastadas da região central do município, mas que também discorre sobre o valor que estas possuem dos serviços:

*[...] mas a população que procura as UBS's de Campos, que são mais carentes,... ela não entende bem o valor no tratamento odontológico como um todo, sabe... ele não entende, o que eu vejo, é que ele enxerga só o técnico de enfermagem... pelo menos a população que frequentava as unidades que eu trabalhei ... que não são do Centro [...]* (D2).

Da mesma forma que D2, o CD identificado como D1 também retratou esta distinção, quando estimulado sobre o mesmo apontamento. O que se traz para o debate e que se deixa como ponto de reflexão é o fato desta valorização por parte das pessoas da SB municipal ser efeito de uma mudança de concepção ou ser uma mudança no perfil sócio-demográfico daqueles que acessam às UBS's. A seguir, mais relatos que enriquecem a reflexão:

*[...] O que parece é que a população destas localidades mais afastadas, ficou uma população mais idosa e os mais novos caminharam para o Centro,.. então ficou a população que tem aquele pensamento mais antigo, como se fosse normal perder os dentes, sabe... Agora, a população que frequenta o Centro é diferente, ele tem um valor diferente do profissional dentista, do CEO, eles enxergam o profissional de outra forma, eles valorizam o que é saúde oral, o que é perder um dente [...]* (D1).

*[...] a não ser o pessoal do CEO, porque a população que frequenta ali tem um ponto de vista um pouco diferente, procura tratar, procura cuidar, não perde muita consulta... já nas unidades mais retiradas, que tem uma população um pouco de mais idade, ... que parece que não vê muito valor... ele já sofreu tanto que ele meio que desiste da odontologia [...]* (G1).

Aqui, pontos merecem destaque. O primeiro versa a respeito da valorização do técnico de enfermagem, o que corrobora com o já abordado pelo D3, ratificando que os profissionais da área da enfermagem – inseridos o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem, não somente se encontram mais preparados para atuarem na APS, como também são mais valorizados pelas pessoas que acessam os serviços da UBS: numa relação direta entre capacitação e valorização. Utilizando da empiria, vale endossar este posicionamento, em que pesa o fato da mesma realizar um grande *rol* de procedimentos na UBS, atuando “na ponta” e nos diferentes ciclos de vida da pessoa, na realização de: pré-natal, vacina, preventivo, curativo, dentre outros.

Outro ponto importante diz respeito ao perfil da população que acessa aos serviços de SB das UBS's pesquisadas. Enquanto o entrevistado D1, trabalhador de uma UBS afastada do Centro municipal, enquadrada como sendo do **tipo 3** (CAMPOS DOS GOYTACAZES, CIDAC, 2022), faz referência a uma população mais idosa em que reside no território adscrito, o oposto é verificado na UBS em que o D2 atua, sendo que “*lá quem mais procura é criança* (unidade de saúde próxima ao Centro, **tipo 1**)” (D2).

Também chama a atenção a fala do CD que “*então ficou a população que tem aquele pensamento mais antigo, como se fosse normal perder os dentes, sabe*” (D1), relato muito comum no dia-a-dia dos consultórios, ratificado sua aparição nos estudos de Bastiani *et al.* (2010) e de Silva, Magalhães e Ferreira (2010).

O demonstrado na pesquisa de Silva e Moura (2016) ratifica a necessidade de políticas que atuem incisivamente na melhoria do ambiente laboral, bem como a atuação dos fatores pessoais que possam interferir negativamente no campo profissional do indivíduo, e que deve ter a ciência de que tais vertentes atuam na qualidade da assistência em SB dispensada aos cidadãos, evitando que este desista da odontologia por já ter sofrido muito, conforme o relato de G1. Sobre isso já foi abordado no capítulo terceiro, mas que cabe adentrar em algumas particularidades evidenciadas nas entrevistas.

Também contribui para o processo de melhoria das condições de trabalho do CD, e que se aplica a todos os profissionais de saúde, a desprecarização dos vínculos de trabalho, seguido da implementação de planos de carreira, de momentos de formação e de qualificação profissional e, conseqüentemente, no fortalecimento da educação permanente (SEIDL, 2014). Sobre esta questão, e de uma maneira geral às especialidades desta profissão, o município de Campos dos Goytacazes conta com profissionais CD servidores do regime estatutário, mas que ainda não se aplica, apesar de já normatizado (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2002) e retificado em 2004 (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2004), o plano de cargos e salários, capaz de estimular o profissional na constante de qualificação e que reverbera na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços por eles prestados.

De acordo com Fleury (2004), desenvolver as políticas sociais no âmbito local requer, sobretudo, o redesenho das relações entre as esferas governamentais, e dentre estas e a sociedade, jogando luz no planejamento participativo e na co-gestão pública. Outro ponto fundamental para o sucesso destas políticas, aqui inclusas a da Saúde Bucal passa pela valorização dos servidores do setor público. Em contrapartida:

*[...] se o gestor não tem um pensamento de executar a política conforme as normativas, você não vai ter ela implantada neste espírito nunca... porque depender só do profissional, que ele tem lá, 08 anos sem reajuste,... ele não vai brigar pela Atenção Primária de jeito nenhum: ele vai lá cumprir a carga horária e... deixa isso pra lá ... e com toda a razão, eu sou funcionário também... é difícil brigar, é difícil mudar a cabeça, é isso o que eu falo que está enraizado na gestão o ‘vamos levar do jeito que dá pra levar’ [...] (G1).*

O registro acima sobre a precarização do trabalho, diante da ausência de reajuste salarial por oito anos, perpassa não somente o mandato de mais de um gestor municipal – o que poderia estar atrelado ao processo de condução de um político em específico; mas que

também avança no tempo e que enfrenta diferentes cenários de aporte de recursos financeiros públicos, confrontando a não tomada de medidas com momentos de bonança orçamentária – conforme o momento atual.

Logo, não pode ser considerado válido a justificativa para a não realização deste feito, assim como para a não melhoria da infraestrutura dos dispositivos de saúde pesquisados, a inviabilidade econômica do poder público, utilizada comumente como álibi dos gestores, e que foi ratificado na entrevista a longa data da precarização do trabalho: *“a estrutura é deficiente, neh... não por falta de dinheiro, não por falta de dinheiro... é deficiente por má gestão, mesmo, mas não de agora... está enraizado há 30 anos”* (G1).

Ao analisar a precarização social do trabalho como consequência do processo de mundialização do capital hegemônico e da esfera financeira, Druck (2011) considera ilimitado o grau da mercantilização do trabalho e da vida que, encoberta pelo fetichismo do mercado, inclusive banalizando os riscos, os acidentes e a saúde dos trabalhadores.

Sobre a saúde mental dos profissionais, alguns relatos ganharam destaque, retratando os momentos de agressividade por parte das pessoas que acessavam à UBS e que por algum motivo, por vezes destoantes do setor da SB, parece não ter sido acolhida a contento. Ao mesmo tempo ficou registrado a falta de apoio por parte dos gestores em mitigar os transtornos decorrentes destes momentos, inclusive conseguindo agravar as consequências para os profissionais.

No primeiro relato, *“uma pessoa com transtorno mental,... entrou na unidade de saúde para agredir a enfermeira, não sei por qual motivo, e como ele não a encontrou, ele entrou no meu consultório e quebrou tudo que tinha lá”* (D2), e, quando questionado sobre a exigência de atender o agressor nas suas carências em SB, a mesma respondeu: *“vocês estão aqui nos pressionando que temos que atender, mas não vieram aqui saber como estávamos, psicologicamente”* (D2).

Em outro relato, *“teve um dia que eu fui ameaçada de morte, fiquei em desespero,... liguei para a encarregada e ela nem me atendeu, então a gente fica muito jogado... Eu me sinto à deriva, pelo abandono da unidade, pelo abandono do meu setor”* (D3).

Compreender as transformações do trabalho, na perspectiva do capital e diante da monetarização e a mercantilização das suas relações, permite concluir que:

[...] Tais transformações, ao tempo que reafirmam a essência do capitalismo, que transformou o trabalho em mercadoria, dão outra amplitude a essa relação social, ao enfraquecerem a capacidade de resistir e de questionar as novas condições impostas pelo capital, numa clara demonstração de uma atitude de resignação que, aos poucos, contamina até mesmo a capacidade de indignação diante das injustiças sociais, da negação dos direitos e da

proteção social, encaradas como uma “fatalidade econômica” [...] (DRUCK, 2011, p. 55, grifo nosso).

Sobre o que Druck (2011) retratou como resignação e que prejudica a capacidade de indignação dos injustiçados, aplicados ao cenário da valorização do trabalho do servidor e dos momentos de violência ilustrados acima, vai ao encontro do que o gestor destacou como “*e com toda a razão,... é difícil brigar, é difícil mudar a cabeça, é isso o que eu falo que está enraizado na gestão o ‘vamos levar do jeito que dá pra levar’*” (G1).

Segundo Carrer (2021), deve-se romper a lógica perversa e distorcida dos gestores dos serviços de SB, focada em atendimentos laboratoriais, na produção de “falsos”<sup>44</sup> indicadores de produção e no cumprimento de consultas parametrizadas por turno e/ou total de procedimentos realizado diariamente; no sentido de busca por um serviço de qualidade, planejado e avaliado em todas as ações de educação, prevenção, recuperação e manutenção da saúde.

Aqui cabe considerações a respeito do perfil do profissional, aplicando-se para os “da ponta” e que podem, por algum momento, ser também “gestores”. Analisando o relato de um CD, que há mais de trinta e cinco anos presta serviços a esta municipalidade, pode-se observar uma disparidade entre gerações:

*[...] Trabalhei 37 anos no serviço público, mas nunca estive à frente das políticas públicas... meu foco era “a cadeira”... quem é da Estratégia de Saúde da Família entende muito mais de política pública do que nós que somos de uma outra geração... tiveram uma formação muito maior de SUS [...] D4).*

De fato são gerações distintas no que tange à formação acadêmica. Entretanto não se deve esquecer que as evoluções, inclusive do acesso e das linhas de cuidado do SUS avançam conforme as necessidades do tempo, e que cabe ao profissional partícipe deste processo a atualização necessária, ciente de que nas diretrizes nacionais da PNSB está expresso que “por sua natureza técnica e política, este documento encontra-se em permanente construção, considerando-se as diferenças sanitárias, epidemiológicas regionais e culturais do Brasil” (BRASIL, 2004, p. 02).

Sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF), vale ressaltar que encontra expresso como pressupostos do processo de reorientação do modelo de atenção em saúde bucal “incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção

---

<sup>44</sup>A colocação do termo “falso” entre aspas segue conforme descrito pela autora, e vai ao encontro do já apresentado na introdução a partir da empiria do autor-pesquisador e que foi ratificado por Miranda, Carvalho e Cavalcanti (2006) a respeito da fidedignidade dos dados e a sua utilização pelos gestores das políticas públicas.

básica” (BRASIL, 2004, p. 04). Tal orientação, contudo parece não ser seguida a finco pela SB municipal, este ainda sendo um imenso desafio da política de saúde da Atenção Primária municipal. Sobre este percurso, contratempos em relação à realização e à convocação por meio de Concurso Público, bem como uma extensão da cobertura destes serviços ainda são latentes no município (VARGAS, 2018).

Este modelo heterogêneo na sua conformação, em que se tem, num mesmo município, UBS com ESF e outras sem ESF, e que ainda existe a possibilidade de ter ESF com ou sem SB, em termos práticos, dificulta a unificação dos princípios que regem, ou que deveriam, os processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde destas unidades: vários modelos, diferentes formatos, e que leva a caminhos muito diversos. Como se pode notar, os resultados não parecem ser satisfatórios:

*[...] talvez pela disparidade que existe entre o Saúde da Família e o programa assim vamos dizer ‘convencional’... ficam sempre comparando o processo de trabalho e assim a gente não consegue unificar muito a questão do atendimento... no início o pessoal da Estratégia de Saúde da Família eram muito cobrados, quase que enforcavam os profissionais, em relação àquelas horas de trabalho... em comparação com quem não era... eu acho que isso desestimulou esse pessoal, porque eles viam a disparidade de tratamento em relação a quem não era do programa [...] (D4).*

A partir da abordagem conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007), o processo saúde-doença passa a ser compreendido a partir das iniquidades em saúde causadas por forças sociais, políticas, econômicas, ambientais e culturais mais amplas, e que influenciam as condições de vida das pessoas (OMS, 2011), o que para Cruz, Chaves e Cabgussu (2016) correspondem às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo aquelas relacionadas ao sistema de saúde, sendo circunstâncias influenciadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos nos níveis global, nacional e local, que, por sua vez, é moldada pelas políticas vigentes.

No que diz respeito às forças sociais, apropria-se do já apresentado sobre as disputas por espaços e as constantes derrotas das pessoas mais vulnerabilidades. Ao mesmo tempo, a este contexto é contaminado por forças políticas que sobrepõe às reais necessidades de uma população, em que tudo parece resumir em “*uma acomodação política..., só isso, no final da história é um acordo de gestão ali,... é a verdade: “ah, eu vou trabalhar um dia lá, então vamos botar 4 dentistas aí,... Não tem uma visão população para dentista, não... é dentista para a população, sabe... Por isso que fica essa cobertura que nunca vai acertar” (G1)*

A força política, que pode ser analisada por diferentes prismas, encontra uma continuidade na sua execução e que independe do gestor eleito. Enquanto o discurso acima

retrata as repercussões políticas sobre a organização da política setorial, a seguir apresenta o relato de como é realizado a fragmentação da gestão na saúde de Campos dos Goytacazes.

*[...] Eu sei que lá sempre existiu, um cara da comunidade que tem influência política com o atual governo, ele voltou agora, ficou afastado no governo passado. Mas não é essa coisa incisiva, sabe... Na gestão passada tinha um cara que ficou a mando de um vereador os 04 anos plantados na unidade, o dia inteiro não sei fazendo o quê... lá deve ter um vereador responsável, mas não é aquela coisa gritante, porque eu sei que tem unidade que o vereador está todo o dia lá dentro, comandando [...]* (D2).

Na abordagem das forças econômicas na SB municipal, aproveita-se da questão tratada anteriormente a respeito da disponibilidade orçamentária, e que esta não deve ser motivo para fundamentar a precária estruturação das UBS. Adiciona o verdadeiro motivo, talvez, de se utilizar do discurso de carência de verbas como justificativa para a não realização das políticas a contento. Assim:

*[...] O pensamento da gestão é executar o agora, não tem projeção a longo prazo... porque o prazo são 04 anos (período de um mandato eleitoral),... na verdade o primeiro ano você aperta (no sentido de buscar resultados com pouco investimento financeiro), o segundo ano você aperta, o terceiro você afrouxa, e no quarto você injeta (no sentido de aumentar o aporte financeiro), é o ano de colocar profissional, por meio de contratos temporários,... , então você vai acumulando dinheiro em caixa (nos anos anteriores) para você ter dinheiro no último ano [...]* (G1).

Compreender o processo saúde-doença a partir das iniquidades em saúde causadas por forças ambientais, remete à averiguação de como tem sido gestado tais fatores, cientes da sua importância primordial no processo, conforme a concepção dos Determinantes Sociais da Saúde. O que não parece em nada favorável a um ambiente saudável foi relatado por um profissional a respeito do território em que atua, caracterizado por “*uma comunidade abandonada, muito lixo no meio da rua... é muito complexo, ... eu observo que a infestação por roedor é muito grande. Muito descaso do poder público, a localidade está totalmente largada*” (D2).

Por fim, e não menos importante, as forças culturais envolvidas no processo saúde-doença, ficando registrado que:

*[...] embora a gente tenta fazer um trabalho preventivo, não adianta, sabe... quando eu atendia era mãe chegando com criança e com um saco de Fandangos na mão, ou com uma ‘desgraça’ de um pirulito roxo, então não adianta,... isso tem que ser um trabalho cultural, de base, que tem que ser muito bem feito e levar anos para ter um resultado. Raro são as mães que levavam a sério [...]* (G4).

Sobre as questões culturais envolvidas na atenção à saúde, Spink (2015) aborda as relações existentes nestes contextos, e que devem ser compreendidas a partir de práticas

histórico-culturais materialmente localizadas. Assim, a relação profissional-paciente<sup>45</sup>, envolve mais coisas do que uma simples interação destes, pois cada um está inserido em uma rede complexa de materialidades e de socialidades. Desta forma:

[...] Por detrás da mesa que separa a médica (ou o Cirurgião-dentista) e a paciente, há uma diversidade de outras pessoas e artefatos. No caso da médica, se fazem presentes as vozes de outros profissionais da equipe, de gestores, de antigos professores, de livros, de sites da internet onde buscam novos conteúdos sobre doenças e tratamentos, de laboratórios que farão e/ou analisarão material biológico, de máquinas e mais máquinas. A capacidade de resposta dessa profissional depende de suas experiências passadas, de sua formação, de regulações e protocolos, de incentivos ou da falta deles, de apoio profissional e pessoal e das materialidades que embasam sua prática. Também a paciente não está só: amigos, familiares que acompanham seu estado de saúde ou sua doença, as vicissitudes do transporte que a levará para casa, a possibilidade de acesso a exames e tantas outras “vozes” humanas e não humanas – sim, as máquinas “falam”, mesmo que por meio de seus porta-vozes! [...] (SPINK, 2015, p. 118).

No sentido prático, o citado por Spink (2015) enriquece as contribuições culturais, podendo ser exemplificado na compreensão do modo de vida da família do usuário, aqui estendido ao seu convívio social, e tendo como atitudes a explanação de informações capazes de avançar nos seus direitos civis, políticos e sociais. Ou seja: muito mais do que ensinar a escovar dentes, ou a realizar determinado procedimento odontológico, o que ficou muito caracterizado a seguir:

*[...] Por exemplo, eu cheguei a ir à escola da minha área, que eu cheguei lá e a criança ela não tinha escova, ou ela tinha uma escova pra família toda, então... falando do Brasil Sorridente, ... como eu vou exigir de uma criança, de uma família que não tem creme dental e não tem fio dental, e eu não posso dar este suporte a ela... é bem verdade que todos estes programas sociais que existem hoje em dia favorecem às pessoas a poder comprar, não é... mas existem ainda aqueles miseráveis, miseráveis e miseráveis que a gente encontra... então eles não tem como comprar... Então é muito difícil, a gente se sente meio que engessado, numa camisa de força, porque você não tem muito o que fazer. Eu te confesso que estou desestimulado [...]* (D2, grifo nosso).

O relato do informante ratifica o retratado como um dos maiores desafios de se praticar a SB no Brasil, inclusive que extrapola os limites de atuação dos “profissionais da ponta”, e que se sente “engessado, numa camisa de força, porque você não tem muito o que fazer” (D2). Segundo Fábio Bibancos, fundador da Turma do Bem (SOUZA e CARDOSO, 2021), “a questão é a pobreza, não ter dentista no serviço público e as pessoas serem muito

<sup>45</sup> Apesar do autor-pesquisador ser contrário à utilização do termo “paciente”, o mesmo foi mantido do estudo referenciado: Spink (2015).

pobres e não conseguirem pagar o dentista... é esse o desafio... porque, número de dentistas formados nós temos em número suficiente... o que nós não temos é a ligação dos pobres com este serviço”.

Diante das dificuldades elencadas, estas parecem corroborar no desacreditar na PNSB, sobretudo no âmbito local, comungando com o encontrado no trabalho de Vargas e Campos (2020), ao investigar a Rede de Atenção em Saúde Mental de Campos dos Goytacazes. Segundo eles, há um certo consenso dos entrevistados de que “as redes só existem no papel”, mas não no cotidiano de práticas dos serviços de saúde (VARGAS e CAMPOS, 2020).

O mesmo discurso apareceu no relato de um profissional que atua há dezoito anos como servidor desta municipalidade *“O Brasil Sorridente, como tudo que está na nossa legislação, inclusive e nossa Lei Orgânica da Saúde, a lei de nº 8.080,... é tudo muito bonito no papel... muito bonito. Mas na prática, pra nós que estamos na ponta, é uma coisa difícil de chegar”* (D.2).

Esta mesma falta de esperança é apontada por outro profissional, *“em Campos, é quase que inviável, sabe... eu vejo que ela funciona bem em municípios que estão mais estruturados... que não é a situação de Campos, sabe”* (D1), que em outro momento relatou que *“é difícil brigar, é difícil mudar a cabeça, é isso o que eu falo que está enraizado na gestão o ‘vamos levar do jeito que dá pra levar’”* (G1).

Tamanho descontentamento e a falta de esperança por melhoras também apareceu em outras entrevistas, mas que se dissocia da política social arquitetada nas diretrizes nacionais, *“então ele funciona em algumas partes do nosso país de forma plena, mas pra mim no município de Campos ele não funciona. Por que, o que eu tenho do Brasil Sorridente no município? Nada, eu não tenho nada”* (D2).

Não se pode deixar de lado, ainda que não seja objetivo da presente Tese, as mudanças a partir da pandemia de Covid-19 e as suas repercussões sociais, uma vez que tal evento repercute e repercutirá sobremaneira nas ações em todas as políticas sociais. Outro ponto relevante de se compreender como foi gestada a PNSB municipal a partir das medidas sanitárias impostas pela pandemia, muito mais do que o seu tempo – este que se passa distinto dos objetivos propostos na pesquisa de Tese pesa em relação à condução da gestão da política pública, refletindo, nas práticas, as percepções a partir dos ideários e dos anseios dos gestores da SB diante de um evento adverso.

O primeiro ponto a analisar a respeito do comportamento da gestão municipal, aqui não específico à política de SB, atenta para a contrariedade dos objetivos de uma APS resolutive, focada na integralidade do cuidado em saúde e direcionada a, inclusive, abordar os



problemas de saúde um território em até oitenta por cento das demandas do setor (WHO, 1986). Assim, no momento em que mais seria importante uma efetiva resolutividade destas UBS's, as mesmas foram fechadas, aqui exposto o seu verdadeiro motivo:

*[...] Na gestão anterior, e na época pré-covid -19 ele estava com a máquina transbordando, ele colocou muita gente pra trabalhar, então esse fechamento veio para enxugar o custo na máquina, sabe... ele respirou com o fechamento destas unidades... ele deslocou os profissionais para a média complexidade, que evitou de contratar na média complexidade, então foi muito conveniente pra ele. Foi isso que ele fez, não fez com um pensamento de fechar por demanda, nada disso. Inclusive os dentistas foram trabalhar na triagem do Covid, eles perderam a identidade profissional e passaram a realizar triagem. Por exemplo, nas comunidades mais isoladas ele poderia esperar mais dois ou três meses para fechar, mas ele não: fechou tudo, foi padrão. Não tinha o porquê daquela emergência nas comunidades isoladas... então não teve um fechamento em cima da saúde, foi um fechamento político e de gestão. [...]* (G1).

O mesmo ocorreu no processo de reabertura das UBS's que agora sob nova gestão também utiliza da não em relação a cobertura de necessidade, "mas em cobertura de demanda política: 'vereador quer que aquela comunidade tenha a abertura da unidade,... vamos fazer a reforma daquela unidade'" (G1), e que por diversas vezes caminhou na contramão de um estudo técnico e analítico da gestão municipal, pois:

*[...] Nós (gestores servidores e de cargo técnico) preparamos um projeto de reabertura segundo a necessidade, mas toda a vez que a gente levava isso... era inválido ... então a gente reestruturava tudo. Porque reabrir precisa de 'conversar' com o estado, mexer com o cadastro,... não é só chegar e reabrir. E reorganizar a unidade no sistema é extremamente complexo[...]* (G3).

Sobre o poder dos vereadores na gestão local da saúde municipal, extensos são os debates a respeito desta sobreposição invertida e indesejada da política em relação à política – o *politics* sobre o *policy*. Esta evidência, que a empiria do autor-pesquisador já se demonstrada por demais concretizada em etapas anteriores, ganha, nas contribuições dos entrevistados, contornos adicionais de angústias, frustração e incertezas quanto a um futuro promissor da SB municipal.

*[...] o vereador bate em cima, "eu preciso de médico para receber tantos votos, e aí... então se pensa a política primeiro, a população que vota e depois a saúde... então é essa sequência que está invertida [...]* Essa questão do município, e das UBS estarem fragmentadas e cada qual pertencente a um vereador permanece pesado,... de um político não frequentar a comunidade de outro político [...] (G1).

*[...] Chega ao ponto do vereador chegar na gestão e falar: 'eu não quero mais aquele profissional na minha unidade'... então você começa a quebrar a cadeia de tratamento, você começa a quebrar a sequência lógica de se estruturar uma Atenção Primária, porque antes da saúde a gente tem a*

*política que vai nortear o trabalho da unidade... não é a demanda de saúde que norteia o trabalho na comunidade [...] (D1).*

*[...] cada político manda no seu quadrado, néh... aí que você não consegue administrar mesmo... é vereador da oposição que vai falar com o secretário, o secretário manda deixar quieto, porque ele é da oposição, ... ou o contrário: ‘esse aqui é da situação, a gente tem que dá um jeito na unidade lá, tem que botar pra funcionar... então é operação tapa-buraco de demanda e sem um projeto de cobertura.[...] (G2).*

Importante frisar que esta fragmentação da saúde municipal também percorre as demais políticas sociais, como exemplo da educação e da assistência social, e que faz parte do processo histórico de condução da política no município de Campos dos Goytacazes/RJ (SOUZA, 2004).

Já segundo a forma de organização, de valorização e de apreciação em específico da SB municipal, considerando o trajeto histórico da condução desta política social e sob o olhar de agentes hierarquicamente superiores ao posto da Coordenação Municipal de Saúde Bucal, ao que tudo indica que “*de fato, a gestão não tem a odontologia como prioridade... nós não temos valor*” (D2), e de que “*nunca foi objetivo, politicamente falando, estruturar a odonto*” (G1).

Questionado a respeito de um percurso histórico de como procedeu a estruturação da SB municipal, ainda que ciente dos grandes desafios atuais, foi registrado que:

*[...] Até 2000, a Saúde Bucal de Campos era muito precária. Nesta época entrou um gestor (prefeito e acompanhado de uma Coordenadora da Odontologia) que revolucionou a odontologia de Campos no sentido de estruturação. Foi onde se começou a pensar nas especialidades, começou a Ortodontia, mesmo sem abertura de concurso para isso. Foi uma revolução e a Odontologia passou a ser verdadeiramente reconhecida [...] (D4).*

Em relação à questão da política social ser deixada em segundo plano, parece não ser consenso dentre os entrevistados a respeito das expectativas positivas de mudanças, o que contraria as normativas da PNSB, ao tempo em que desconsidera a permanente construção da política, esta que deve considerar as “diferenças sanitárias, epidemiológicas regionais e culturais” (BRASIL, 2004, p. 02). O que chamou a atenção foi a resistência frente a mudanças, que percorre desde a implantação da política no âmbito nacional, o que aparenta ser, no município em questão, “*muito complexo,... e também ao mesmo tempo não tem como mudar de forma brusca, porque há mais de 20 anos existe uma forma de trabalho dentro de Campos... e que também não tem como você fazer, sabe*” (D1).

Diante das considerações apresentadas, o caminho do Brasil Sorridente em Campos dos Goytacazes/RJ parece ir ao encontro do defendido por Narvai (2020), em que a política

social em questão, no Brasil, chegou ao seu ocaso, diante da redução dos investimentos no setor e, sobretudo, da substituição dos procedimentos coletivos para o retorno do foco em procedimentos individualizados. Para ilustrar:

*[...] quando foi lançado O Brasil Sorridente, a gente até tinha insumos vindo de lá (Ministério da Saúde), kit de escovas com pasta e fio-dental, sabe, alguma coisa que a gente pudesse colocar em prática a questão da educação pra gerar uma prevenção, porque a gente trabalha em cima da prevenções... mas, sinceramente, eu digo que a gente sentiu no início o Brasil Sorridente, mas que depois se perdeu [...] (D4).*

Ao sintetizar os desafios de uma política de saúde, Camargo Jr. (2009) atenta para a heterogeneidade do termo “atenção à saúde”, e que despertar algumas considerações que corroboram com os achados nas entrevistas. São eles:

- que os elementos que articulam na produção da atenção à saúde são distintos na sua configuração, no presente e em locais específicos, de desenvolvimentos históricos diversos, com origens e trajetórias que se encontram em momentos diferentes do tempo;

- que nas instituições em que ocorrem as práticas da atenção à saúde, agregam-se outros processos regulatórios necessários à sua produção: pessoal qualificado, instrumentos e materiais, dentre outros;

- que a atenção à saúde se referencia num conjunto específico de conhecimentos apontados como recurso de legitimação social, como justificativa para as ações empreendidas no escopo da atenção à saúde, mas que tais conhecimentos estão dentro do contexto de regulação, mencionado anteriormente, e fazendo parte do conhecimento biomédico, e que por si só são asserções aceitas como “válidas por grupos específicos, segundo procedimentos de validação aceitos pelos mesmos grupos, que ao fim apontam para a construção de agregados coerentes, que são por sua vez aninhados numa rede de asserções similares, previamente validadas” (CAMARGO JR., 2009, p. 18).

Sobre o excesso de unidades de saúde, no que tange ao prédio em que a mesma se apodera, desperta a curiosidade do autor-pesquisador sobre a necessidade de existir 74 UBS no município de Campos dos Goytacazes, segundo o levantamento realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Tal fato, inclusive, foi retratado nas considerações iniciais e, que, sendo comparado com municípios de aporte populacional comparável, aparenta um excessivo número de unidades, ensejando gastos extras com logística, manutenção e contratação de profissionais.

Quando questionado, um profissional acabou por registrar que o número excessivo decorre na imensa quantidade de “*populações isoladas*”, mas que ao final da fala encerra a

justificativa por questões que extrapolam o fato de dar acesso à saúde destas populações.

Assim:

*[...] Um cálculo da população de Campos por unidade de saúde, pode parecer muita unidade mesmo... mas não tem como fazer assim, porque em Campos exige que tenha um aporte maior de unidade, porque tem as populações isoladas, e isoladas mesmos sabe... eu trabalhei em uma comunidade que não aceita ir na outra, mesma estando separada por menos de 01 km. Tem uma coisa colonial, sabe [...] (D1).*

Sobre as propostas de melhorias apontadas pelos entrevistados, as contribuições caminharam fortemente no sentido de capacitar os “profissionais da ponta”, e os “profissionais gestores”: *“tanto secretário, quanto diretores e quanto coordenadores, em política de Atenção Primária... eles não são preparados...”* (G1). Como exemplo do despreparo do gestor, inclusive em relação à falta de postura e falta de decoro para com os demais profissionais, foi relatado que:

*[...] eu apresentando pra ele a necessidade de aumentar o corpo técnico de gestão, no meio de uma reunião de muita gente presente... o próprio secretário disse: ‘mas tem 50 pessoas que trabalham nesta secretaria, não vamos colocar ninguém mais não’; eu disse: ‘gerenciando a Atenção Primária são três pessoas’; e ele disse: ‘lá tem que se virar, quem quiser ficar bem, quem não quiser vai embora’... ou seja, pra um gestor não pode ter esse pensamento [...] (G1).*

Também foi pontuado negativamente *“a burocracia para repor os materiais... às vezes você leva um ano pra comprar um material”* (G1). Sobre este ponto, há que considerar o trâmite legal envolvidos nos processos de compras públicas, cabendo ao gestor municipal agir conforme uma adequada previsibilidade dos gastos e com demasiada antecedência.

Em relação aos pontos positivos, foi abordado que alguns profissionais se destacam no fomento da APS municipal, pois *“temos muito profissional na ponta que, dentro da limitação dele, ele é muito resolutivo... não todos, é claro”*(G1). Sobre os técnicos, também ficou registrado o empenho:

*[...] tem dois caras que dão manutenção em consultório odontológico, e eles rodam Campos inteiro, às vezes com o atraso de dois meses de salário, eles são contratados e não servidores concursados) os caras se comprometem em rodar o município dessa extensão, sabe [...] (G1).*

O mesmo entrevistado compreendeu como fator positivo o fato que *“a população mais distante, ela vê o esforço do profissional vir de longe... você não vê tanta reclamação da população com relação ao profissional de Saúde Bucal... você vê que a população reconhece o esforço do profissional de ir até lá...”* (G1). O relato discutido é contraditório nas falas anteriores deste mesmo entrevistado, no sentido de que o fato de não reclamar pode ser muito

mais em relação a não se sentir representado por este dispositivo de saúde, não havendo assim o sentimento de pertencimento e que resulta na quietação das reclamações, do que não reclamar do serviço por estar satisfeito. Desta forma, fica aqui mais um ponto de reflexão.

Enfim, a necessidade de mudanças é notória, tanto nas estruturas físicas, quanto no planejamento e na execução das ações, e inclusive incorporando as pessoas neste processo de gestão, que deve ser democrático nas suas fases. Segundo Ditterich (2021), a SB deve aproveitar deste momento de transformações decorrentes da pandemia, e diante de toda a dinamicidade do mundo atual, resgatar o protagonismo na APS, não se reduzindo ao registro e a produção ambulatorial, aprendendo a trabalhar em equipe, com diferentes programas, e não somente com a população de escolares, no seu território de atuação – além dos muros da UBS, na realização de visita domiciliar, por exemplo.

Contudo, diante do apresentado na seção, algumas considerações merecem ser sintetizadas, agrupadas e expostas, o que será feito a seguir no intuito de guiar o produto das devidas análises para o encaminhamento das conclusões desta etapa. Logo, tem-se que:

- a falta de capacitação entre os profissionais da Saúde Bucal, quer sejam os que atuam na “ponta” e também os que atuam como gestores, merece consideração sob a ótica da condução da política no âmbito municipal, não podendo ser considerado falha da política nacional, uma vez que cabe ao poder local os devidos preparos científicos, organizacionais e operacionais, devendo os mesmos serem específicos à cada realidade. Desta forma, apontamentos desta natureza devem ser contestados, na ciência de que a PNSB orienta que as ações de capacitação sejam uma prática na qualificação do processo de trabalho, mas que cabe à gestão municipal as devidas atitudes;

- o despreparo destes agentes pode ser, é bem verdade, o verdadeiro efeito do preparo dos mesmos em atuar à maneira como foram preparados nos bancos acadêmicos: focados no modelo biomédico, fortemente ligado a tecnologias duras e voltado para o mercado. Para tanto, parece que se cumpriu o dever regulatório do modelo neoliberal, no qual apenas o mercado interessa, em detrimento da cobertura assistencial do estado, este que deve ser reduzido a qualquer custo, ou melhor: ao menor custo e que seja “políticas pobres para os pobres” (BEHRING, 2021, p. 20);

- as disputas deste campo social, apegando às contribuições de Bourdieu (2011), tem como resultante fixa o preterimento da pessoa que deveria, segundo as normativas nacionais da política social em questão (BRASIL, 2004), ser beneficiada pelas ações e serviços de saúde deste setor. O que se observa, entretanto, são forças “extras” que acabam por desvirtuar o verdadeiro sentido de uma política social, pois “os objetivos expressos nas letras nem sempre

são acompanhados pelas práticas, domínio em que as subjetividades afloram e o poder é objeto de disputas” (ELLERY, BOSI e LOIOLA, 2013, p. 196). Aqui, a hipótese levantada no início deste capítulo se consolida, dado o distanciamento dos preceitos constitucionais das evidências coletadas e analisadas;

- as políticas de SB, assim como qualquer outra política social, não devem ser conduzidas nos processos de gestão e de execução de maneira centralizadas, num fluxo hierárquico, qualquer que seja ele: descendente ou ascendente. Não cabe espaço, portanto, para ser gestada “*meio que da cabeça dele* (gestor da Odontologia)” (G1), apesar de ser uma realidade histórica no município de Campos dos Goytacazes, ao tempo em que prejudica o acesso e a resolutividade da política por não fomentar a participação social;

- a não participação das pessoas no processo de gestão da política municipal de SB não deve ser olhada por apenas um ponto de vista, de forma a ser conotada como: pessoas que não valorizam o CD, que não seguem as orientações dos profissionais, que faltam às consultas, que muitas destas ausências se justificam por medo, ou que só procuram pelo serviço em casos de urgência ou emergência, e/ou quando tem prejuízos no seu trabalho. Sob esta lente, e apropriando do dito anteriormente, aos gestores cabe conduzir uma política uniformizada às possíveis adversidades territoriais e sob vieses diversos, aos “profissionais da ponta” cabe adequar sua vida profissional aos anseios pessoal, e às pessoas cabe valorizar, ir às consultas e seguir as orientações, não temer e aceitar as normas “impostas”. Diante destas divergências quanto ao que cada categoria de agente possui sobre a representação da boca (BOTAZZO, 2006; 2013), é que se resulta em diferentes representações sociais da política em questão (MOSCOVICI, 2003), mas que não parece ser um jogo justo, na medida em que as forças envolvidas estão desproporcionais;

- a reprodução social da saúde (SAMAJA, 2000), percorrida nas análises realizadas as suas dimensões, acaba por despontar a “reprodução biológica” e a “reprodução ecológico-política”. Sobre esta última, ganha destaque o apego político, no sentido de se fazer politicagem, que envolve as políticas públicas do município, sendo histórico tal conformação, e que ficou evidente tal confirmação pelos entrevistados. A fragmentação das políticas públicas municipais, sobretudo com a repartição do município com os vereadores, não se apresenta de forma indireta, mas que quase se comporta como uma prática institucionalizada, visível a todos.

- a partir da abordagem conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007), o processo saúde-doença se amplifica nas suas áreas de atuação, inclusive extrapolando a alçada do setor. Não se faz mais saúde, qualquer que seja a

particularidade da política, sem a integração, sem a longitudinalidade das ações, sem a previsibilidade dos fatos, sem um aporte financeiro adequado, sem o investimento em infraestrutura, sem a valorização profissional, sem a criação de espaços coletivos de saber e de trocas de informação. Enfim, alguns percalços relatados e que vem a prejudicar o acesso aos serviços de SB de Campos dos Goytacazes;

- o momento de mudanças decorrentes da pandemia de Covid-19, que ainda se encontra em andamento, pode ser aproveitado para que se resgate o protagonismo da APS, em todos os sentidos e em todos os seus setores, considerando a Política Nacional de Saúde Bucal uma deles.

Contudo, o conhecimento da realidade do profissional de Saúde Bucal do município de Campos dos Goytacazes, seja ele “gestor” e/ou “da ponta”, ao tempo em que evidencia as particularidades do seu processo de trabalho, interpreta a compreensão destes sobre a política nacional normatizada, e elenca medidas que tem por objetivo melhorar o acesso das pessoas aos serviços desta natureza.

Utilizando das dimensões de acesso trabalhada por Sanches e Ciconelli (2012), adaptadas ao cenário por ora apresentado da SB municipal, observa-se que a disponibilidade do serviço peca, sobretudo, na questão de uma adequada infraestrutura, muito mais do que a quantidade de UBS espalhadas pelo município. Outro ponto que precisa ser trabalhado é a questão da informação, esta que deve ser pautada nos princípios de um ideário da política pública de Saúde Bucal, afastando toda e qualquer força concorrente, e que deve ter como premissa colocar a pessoa que busca por cuidado como partícipe e numa relação horizontalizada a pessoa, diante da sua inerente diversidade. É sobre este ponto que a seguinte etapa pretende investigar.

Acredita estes serem os passos dos agentes envolvidos em busca da qualificação da SB de Campos dos Goytacazes, e que resultam no aprimoramento da última dimensão do acesso aqui trabalhada conforme Sanches e Ciconelli (2012): a aceitabilidade, que deve estar atrelada aos princípios estabelecidos pelas leis do SUS (BRASIL, 1990) e, sobretudo, às normativas das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

## **4.2 O CIDADÃO E A CIDADANIA: OS ATORES E SEUS ATOS PARA A MELHORIA DA SAÚDE BUCAL DO TERRITÓRIO**

O Brasil Sorridente foi desenvolvido por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em SB, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Esta Política tem o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de SB, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias por meio da estruturação e reorganização da atenção básica (LUCENA, PUCCA JR. e SOUZA, 2011).

Nesta monta, a presente sessão sublinha as representações sociais do cuidado à SB, sob a perspectiva da pessoa, enquanto mecanismo propulsor de medidas de acesso aos serviços de SB do município de Campos dos Goytacazes/RJ. Compreender como se utiliza de tais serviços públicos municipais, ou mesmo como se manifesta seu poder de participação na construção, no planejamento, na execução e no constante aperfeiçoamento desta política social parece ser o caminho a ser seguido.

Conforme nas etapas anteriores, chega o momento de expor as entrevistas e de realizar as devidas discussões que envolvem diretamente aquele que deve ser o principal beneficiado das políticas sociais. Um diferencial é que se trata da abordagem dos principais achados dos cidadãos que pertencem aos territórios em análise selecionados anteriormente, sem se preocupar com o período em que o mesmo acessa os serviços em específico, por exemplo. Basta apenas residir no território em análise para ser incluído, cabendo como fator de exclusão apenas a saturação dos dados levantados na pesquisa de campo de caráter qualitativo.

O motivo para a utilização dos habitantes no processo da pesquisa de campo, em preferência aos verdadeiros usuários da SB nas localidades destacadas, entenda-se: aqueles que marcam e comparecem à consulta odontológica da UBS, consiste em angariar informações a respeito das representações sociais que a população, a adscrita na unidade de saúde, possui sobre as ações e os serviços específicos, o que deve também contar com a participação dos que ficam à margem, por diferentes motivos, da execução desta política social.

O caráter predominantemente qualitativo de uma pesquisa, ao mesmo tempo em que se apropria dos significados, dos símbolos e das representações buscadas no trabalho de campo: quer seja por meio da observação direta, quer seja na realização das entrevistas, ou



mesmo por uma triangulação dos dados; torna particular o seu avanço, dialogando com o que Camargo Jr. (2009) retrata sobre os variáveis caminhos do percurso metodológico das pesquisas qualitativas. Para este autor, a assimetria determina a exposição de justificativas para a escolha metodológica, ao contrário das técnicas quantitativas. É o que se pretende realizar por ora, antes de expor os objetivos da sessão e as demais etapas que seguem.

O processo de entrevista com as pessoas ganha contornos não atingidos na etapa anterior, que também configurava em entrevistas, mas que não dispunha de tanta riqueza quanto ao comparado na presente fase. Por se tratar, aquela, da abordagem de um grupo de profissionais “gestores” ou da “ponta” limitado por consequência do capital político do entrevistado ou pelo recorte das UBS’s, o que por ora se apresenta, ainda que se preserve este recorte espacial, permanece ainda imerso num imenso universo de possibilidades: de informantes, para a realização de uma pesquisa desta natureza, devendo se precaver de cuidados para não perder a representatividade devida. É nesta revelação de precauções que ratifica o estudo de Camargo Jr. (2009), e que agora passa a demonstrar as particularidades das mesmas e que estão em jogo na pesquisa.

Sabendo do objetivo desta sessão: compreender os fatores comportamentais, sociais e culturais envolvidos no acesso aos serviços públicos de SB municipal, em especial na abordagem das dimensões “informação e “aceitabilidade” (SANCHES e CICONELLI, 2012); dois pontos se tornaram muito evidentes na visão do autor-pesquisador, e que o persegue desde a elaboração do projeto de Tese.

O primeiro ponto atenta para a necessidade de pesquisar as pessoas, e não somente os profissionais envolvidos no processo de trabalho da política social em evidência. Aqui, o que parecia óbvio ao pesquisador desde o início, é que não se consegue uma análise significativa do objeto de estudo se a abordagem de uma categoria pretere abordagem outra, sendo as duas partícipes de um processo. Em resumo e aplicado na prática: existe a necessidade de analisar os profissionais e os que se beneficiam diretamente, ou ao menos deveriam se beneficiar, da política de SB de Campos dos Goytacazes/RJ. Isto deve ser conjuntamente – a abordagem de todas as categorias dos agentes envolvidos, e que de maneira complementar e recíproca os achados possam enriquecer, sobremaneira, a análise no processo da pesquisa.

Sobre este, a primeira particularidade se apresenta no sentido de que a grande maioria dos estudos buscados na literatura nacional, no intuito de subsidiar as discussões a partir dos relatos dos entrevistados, seleciona uma categoria para explorar apenas, seja o gestor, o profissional, ou o “usuário”: a pessoa. A princípio, o resgate desta literatura em nada desabona a condução da pesquisa, uma vez que as análises são realizadas em cima da

metodologia já proposta nas considerações iniciais. Atuam, estes estudos, somente como pontos de discussão, na correlação de possíveis confrontos de achados e/ou de corroborações nas evidências do trabalho de campo aqui trazido.

Também interessa registrar a grande quantidade de trabalhos encontrados que, a partir de uma metodologia qualitativa de investigação foram, na sequência, realizadas suas análises e as apresentações dos resultados aos padrões que se aproximam de um estudo quantitativo (SALOTO, MIOTTO e BARCELLOS, 2007; SANTOS *et al.*, 2015). Tal fato, com o devido respeito ao pesquisador, parece prejudicar uma valiosa discussão das subjetividades e dos significados envolvidos nos estudos qualitativos, uma vez que o leitor se depara com tabelas em detrimento de citações das falas dos entrevistados. Aqui, de maneira diversa do ponto anterior, existe prejuízo dos confrontos entre a literatura e o evidenciado no trabalho de campo da pesquisa em curso.

Se os estudos qualitativos, por princípio, devem se apropriar de questões não quantificadas, diante dos significados, das motivações, das atitudes, das crenças, dos valores e das relações (MINAYO, 1994), e sendo a saúde um fenômeno social, tudo parece caminhar para interpretar, com este método, o olhar dos sujeitos e suas representações, não parecendo ser a apresentação de uma tabela o melhor formato para tal.

Nada que impedisse a utilização destes estudos para aqui serem discutidos, mas que é um ponto que merece atenção, ao tempo em que corrobora o dito em alguns pontos da Tese, e que pode estar atrelado à formação acadêmica dos autores, na grande maioria Cirurgião-dentista formados segundo uma ideologia, que infelizmente ainda vigora nos tempos atuais, pautada em tecnologia, protocolos e parâmetros pré-estabelecidos, e que desde sempre se afasta dos estudos das ciências sociais e humanas, assim possuindo maior afinidade com tabelas, gráficos e números.

Outro ponto relevante, agora em específico ao objeto de estudo desta seção, trata da abordagem das pessoas. No que concerne à quantidade de entrevistados, a metodologia utilizada, por si só, define que estará pautada na saturação dos dados, devendo ser interrompida a exploração quando for atingida a repetição dos mesmos e a não apresentação de novas informações (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008).

No total foram entrevistados 09 (nove) pessoas, sendo que 03 (três) destas pertencem à categoria dos que não acessam aos serviços de SB das UBS's pesquisadas, independente do motivo aqui envolvido. Este quantitativo foi obtido desconsiderando 02 (duas) negativas na participação da pesquisa, o qual não foi aprofundado os motivos envolvidos, sendo respeitada a voluntariedade da pessoa.

Sobre o momento em que a exploração fora realizada nas UBS's, acredita-se que o dia, e até mesmo o período em que a pesquisa de campo é realizada, possa interferir na coleta de informações, assim tomando a devida precaução de realizar mais de um procedimento investigativo, assim colhendo informações em mais de um momento a cada UBS selecionada. Desta forma, acredita-se trabalhar com uma amostra mais ilustrativa, minimizando o risco, ainda que não o tornando nulo, de abordar entrevistados de uma mesma família e/ou vizinhança e que acabaram por marcar as consultas de SB para um mesmo dia, ou mesmo de abordar um grupo específico de público, como por exemplo de mães que levam seus filhos à consulta no dia em que o CD atende, preferencialmente, crianças. Enfim, cuidados tomados para uma representação mais próxima do ideal, que se aproveita da empiria do autor, mas que também se busca precaver do excesso desta para a busca da cientificidade (MINAYO, 1992).

Outra preocupação do autor-pesquisador, esta que parece não percorrer os estudos científicos desta natureza, remete em entrevistar a pessoa que, por quaisquer motivos, não acessam aos serviços de SB da UBS de seu território. A grande maioria dos estudos sobre os usuários do SUS, seguindo a denotação do termo utilizado no campo da saúde pública, uma vez que faz a abordagem àquele que usa do serviço. Assim, a aferição das percepções sobre a política decorre da exploração deste público, não restando oportunidade de fala desse que não consegue a assistência, ou que não importa em utilizar dela, ou mesmo que não possui informação da existência do serviço.

Enfim, diversos motivos são os que podem estar inseridos no contexto de não procurar pelos serviços, estes que deveriam ser olhados como um desafio pelas lentes da integralidade e da universalidade (BRASIL, 1990), no sentido de que a boca não seja separada corpo, e de que todos temos o direito ao acesso desta política pública de saúde. Neste caminho, a particularidade do estudo se destaca ainda mais, na expectativa de revelar importantes pontos de análise. Sobre a escolha deste público, uma vez que eles não seriam encontrados na UBS decorreu de questionamentos às pessoas do território, numa abordagem aleatória e que direcionasse a abordagem aos devidos entrevistados.

Também importa retratar que ao caso em questão, torna-se relevante o processo de abordagem das pessoas que não acessam em específico à SB, não sendo utilizado como critério de exclusão quem acessou a UBS com outra finalidade, pois o que se pretende investigar também passa por esta distinção de valores entre os profissionais de saúde que atuam num mesmo dispositivo de saúde, já ficando demonstrada esta diferença na etapa anterior, no qual *“o usuário não enxerga o dentista como pertencente àquele corpo de saúde... ainda continua a odonto separado daquele corpo de saúde da unidade”* (D1).

O processo das entrevistas do grupo de pessoas que estavam tendo acesso ao serviço estudado ocorreu nas UBS's, no momento em que estavam ou aguardando por atendimento ou saindo deste. Já em relação às entrevistas com os que não acessam os serviços de SB, o local de escolha para o momento da realização da entrevista era de acordo com a situação específica da abordagem, ocorrendo a mesma na casa do indivíduo, em um local público de sua escolha, ou podendo até mesmo ser feita na UBS de seu território.

A identificação dos entrevistados, conforme descrito nas considerações iniciais que descreveram o percurso metodológico segue de um número cardinal colocado de forma aleatória, precedido da letra "U" identificadora da categoria, escrita em maiúsculo. Quanto a identificar se esta pessoa é do segmento que acessa os serviços de SB do seu território ou não, o mesmo fora identificado conforme a necessidade de destacar este registro, apenas em circunstâncias especiais. Os relatos foram transcritos na íntegra, para a posterior análise de conteúdo conforme Bardin (1977), redigidos em "formato *itálico*", apresentados em citação direta ou indireta os trechos mais pertinentes à pesquisa. Seguindo os mesmos trâmites éticos e legais utilizados na etapa anterior.

Quanto aos entrevistados, não foi objetivo da pesquisa averiguar a condição econômica e social destes, ficando apenas como critério de inclusão, no sentido de ratificar o já estabelecido, o fato de utilizar os serviços de SB disponibilizado na UBS do seu território, aqui pertencendo à categoria "pessoa que usa", ou o fato de não utilizar o serviço de SB disponibilizado na UBS do seu território, agora pertencente à categoria "pessoa que não usa".

Sobre o gênero da pessoa que acessa aos serviços de SB, a grande maioria dos entrevistados são mulheres, acompanhadas e/ou acompanhantes de seus filhos, sendo que nas unidades de saúde mais afastadas da região central apresenta-se um público de maior idade, corroborando com os discursos retratados, respectivamente, por D2 e D1. Este dado também vai ao encontro do encontrado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (PNS, 2013) e que ratifica a percepção sobre a necessidade de tratamento ocorrer principalmente em mulheres, adultos de meia idade e pessoas com maior escolaridade (PERES *et al.*, 2012), sendo que a falta de acesso a estes serviços públicos é maior nos menos escolarizados, pardos, nos mais jovens e nas mulheres, o que corrobora com as preocupações discutidas sobre iniquidades em saúde (FONSECA, NEHMY e MONTANO, 2015).

Quanto à percepção sobre a necessidade do cuidado em SB ocorrer com determinado público, em seletos gênero, idade e escolaridade (PERES *et al.*, 2012), chega-se à conclusão de que "*a população que frequenta o Centro é diferente, ele tem um valor diferente do*

*profissional dentista, ... eles enxergam o profissional de outra forma, eles valorizam o que é saúde oral, o que é perder um dente...” (D1).*

Segundo Roberto (2017), os serviços precisam alcançar as percepções e as expectativas manifestadas pelos usuários, além de prover informações em quantidade e qualidade adequadas, no contexto da “alfabetização em saúde”, na identificação do usuário insatisfeito, de modo a subsidiar a reformulação de estratégias de saúde que visem à melhoria da qualidade do serviço odontológico prestado (SILVA SOUZA, 2018). Contudo, a alfabetização em saúde refere-se aos conhecimentos, à motivação e à competência das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde, constatado a sua associação com a autopercepção da saúde bucal. A informação é essencial para o crescimento e desenvolvimento das pessoas, sendo evidente a importância da alfabetização em saúde para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e dos indicadores de saúde bucal (MARTINS *et al.*, 2015).

Tal fato não parece existir no cenário pesquisado, ficando relegado à exclusão “*a população destas localidades mais afastadas, ficou uma população mais idosa e os mais novos caminharam para o Centro... então ficou a população que tem aquele pensamento mais antigo, como se fosse normal perder os dentes, sabe...” (D1).*

Fonseca, Nehmy e Montano (2015) abordaram, por meio de uma pesquisa qualitativa, a deficiência do acesso aos serviços odontológicos como direito social e as mudanças históricas ocorridas:

[...] que as entrevistadas não davam, antes, importância ao cuidado com o dente, porque os procedimentos eram-lhes desconhecidos ou porque a prática dominante era a extração dentária. Hoje, valorizam os dentes e sofrem os constrangimentos sociais que causam a sua boca mal cuidada. Contudo, o acesso à restauração dos dentes pelo SUS não lhes é ainda possível [...] (FONSECA, NEHMY e MONTANO, 2015, p. 3.129).

Precede o momento de exposição e da subsequente análise e discussão do conteúdo das entrevistas, contribuições da literatura a respeito do acesso aos serviços de Saúde Bucal (SB) no Brasil ao longo do tempo, o que já fornece dados históricos sobre a realidade no país, e que permite levantar críticas, considerações e parâmetros comparativos a respeito dos avanços e dos desafios do acesso, tendo como variáveis o tempo e os estratos dos sujeitos: idade, renda, escolaridade, dentre outros. De maneira a sistematizar tal informação e assim contribuir para o andamento da pesquisa em si, não soa como objetivo da mesma realizar um sistemático levantamento bibliográfico, senão de expor dados obtidos em estudos específicos, de diferentes metodologias empregadas e que possam ser utilizadas nas discussões.

Assim, o estudo de Roncalli (2000) em muito contribui para a realização deste panorama – o acesso aos serviços desta natureza no Brasil ao longo do tempo, o que será sistematizado no quadro a seguir (**QUADRO 07**). Por se tratar de um estudo realizado há mais de duas décadas, exige ao momento o levantamento de pesquisas desta natureza e datadas após a publicação de Roncalli (2000), realizado em 01 de junho de 2022, e que também será exposto no devido quadro:

<b>QUADRO 07 – Apresentação dos principais estudos e suas contribuições sobre o acesso à Saúde Bucal no Brasil</b>	
<b>Contribuições segundo o estudo de Roncalli (2000)</b>	
<b>Autoria</b>	<b>Contribuições</b>
I Conferência Nacional de Saúde Bucal (Outubro/1986)	- somente 05% da população possui acesso regular aos serviços de SB, sejam na esfera pública e/ou privada.
Relatório Final da I Conferência Estadual de Saúde Bucal de São Paulo (Setembro/1986)	- 05% da população, os quais consomem serviços odontológicos com frequência regular; - 15% servem-se desses mesmos serviços de modo irregular; - 80% ficam à mercê de atendimentos ainda mais irregulares ou sem qualquer espécie de cobertura.
Belardinelli (1987)	Dados do IBGE (1981) sobre o acesso aos serviços de SB no Brasil. - Os valores variam de 1,9% na faixa de 00 a 04 anos, subindo até 29,3% na faixa de 15 a 19 anos para em seguida decrescer, com 23,1% entre 20 e 29 anos até finalmente chegar a 6,4% na faixa de 60 anos e mais.
César <i>et al.</i> (1999)	- 31,8% dos entrevistados referiu ter visitado o dentista nos últimos 12 meses. - Entre as principais causas do não comparecimento, os maiores percentuais: o fato de não ter tido problemas (56,5%) e a falta de dinheiro (14,4%).
Matos (2000)	- dos indivíduos que haviam consultado o dentista pelo menos uma vez na vida, 24,6% foram classificados como usuários regulares e 75,4% como usuários ocasionais de serviços odontológicos.
Frazão (2000)	- 44,1% dos entrevistados declararam ter consultado um dentista nos 12 meses anteriores à pesquisa. - nenhum dos entrevistados referiu nunca ter ido ao dentista e a maior parcela dos que declararam ter consultado (43,1%) o fez em um serviço público de saúde.
FIBGE (2000a).	- 18,7% dos indivíduos no Brasil nunca tinham ido ao dentista; - maior percentual dos que não tiveram acesso à SB encontrado na região Nordeste no estrato sem rendimento (43,4%) e o menor na região Sul no estrato de renda de mais de 20 salários mínimos (3,4%).
<b>Levantamento bibliográfico a partir de Roncalli (2000), realizado em 01 de Junho de 2022.</b>	
<b>Autoria</b>	<b>Contribuições</b>
Cavalcanti, Gaspar e Goes (2012)	Adolescentes e moradores das áreas rurais continuam em situações desfavoráveis de acesso à SB.
Haykal (2014)	A garantia do acesso à informação deva ser incentivada a fim de contribuir com maior equidade em SB.
Sanches e Braga (2014)	Para que realmente ocorra melhoria no acesso e acessibilidade destes serviços é necessário uma mudança no modelo assistencial da SB, no perfil dos profissionais e na vontade política dos gestores.
Esposti <i>et al.</i> (2016)	Constatou-se frequente divulgação sobre a disponibilidade dos serviços de SB, e incisiva sinalização dos problemas do setor público e apresentação da saúde suplementar como alternativa para suprir suas ineficiências. Também se verificou poucas matérias que abordaram a dimensão da aceitabilidade. Considera-se fundamental que a imprensa problematize o acesso aos serviços de saúde bucal em suas dimensões.
Rossi <i>et al.</i> (2019)	A austeridade fiscal tem forte influência sobre a utilização de serviços públicos odontológicos no Brasil, que pode beneficiar o mercado privado e ampliar as desigualdades.
Freire <i>et al.</i> (2021)	O não acesso associou-se a fatores municipais, como maior desigualdade; fatores organizacionais, como menor cobertura e tempo de deslocamento até a unidade; e fatores individuais, como sexo, idade e renda.

**Fonte:** Elaboração própria.

Antes de iniciar a discussão dos dados apresentados no quadro acima, vale ressaltar que o conceito de acesso utilizado na maioria destes trabalhos também foi seguida como base

teórica na pesquisa de Tese: utilizando das dimensões descritas por Sanchez e Ciconelli (2012), e que se vale da complexidade e da necessidade de variação segundo o tempo histórico (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Tamanha similaridade conceitual foi observada nas conclusões destes estudos, sobretudo os realizados a partir de Roncalli (2000), o que não deixou de revelar a evolução teórica levantada por Travassos e Martins (2004), e que refletiu na prática das pesquisas deste gênero realizadas. Assim, reduziu-se, no primeiro momento, ao objetivo de simplesmente aferir se o indivíduo vai ou não nos serviços de SB: o que ficou marcado nas pesquisas do primeiro segmento temporal. Seguindo a evolução, no segundo momento, novos fatores de análise, mais abrangentes e carregados de considerações políticas, geográficas e sociais, permitiram contextualizar as barreiras do acesso aos serviços e as desigualdades presentes nos cenários diversos no país.

Exemplos das considerações anteriormente realizadas estão nos estudos de Sanches e Braga (2014) retratando a “aceitabilidade”; Esposti *et al.* (2016) ressaltando a importância da problematização do acesso aos serviços de SB “em suas dimensões”; e Freire *et al.* (2021) que, indiretamente, consideraram o “tempo de deslocamento até a unidade” utilizam da dimensão disponibilidade do acesso conforme os autores da teoria aqui sublinhada (SANCHEZ e CICONELLI, 2012).

Segundo as evidências sobre o acesso à SB no Brasil, sempre se apontou para um baixo percentual da população que dispõe de assistência odontológica, seja no âmbito público ou privado, conforme retratado desde a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em Outubro de 1986 (RONCALLI, 2000). As causas desta desassistência variam da não percepção do indivíduo em procurar pelos serviços, considerando não ter problemas que justifiquem tal ato – resultante da desconsideração da lógica de promoção de saúde e de prevenção de doenças da cavidade bucal; até a falta de condições financeiras para a busca do serviço – e que agora passa a não considerar a existência e/ou a credibilidade dos serviços de natureza pública (CÉSAR *et al.*, 1999).

Entretanto, cabe ao momento críticas e discussões que podem colocar em xeque tal categórica retratação – a precarização do acesso aos serviços de SB, ou que ao menos relativiza a mesma segundo parâmetros distintos, devendo ser analisados de maneira complementar aos apontamentos já expostos.

O primeiro ponto destacado contesta o que se compreende por “baixo percentual de acesso”. Diante da literatura específica pautada nos estudos clínicos e laboratoriais sobre as principais doenças da boca, e sendo a procura por atendimento destas o principal fator

motivador para o atendimento em SB na esfera pública, considerações sobre este julgamento de valor devem ser consideradas.

A priori, quando se fala em acesso, neste caso e de forma simplista, remete-se à utilização de determinado serviço; e quando se valora como “baixo percentual”, subentende-se em frequência reduzida na utilização deste quando comparado com outro estrato congêneres. É sobre a frequência em que se apegaram os quesitos analíticos e avaliativos extensivamente demonstrados nas pesquisas sobre acesso até os anos 2000, e que aqui está exemplificado: “05% da população [...] consomem serviços odontológicos com frequência regular” (Relatório Final da I Conferência Estadual de Saúde Bucal de São Paulo (Setembro/1986); “31,8% dos entrevistados referiu ter visitado o dentista nos últimos 12 meses” (CÉSAR *et al.*, 1999); “75,4% (dos pesquisados) são usuários ocasionais” (MATOS, 2000); “18,7% dos indivíduos no Brasil nunca tinham ido ao dentista” (FIBGE, 2000a).

Logo, colocado a esta maneira, os estudos sinalizam que os brasileiros acessam os serviços de SB de forma precária, e que de nenhuma forma pretende-se aqui contradizer o relatado: este não passa pelo objetivo da pesquisa de Tese. Contudo, vale utilizar da literatura nacional e internacional para contestar tamanha precariedade, ciente de que tais afirmações arbitrárias podem reverberar negativamente na percepção da política pública de SB nacional, seguido de uma não contemplação do que é defendido como acesso e assistência, e que no mesmo tempo aproveita para lançar como salvação os serviços de natureza privada, conforme observado por Esposti *et al.* (2016).

Segundo Roncalli (2000), não se sabe ao certo de onde surgiu a recomendação de visitas regulares ao dentista, e com o prazo estipulado a cada seis meses. De fato, a arbitrariedade do lapso temporal para os procedimentos de rotina e de prevenção na Odontologia, ganha forças além do necessário e acaba por atingir objetivos outros. Para o mesmo autor: “o fato é que ela (a visita semestral ao CD) se perpetua na prática odontológica que é reproduzida nas faculdades e também na mídia, onde comerciais de produtos de higiene bucal ressaltam a visita semestral ao dentista” (p. 115). De maneira a contrapor estas revelações, Kay (1999) concluíram que os pacientes seriam melhor beneficiados, inclusive sofrendo menos mutilações, se consultassem o dentista em intervalos de 13 a 120 meses.

Outro ponto importante tem a ver com a forma peculiar com que a SB e, em consequência, o hábito do cidadão de consultar este serviço está disseminado no imaginário das pessoas, e mesmo nos profissionais. Este pensamento coaduna com Roncalli (2000), quando ele afirma que “em qualquer outra área da saúde, ter quase 20% das pessoas que nunca precisaram dos seus serviços deveria ser uma boa notícia. Ou, pelo menos, ser uma má



notícia ao inverso, ou seja, constatar que 80% da população está procurando um determinado serviço de saúde significaria que ela estaria muito doente” (p. 114).

Desta forma, esta particularidade da SB encampa o sentido da integralidade que toda a política de saúde deve possuir, na qual ações e serviços de prevenção se fundem aos procedimentos estritamente curativos, e que permite englobar as diversas especialidades odontológicas incidindo nas diferentes etapas da vida da pessoa, que as procuram em um só serviço, e sendo executado em um único dispositivo de saúde, na grande parte das vezes por conduzidas por um único profissional de saúde: é o cidadão sendo atendido na UBS por uma Equipe de SB.

Em contrapartida, tal ideário, e que aqui não se contesta a sua essência, mas o seu poder de cobertura resulta no aumento de volume da demanda de acesso aos serviços desta seara, o que não repercute na mesma proporção os efeitos ideológicos na prática, revelando as carências assistenciais e as dificuldades de um acesso de qualidade e equitativo da SB.

Sobre algumas variáveis de acesso à SB, estas que ganharam notoriedade a partir da discussão conceitual e científica do conceito de determinantes sociais em saúde, oriundo da corrente da epidemiologia social da década de 1970, mas que ganhou novos contornos em 2005, alavancado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e alertado para a necessidade de chegar a uma decisão coletiva de combater as expressivas desigualdades em saúde (GARBOIS, SODRÉ e DALBELLO-ARAUJO, 2017).

A renda, logicamente, tem influência direta no acesso, considerando a característica ainda fortemente liberal da odontologia e ainda bastante onerosa ao orçamento do brasileiro (FREIRE *et al.*, 2021). Segundo o discurso de uma pessoa que não acessa os serviços de SB da UBS:

*[...] não dá pra você ter prioridade com a saúde bucal com um preço que é tratar um dente. Como um assalariado vai pagar o dente? Não tem condições. Eu vejo na televisão e vejo aquilo muito distante da realidade... você vai no dentista, como pode fazer um tratamento de um dente e pagar cinco mil reais. Porque é caro, o tratamento mais caro hoje é tratar da questão bucal [...] (U7, grifo nosso).*

Sobre o grifo acima, há que ressaltar que existem muitos outros tratamentos em saúde com o custo mais elevado que os da alçada da odontologia. Não que se desconsidere que o fator econômico seja um limitador do acesso à SB, sendo diversos os estudos que atentem quanto a isso (PAIXÃO, 1986; CRUZ *et al.*, 1997, HIRAMATSU *et al.*, 2007), e que acabam por justificar a mutilação dos dentes com medida mais imediata para o alívio da dor (SANTOS *et al.*, 1988).

Mas aqui, duas coisas merecem ser expostas. A primeira é que estes tratamentos mais onerosos, ainda que pareça contraditório, conseguem ser acessados pelas pessoas, quer seja por estarem no rol de procedimentos de competência do poder público, quer seja por processos de judicialização, em que o estado é obrigado a arcar com os devidos custos. Nestes caminhos, a SB não costuma percorrer, assim acentuando a desigualdade de acesso a estes serviços conforme a renda.

Com relação à idade, como já referido em Belardinelli (1987), a própria prática odontológica se encarrega de diminuir as necessidades de procura às expensas das extrações dentárias em massa.

De uma maneira geral, portanto, os trabalhos mostraram que mulheres jovens urbanas procuram mais os serviços públicos de SB quando comparados com homens, idosos (BELARDINELLI, 1987) e moradores da zona rural (CAVALCANTI, GASPAR e GOES, 2012). Assim, pode-se resumir as evidências sobre o acesso nas conclusões de Freire *et al.* (2021), em que o acesso pode ser tratado diante dos fatores locais, como a desigualdade; organizacionais, como a cobertura e o deslocamento até a UBS; e como fatores individuais, como sexo, idade e renda.

Sanches e Braga (2014) condensam os fatores que intercedem no acesso aos serviços de SB e, ao mesmo tempo concluem que uma melhoria deste requer mudanças no modelo assistencial, no perfil dos profissionais e na vontade política dos gestores, e que aqui se deve acrescentar a representação social que o cidadão possui sobre a SB e as suas vias de acesso. É sobre este último ponto que agora se aprofunda.

Ainda de uma maneira geral, o que chamou atenção nas entrevistas foram as diversas maneiras que a pessoa tem de tentar minorar os danos causados pela falta de acesso aos serviços de SB, sobretudo quando o cenário retrata o avançar do percurso da doença cárie dentária, em que o elemento dentário assume a posição de protagonismo na vida do sujeito, interferindo no seu cotidiano, dando destaque ao trabalho, e no seu comportamento.

Conforme se observou nos relatos, a falta de acesso decorre em muitas atitudes capazes de colocar até mesmo a vida da pessoa em risco, não sendo cientificamente comprovadas muitas das ações alternativas realizadas nos momentos de urgência: resumidos a um quadro agudo de dor. Além de não contribuir para a resolução do caso. Logo, *“pra acabar com a dor de dente a gente faz de tudo... me ensinaram a colocar alho machucado (amassado), uma vez coloquei em cima do dente que estava doendo... sei de gente que já colocou cachaça, outro que colocou creolina”* (U1); *“A gente colocava até sal no dente, fogo também, que já usei. E usei também uma época um “Passajá”* (U3).

Neste ponto de análise, as práticas culturais do relato, sem desmerecer a importância destas, podem estar atreladas ao não acesso dos serviços de SB municipal, e que aqui devem ser explorados os possíveis motivos.

As representações sociais do cuidado à SB, utilizando da teoria de Moscovici (1978), permitem apreender que em um meio social existem práticas culturais, e que em muitos casos se constituem como a única alternativa para atender às dores e sofrimentos, devendo tais questões ser compreendidas a partir de práticas histórico-culturais materialmente localizadas (SPINK, 2015). Ao mesmo tempo, numa situação de completo desespero, em que os problemas de SB resultam em mecanismos alternativos além dos da procura pelos serviços públicos de saúde, permite refletir sobre uma questão: onde se encontra este serviço?

Segundo Ferreira *et al.* (2006), as representações sociais do cuidado à SB salientam as consequências negativas da prática odontológica vigente e aponta para a necessidade de reestruturação dos serviços, levando em conta a percepção da população em relação ao cuidado à SB. Ainda segundo os mesmos, se a dor de origem dentária decorre em diferentes mecanismos de resolução, por muito extrapolando os limites técnico-científicos, a perda do dente traz deficiências para a vida cotidiana dos indivíduos, sendo a boca “*o cartão postal. Se a pessoa não tiver um bom sorriso ninguém vai querer nem ficar perto*” (U4). Foram importantes os seguintes registros:

*[...] levanta (a SB adequada) a auto estima das pessoas, tem muita gente que não sorri por vergonha, ... tem uma pessoa que eu conheço que já teve até depressão porque tava com dente estragado, ou assim até pra arrumar namorado mesmo é difícil [...](U2).*

*[...] os dentes faltando é ruim para comer.... pra comer tem que jogar a comida para o lado onde estão os dentes, ou então comer como papa [...](U5).*

Desta forma, em não havendo como recuperar as mais agravantes consequências da destruição dental, a mutilação de dentes torna opção única e que enseja o início de uma nova batalha, de caráter mais árduo no sentido de desigualdade de acesso e de uma política de exclusão nos diversos sentidos da reprodução social da saúde (SAMAJA, 2000). A possibilidade de reabilitação pela colocação de prótese dentária ainda se encontra distante e de restrito acesso aos mais vulneráveis economicamente (CORRÊA *et al.*, 2016) e que vai de encontro ao almejado pelas políticas públicas nacionais de SB, sendo preconizado nas diretrizes (BRASIL, 2004), como fator de ampliação e qualificação da Atenção Básica, a inclusão de procedimentos mais complexos, em que se deve:

*[...] considerar em cada local a possibilidade de inserir na atenção básica procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses*

dentárias elementares. Assim será possível avançar na superação do quadro atual, onde os procedimentos relativos às diferentes próteses dentárias estão inseridos nos serviços especializados e, portanto, não são acessíveis à maioria da população [...] (BRASIL, 2004, p. 12).

Sobre este fato, segue o relato de U3, em que: “*gostaria de colocar uma peça (prótese), mas não tenho condições, nem é tanto caro, mas sem trabalhar*” (U3). Trazendo este discurso para a organização da política municipal de Saúde Bucal de Campos dos Goytacazes/RJ, o que se observa é que, nos tempo atuais, “*podemos dizer que os profissionais que fizeram concurso pra prótese, fazem muito pouco prótese. Porque nós não temos, pelo Ministério da Saúde, os laboratórios de prótese... estão trabalhando pra isso, porque temos profissionais pra isso*” (G2).

No que tange ao incentivo de implantação dos Laboratórios de Prótese Dentária, importa sublinhar que a diretriz do “Brasil Sorridente”, não somente apoia esta iniciativa, mas também viabiliza, via Ministério da Saúde, suporte financeiro e técnico específico ao município que queira implantar este serviço, de modo a “Contribuir para a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, de modo a contemplar as diferentes regiões” e “capacitar Técnicos em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliares de Prótese Dentária (APD) da rede SUS, para a implantação desses serviços” (BRASIL, 2004, p. 12).

Ao tempo da divulgação dos estudos de Ferreira *et al.* (2006), ainda estava recente a portaria editada pelo Ministério da Saúde que criou os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), uma oportunidade de intervenção do governo de minorar os danos causados por uma histórica odontologia mutiladora. A Portaria GM/MS nº 1.572, de 29 de julho de 2004 (BRASIL, 2004b), atua como uma frente de atuação do Programa Brasil Sorridente, utilizando de unidades próprias – de natureza pública, ou mesmo terceirizadas credenciadas para a confecção de próteses dentárias. Tais procedimentos foram incluídos na Atenção Básica, ganhando a conotação de que deve ser um esforço a todos os municípios do país, dado a urgente necessidade da realização destes procedimentos, apesar de na prática não ser levado em consideração tamanha magnitude, o que ainda deixa à margem do acesso a tais políticas grande parte da população. Para Tavares *et al.* (2020), a PNSB, desde a sua implantação, traz resultados impactantes, contudo, ajustes relacionados à integralidade, a ajustes financeiros, à educação em saúde e à desigualdade do acesso são necessários.

Ao tecer algumas projeções para o futuro da Saúde Bucal no Brasil, Narvai e Frazão (2008) destacam que a imagem do CD como um realizador de extrações sistemáticas de dentes não parece findar nas próximas décadas, sobretudo quando se atua nas populações mais vulneráveis e que dependem, sobremaneira, da atuação do serviço público. Em outra via,

ressaltam o futuro nebuloso de algumas especialidades, diante do advento das pesquisas de células tronco, e que na prática vislumbra “a fabricação de dentes”. Seguindo as projeções destes autores, a Odontologia parece cada vez mais polarizada e incapaz de dissolver as desigualdades daqueles que dela necessitam, ficando os mesmos lançados à sorte de participar do processo de “fabricação de dentes”, utilizando da expressão literal do termo; ou recorrendo aos processos de mutilação e sem a expectativa de reabilitação.

Utilizando das dimensões de acesso de Sanches e Ciconelli (2012), aqui já considerando o descarte da quarta dimensão: “capacidade de pagamento” – esta removida desde sempre das análises na pesquisa por descontextualizar as políticas de natureza pública, cabe por ora uma exploração das demais, correlacionando à fala da pessoa U1. O mecanismo de redução do sofrimento das repercussões da doença dos dentes, aqui em específico a manifestação da dor, tendo em vista desconsiderar as demais ferramentas do processo saúde-doença no contexto da APS, atenta para a atitude não resolutiva, porém desesperada, do problema, expresso na prática como último recurso para o enfretamento da situação.

O primeiro é o aprofundamento da dimensão “disponibilidade” (SANCHES e CINCONELLI, 2012), no qual não se precisou o tempo em que tais atitudes foram tomadas, apesar da tentativa do autor-pesquisador de levantar tal dado, o que não foi respondido a contento pelo entrevistado. Importa ao caso saber se a UBS encontrava em funcionamento em horário condizente e ao mesmo tempo compatível com a realidade do território, oportunizando o acesso não conflitante com o tempo em que as pessoas estão no trabalho, por exemplo, uma vez que não sendo desta forma “*eu demoro a ir ao dentista porque não posso faltar o trabalho... então eu preciso conversar com o meu patrão pra pagar a hora a ele, só que eu não posso fazer isso sempre*” (U3). Sobre este ponto, no terceiro capítulo, ficou constatado que, apesar de nos registros oficiais as UBS estarem cadastradas a funcionarem no dia de sábado (BRASIL, CNES, 2022), o que poderia minimizar a falta de acesso sob esta visão, não é uma realidade em nenhuma das UBS’s pesquisadas.

Também interessa destacar, o que vale para outras situações ainda a serem expostas, se o acesso está comprometido devido a falhas na dimensão “informação” (SANCHES e CICONELLI, 2012), o que poderia justificar as tomadas de medidas conforme o relato da pessoa U1. Aqui, esta dimensão se debruça, sobretudo, na vertente da existência do serviço de SB na UBS do território da pessoa, mas que pode também se apropriar da informação sobre o risco em que a vida da pessoa é colocada diante da realização de tais atos, e que no caso este risco fora superado, de certa forma, pela impossibilidade de acesso aos serviços públicos de SB municipal.

Sobre esta dimensão, abarcando as duas frentes de análise, vale destacar a continuação do relato da entrevistada, enquadrada como aquela que usa dos serviços de SB da UBS de seu território, e que entra em contradição quando a mesma expõe as condições de acesso a tais serviços, mas que ao tempo, mesmo sem intenção, justifica a realização de medidas extremas para o alívio de dor de dente. Segundo ela: “*A rotina daqui é muito ruim, para quem é preguiçoso. Tem que vir 3 horas, 4 horas... tem ficha que é pros favorecidos políticos*” (U1).

A contradição relatada no parágrafo anterior se encontra na denotação do termo “ruim” e na conotação do termo “preguiçoso”, pois segundo a Política Nacional de Saúde Bucal, suas diretrizes “constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado” (BRASIL, 2004, p. 02). Sobre o conceito de Cuidado, trabalhado no capítulo segundo, utiliza-se de uma vertente prática (AYRES, 2004), e também se apropria das diretrizes da política do Brasil Sorridente, sendo que:

[...] A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário [...] (BRASIL, 2004, p. 03).

Aliando os dados da pesquisa de campo, ainda em evidência a última fala da “U1”, com a discussão teórica realizada em capítulos anteriores, e diante das evidências trazidas na etapa anterior deste capítulo com a exploração dos achados dos profissionais de SB, tal triangulação chama a atenção do tratamento da dimensão “aceitabilidade” da pessoa em acessar, ou tentar, este serviço. Esta última dimensão do acesso segundo Sanches e Ciconelli (2012), aplicada no contexto da pessoa entrevistada, em muito destoa de uma política que deveria ser universal, integral e equitativa (BRASIL, 1990), uma vez que retrata a existência de “*favorecidos políticos*” (U1).

Sobre a intervenção política, no sentido da politicagem, nas ações e serviços da SB municipal, tal evidência só vem a ratificar o já trabalhado na etapa anterior, na observância de forças “extras” que desvirtuam o verdadeiro sentido da política social. Neste jogo de disputa (BOURDIEU, 2011), a teoria dispostas nas normativas nacionais (BRASIL, 2004) se distancia das práticas em saúde (ELLERY, BOSI e LOIOLA, 2013), e acaba por colocar a pessoa no posicionamento mais baixo de uma hierarquia de gestão, de percepção e de utilização dos serviços, o que não deveria existir.

Segundo Paula *et al.* (2009), o verdadeiro valor do “Brasil Sorridente” não tem sido incorporado à prática cotidiana dos indivíduos das classes populares, e estes não a percebem como direito adquirido, recorrendo nos casos em que “*eu estava sem condições de fazer o tratamento particular, aí eu procurei aqui (a UBS)*” (U6), ou justificado no fato de que “*eu tenho dentes fracos, então eu não tenho como ficar pagando, eu vou ver se pelo menos trato esses dentes aqui no posto*” (U5).

Quando questionados sobre o grau de satisfação dos serviços de SB disponibilizados, de uma forma geral, ocorreram discordâncias quando abordadas as pessoas que usam dos serviços nas UBS’s localizadas na região central do município e as pessoas que usam dos serviços nos territórios mais afastados

Na primeira, o discurso assume um posicionamento mais positivo em relação à operacionalização da política social pesquisada, inclusive na demonstração de informações a respeito das correlações da saúde bucal com a saúde geral, e que se observa sob o aspecto da integralidade destas interações segundo os preceitos do SUS (BRASIL, 1990). Assim:

*[...] eu acho que é tudo de bom, neh... é bom para a saúde da gente. Tem que ter cuidado com os dentes, tem que caprichar na escovação, eu acho que tem que ter cuidado, igual eu mesmo, hipertensa, que tenho problema de coração, eu tenho que fazer o tratamento mais rápido possível [...](U3).*

Já em relação aos entrevistados que utilizam dos serviços e que residem em regiões mais afastadas do Centro do município, ficou registrada uma carência, a princípio de caráter informacional, mas que depois também se agrega a esta a ausência de acesso aos serviços de SB, percorrendo o sombrio caminho das mutilações dentárias. Desta forma, “*primeiro depende da gente... eu aprendi a escovar meus dentes a pouco tempo... então de lá pra cá eu estou seguindo, mas já tinha estragado dente neh... então, depende da gente obedecer, porque é ensinado pra gente*” (U6).

Outro ponto importante na comparação destes dois relatos anteriormente expostos trata da verificação dos diferentes graus de empoderamento da pessoa em relação a sua saúde. No primeiro caso, o conhecimento dos riscos de não visitar regularmente o serviço de SB, gera uma responsabilidade desta em que “*eu tenho que fazer o tratamento mais rápido possível*” (U3). Já no segundo relato, o poder é dado à pessoa, pois “*depende da gente*”, mas o mesmo se perde na sequência, ao assumir um posicionamento passivo nesta relação, já que “*depende da gente obedecer*” o que é ensinado.

Também vale lembrar que este ensinamento ocorre em tempos tardios, pois “*eu aprendi a escovar meus dentes a pouco tempo... então de lá pra cá eu estou seguindo, mas já tinha estragado dente*” (U6, mais de 40 anos de idade), o que retrata uma falha do sistema

público no processo de educação em saúde, e que repercute, quando associado a um acesso não efetivo em regular os cuidados em SB, ao tempo em que revela as desigualdades, nas dimensões “de quê”, “entre quem”, “quando” e “onde” trabalhadas por Costa (2019), sendo incapaz de mitigar a exclusão de grupos e que venham a sofrer os processos de estigmatização e/ou de discriminação (BRASIL, 2017b), no caso do não oferecimento adequado, dentro do proposto nas políticas e que se expressa na prática dos serviços.

Sobre a questão da culpabilização da pessoa, mesmo quando o poder público é o grande protagonista da falha, remete ao que Bourdieu (2011) diz sobre o campo de disputas, cabendo ao sujeito, que deveria ser conscientizado a respeito da consciência sanitária do processo saúde-doença e ter o seu direito de cidadania exercido e manifestado na participação social em busca de aprimorar a política em questão, o posicionamento passivo e de único responsável da precária condição bucal, uma vez que *“estragou todos os dentes e o culpado sou eu, vou ter que colocar uma perereca na boca... não é culpa da dentista é minha culpa mesmo”* (U8).

Entretanto, o posicionamento contraditório na fala do mesmo entrevistado permite revelar que o mesmo não se encontra solitário ao quadro de sua condição bucal, uma vez que, segundo as diretrizes do Brasil Sorridente (BRASIL, 2004):

[...] A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário [...] (BRASIL, 2004, p. 03, grifo nosso).

A contradição defendida no parágrafo anterior remete ao discurso seguinte, no qual se observa um processo de trabalho da política de SB municipal, neste caso relatado por uma pessoa que acessa os serviços de uma UBS do tipo 3, não resolutivo, que não promove o adequado acesso. Nas palavras do entrevistado, que *“não funciona”* (U8):

[...] *O dentista atende poucas pessoas por dia... então quando você consegue atendimento, vai lá um dia na semana e põe a tal massinha, vai embora pra casa, volta na semana que vem, a massinha caiu e tem que limpar de novo coma massinha porque senão vai inflamar se fechar. Então, quando você vai conseguir fechar totalmente o dente já perdeu a metade. Não funciona, porque quando você vai num dentista particular, você vai lá e faz dois, três dentes de uma vez em uma hora, e porque no posto não funciona? [...]* (U8).

Tais retratações colocam em evidência o estudo de Rodrigues, Leite e De Paula (2004), concluindo que o envolvimento do Cirurgião-dentista de forma regular e precoce,



resulta do exercício do seu papel de informador e educador em Saúde Bucal, sendo fundamental para estimular o autocuidado no paciente, independente de seu nível socioeconômico.

Aqui também deve se atentar para o fato de que o corpo não somente se revela como componente orgânico, mas enquanto fato social, psicológico, cultural e religioso, este sendo um meio de comunicação e que na sua subjetividade representa a sua cultura, desejos, afetos, emoções, enfim, o seu mundo simbólico (BARBOSA, MATOS e COSTA, 2011). Segundo Boltanski (1984), os membros das classes populares não prestam voluntariamente atenção ao seu corpo, pois o usam principalmente como instrumento, subordinando-o às funções sociais. Sendo assim, a doença, no caso em específico as doenças da boca manifestará brutalmente, porque estas pessoas não se aperceberam dos sinais precursores ou porque se recusaram a percebê-los. São os discursos neste sentido: *“nunca vim ao dentista”* (U9), *“porque eu nunca fiz regularmente o tratamento... puro descuido”* (U7), e *“acordo de manhã e no almoço não escovo os dentes, só escovo os dentes a noite”* (U6).

Ao fim deste processo investigativo e analítico com os habitantes dos territórios pesquisados, e na busca de explicações teóricas a respeito da falta de representatividade destes cidadãos frente aos problemas de saúde e às possíveis ações coletivas voltadas para a melhoria dos serviços em destaque, é preciso enxergar, ainda que de maneira embaraçosa e não regulamentada, esta população com um grupo de indivíduos com interesses comuns. Que no caso em específico da pesquisa será traduzido a partir da insatisfação deste coletivo com as políticas públicas locais de SB, diante de alguns relatos aqui trazidos, ou mesmo da não procura deste pelos serviços de natureza pública.

Assim, a obra de Olson (2015) ganha notoriedade, ao demonstrar os possíveis desafios para uma efetiva atuação coletiva capaz de gerar benefícios públicos, e que serão trazidos para o debate conforme a apresentação e a discussão dos dados obtidos a partir das análises das entrevistas. Segundo este autor, espera-se que “os grupos de indivíduos com interesses comuns ajam por interesses tanto quanto se espera que os indivíduos isoladamente ajam por seus interesses pessoais” (p. 13), lógica esta quebrada por ele ao retratar que tamanha correlação harmônica entre os interesses, individual e coletivo, é possível de ocorrer em grupos de reduzido número de indivíduos, ou em havendo coerção ou outro dispositivo que desperte interesse próprio além do originário e motivador da tomada de determinado processo.

Assim, parte-se do ponto que tais grupos não são reduzidos em quantidade, por compreender que todos os habitantes do território estão enquadrados, ainda que subjetivamente, como formadores de um coletivo e por não haver uma métrica determinada

para a definição desta questão. O que cabe ao ponto investigativo na tentativa de compreender o motivo dos interesses coletivos não serem perseguidos por estas pessoas, afasta da perspectiva dimensional e aproxima da verificação de outros dispositivos que possam interferir, uma vez que não se notou mecanismos de coerção envolvidos.

Alguns estudos locais, de reflexões sobre as políticas de saúde do município de Campos dos Goytacazes/RJ, embasam e dão coró ao disposto acima na posição de hipótese, sintetizado como uma limitação no desenvolvimento das políticas municipais de saúde. Medeiros (2018) retrata que as preocupações para promover uma política social verdadeiramente indutora de cidadania e redutora das iniquidades em saúde no município de Campos dos Goytacazes, dependem da:

[...] vontade política dos agentes públicos que comandam o executivo e o legislativo municipais, (bem como) uma atuação dedicada do corpo operacional técnico do departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, além do protagonismo dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família em funcionamento [...] (MEDEIROS, 2017, p. 119).

Medeiros (2017) constatou que a fragilidade da APS em Campos/RJ tem estimulado a Judicialização da Saúde, na medida em que 30,87% dos processos que circularam na Vara de Fazenda Pública – jurisdição na qual tramitam processos desta natureza e contra o município, correspondem ao assunto saúde. Dentre estes, 29,67% corresponderam à Internação, sendo que 45,65% destas são consideradas evitáveis no cenário de uma Atenção Primária eficiente.

Segundo Oliveira e Saliba (2005), ao jogar luz na política de SB, há uma resistência dos gestores municipais em seguir os preceitos normativos, fato perseguido e confirmado no ato investigativo desta pesquisa. Da maneira como se encontra o Brasil Sorridente de Campos dos Goytacazes/RJ, o planejamento das ações coletivas não parece levar em consideração a eficácia da intervenção, comprovada cientificamente e disponível na literatura, mas, sobretudo infringe nas percepções que os grupos populacionais têm da realidade, contrapondo o defendido por muitos (NARVAI e FRAZÃO, 2008; PAULA *et al.*, 2009; EMMERICH e CASTIEL, 2009; SILVA e MOURA, 2016; WERNECK, 2022).

Aglutinando as contribuições de Olson (2015), em que parece ratificar a ineficiência das ações coletivas das pessoas pesquisadas em busca de melhorias da SB municipal, aos estudos locais apresentados anteriormente, a política social em destaque assume uma postura não favorável aos princípios do Brasil Sorridente, gerando neste público uma representação social de uma política em que o mesmo assume o posicionamento de passividade na luta por melhoras e em busca dos direitos normativos estabelecidos. No caso, um desprezo pela

política, que fora também relatado pelos profissionais, ganha ares no público aqui trabalhado em forma da não aceitabilidade, o que prejudica o acesso ao serviço, e que pode ser revelado pelas falas de que “*faz tempo que não vou ao dentista*” (U6), pois “*não tenho tempo*” (U7) e “*tenho preguiça de ir na Unidade*” (U8).

O que se nota na prática da pesquisa destoa do poético e romanticamente expresso nos documentos oficiais, uma vez que o acesso aos serviços desta natureza parece contar com argumentos outros além da real necessidade e da vulnerabilidade dos territórios. Atenta para uma necessária e efetiva atuação em prol da “alfabetização em saúde” das pessoas, constituídas de informações valiosas para a melhoria da qualidade de vida a curto, médio e longo prazo, em especial focada para as localidades mais vulneráveis, nos territórios mais distantes.

## **CAPÍTULO 05 - PROPOSTAS, CONSIDERAÇÕES E CAMINHOS PARA O BRASIL SORRIDENTE EM CAMPOS DOS GOYTACAZES**

O que se fez ao longo dos capítulos anteriores pode ser resumido na tentativa de analisar e de avaliar determinado programa de saúde municipal, utilizando como caminho o método de estudo de caso comparado (BARTLETTI e VAVRUSII, 2017). Aqui, a avaliação pode ser compreendida, diante das suas inúmeras facetas, como o processo de analisar criticamente algo, e que possui como técnica investigativa a sistematização de perguntas (MINAYO, 2013), mesmo que implícitas, sobre o mérito e a relevância da política social em destaque: a política de Saúde Bucal do município de Campos dos Goytacazes/RJ.

O sentido deste processo analítico, e que é tomado de um objeto avaliativo na sua essência, não pode se distanciar da possibilidade de desenvolver, a partir dos resultados da pesquisa, propostas que permitam subsidiar a correção de rumos e/ou a reorientação de estratégias de ação que visem fortalecer tal política social, em prol da cidadania e dos direitos humanos. Segundo Minayo (2013):

[...] Nessa concepção a avaliação é muito menos classificatória e muito mais promocional. Serve para consolidar entendimentos e parcerias, apoiar mudanças sucessivas, corrigir rumos, ampliar o comprometimento dos diferentes atores e promover o aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, instituições e sistemas [...] (MINAYO, 2013, p. 186).

Uma questão primordial antecede a avaliação das condutas da política de SB desenvolvidas no município estudado. Para que se apegue e que se utilize de quesitos valorativos a serem aplicados no âmbito local, cabe compreender como foi pensado, desenvolvido e consolidado a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente, ainda que tais argumentos carreguem toda a sua amplitude e represente os anseios dos campos ideológico e executivo da política social nacional em voga. Nesta monta, a primeira dificuldade para o sucesso desta política no âmbito local consiste em transformar as ideologias e os princípios dispostos nas diretrizes nacionais para o cenário municipal, e deste para as particularidades territoriais.

Na compreensão de como se chegou às diretrizes do Brasil Sorridente, três pontos são primordiais, a considerar: (01) o percurso histórico, (02) os atores envolvidos na formulação da política social e (03) o momento em que a mesma foi colocada em vigência, o que implica nos anseios políticos, valorado de um denso capital político, em reverter o quadro de desassistência na saúde bucal dos brasileiros, revelado pelas mutilações dentárias e traduzido na exclusão social.

O primeiro ponto considerado na elaboração da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, é que se trata de um anseio distante do tempo em que o mesmo foi oficialmente instituído, em 2004 (BRASIL, 2004). Segundo Narvai (2001), a política social partiu de movimentos desencadeados desde as décadas de 1970, seguindo os passos defendidos na Reforma Sanitária Brasileira (RSB), mas que já revela um atraso de décadas para a sua oficialização no âmbito nacional.

Outra questão é quanto à formulação do Brasil Sorridente, sendo considerado por muitos um programa amplo na proposição de suas diretrizes, e que retira a atenção odontológica do limitado campo de atuação – a boca. Esta interdisciplinaridade exige correspondência de diversos setores, o que não somente reduz as hierarquias dos que executam as ações e os serviços, mas também exige um maior comprometimento de outras esferas além das políticas específicas da saúde: ganhando ares da intersectorialidade e na compreensão inicial da compreensão do processo saúde-doença a partir dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

De maneira a embasar a política de SB municipal, dando na sequência parâmetros analíticos a esta, utiliza-se, portanto, do levantamento bibliográfico realizado no segundo capítulo, apoderando-se da técnica do “estado da arte” em que pretende-se mapear a produção acadêmica sobre o tema em investigação (TERRIEN e NÓBREGA-TERRIEN, 2004).

Diante das análises, percebeu-se uma preocupante ação mutiladora atribuída aos serviços de SB no Brasil, e que não deveriam persistir na contemporaneidade, pelo fato de tais políticas públicas se encontrarem bem delineadas, no aspecto normativo, quanto aos seus objetivos. Pesam negativamente na condução desta política: as desigualdades regionais existentes no país; a fragmentação do processo de trabalho e o descaso com as questões psicossociais intrínsecas e envolventes do processo saúde-doença; e a necessidade de reestruturação da formação profissional do CD, ao que indica o principal ponto.

Contudo, o levantamento bibliográfico realizado apontou avanços nas políticas públicas de SB nos últimos anos, especialmente após a estruturação do “Brasil Sorridente”, mas que necessitam de atuações conjuntas dos agentes envolvidos, ressaltando a ativa participação dos usuários, seja no movimento de informação quanto aos seus direitos, seja no dever de colaborar no planejamento e na execução das medidas em saúde locais.

Para tanto, contribuições de Rossi (2018) permite traçar o panorama de como foi pensado, de como foi arquitetado e de como está sendo aplicado o publicado nas diretrizes nacionais a respeito da SB no Brasil, e que vem a servir como um guia de espelhamento do

que se preconiza segundo a esfera nacional e o que de fato se entrega como fruto da PNSB no âmbito do município de Campos dos Goytacazes.

No que concerne ao rumo das políticas nacionais, chama a atenção a falta de movimentos populares com demandas por serviços odontológicos, independente do seu grau de complexidade, ficando tal fato caracterizado nas análises das entrevistas. Assim, a definição do arcabouço teórico da política social em voga, bem como a sua execução nos diferentes cenários do país afora, contam, sobremaneira, com a construção e a legitimação dos problemas de SB por meio de uma operação que envolve forças entre os agentes diversos, mas que não dos que diretamente se beneficiam da política em questão. E isso também foi registrado na política municipal.

Rossi (2018) ressalta ainda a importância de compreender tais agentes, sob a luz da análise do espaço em que a política foi formulada, bem como a trajetória social e a composição do capital social dos envolvidos. Se, observado fissuras e contradições dos interesses a cada colaborador da construção da política, mais óbvio ficaria a compreensão destas políticas se adequarem de maneira harmônica aos diferentes povos do Brasil (ROSSI, 2018). Algo não tão evidente na prática das políticas nacionais de saúde.

Sobre a atuação do CD demasiadamente em quadros clínicos de urgência e de emergência, em que a dor parece ser o sintoma de destaque e de que a extração parece ser o único caminho, há que ressaltar, como consequência, a representação adquirida diante dos fatos e que não parece ser o cenário ideal de políticas que expressam normativas de caráter promotor de saúde, preventivos de doenças e de enfrentamento imediato e precoce aos danos das doenças bucais. Tais apontamentos, verificado na pesquisa de campo, coadunam com o relatado por Ferreira *et al.* (2006), e que interfere negativamente nas representações sociais do cuidado em SB, uma vez que não resta imagem outra para a sociedade deste profissional como o que atua em casos de sofrimento e que tem como resultado mutilações permanentes no sorriso de quem o procura.

Quanto às políticas públicas no país, ainda parece imperioso superar a tradição liberal-privatista que por vezes orienta a organização, o planejamento e a execução destas medidas e ações pelo estado. A defesa de uma política como uma dimensão dos direitos humanos e que clama por um “alargamento de seu imprescindível controle público” (NARVAI e FRAZÃO, 2008, p. 132) vai ao encontro do que Rossi (2018) registra como preocupação em separar o “pólo público” do “pólo liberal”, dado os existentes interesses conflitivos que impossibilitam avanços efetivos na SB pública.

Para tanto, emerge a necessidade de gerar mais conhecimento, aqui compreendido e estendido nas suas múltiplas dimensões, sejam nas atividades clínico-cirúrgicas, no desenvolvimento da epidemiologia, na elaboração de materiais odontológicos de maior efetividade e de custos mais reduzidos, e, sobretudo, no conhecimento da SB das populações (NARVAI e FRAZÃO, 2008). Conhecimento este que extrapola o campo de quem elabora as políticas, mas também de quem as executam nos dispositivos de saúde espalhados pelos territórios, e que torna envolvente, contudo, aquele que recebe os serviços e as ações de promoção, de prevenção e de tratamento dos agravos bucais: a pessoa.

Outro apontamento relevante a esta etapa introdutória de capítulo refere à essência da avaliação e os seus desdobramentos a partir de tal feito. Ao jogar luz no significado e nas representações sociais dos envolvidos na política de SB municipal, aprimora-se, nesta pesquisa, os dados qualitativos em detrimento de números. Segundo Minayo e Sanches (1993), as pesquisas qualitativas e quantitativas não são contraditórias, mas revelam a importância e a necessidade para a Saúde Pública diante das naturezas distintas e complementares.

Este último capítulo devolve a personalidade do autor, uma vez que comunga, de uma maneira geral, com o levantamento de propostas na intenção de compilar o arcabouço teórico com os achados no trabalho de campo realizado, e resultando no levantamento de possibilidades de mudanças sobre a política social em análise. Intenta também acentuar as problemáticas encontradas nos diversos processos da pesquisa, seguidas dos meios de melhor condução e de resolução dos problemas revelados – estes embasados na cientificidade, e sem desviar das diretrizes nacionais propostas.

O que se pretende, no primeiro momento, é correlacionar o apresentado sobre as questões históricas da política no âmbito nacional com o evidenciado no cenário local da Saúde Bucal, enquanto política social do município de Campos dos Goytacazes/RJ, trabalhado nos capítulos anteriores. Certamente, dissonâncias e apontamentos comuns aos dois territórios expostos – o nacional e o local, permitem analisar e avaliar os desafios e os pontos positivos do programa desenvolvido no município em destaque.

Por fim, a segunda etapa demonstra alguns apontamentos do autor-pesquisador diante dos resultados da pesquisa. Propostas e colaborações de experiências exitosas relatadas na literatura em outras localidades, possibilitam a um só tempo, e associado à empiria, retratar a realidade pesquisada, analisá-la diante dos relatos da literatura e traçar possibilidades de melhoria da política em questão. Assim, a avaliação que segue a partir da análise corrobora na

correção de rumos, e que requer o comprometimento “dos indivíduos, grupos, instituições e sistemas” (MINAYO, 2013, p. 186).

Ao tempo em que se propõe mudanças, esta parte permite a construção de um diálogo com quem de fato promove a SB local, ao possibilitar uma participação efetiva dos gestores, dos profissionais de saúde e, sobretudo, dos usuários do sistema público de saúde – as pessoas, em busca de uma melhor eficiência na utilização da ciência, dos recursos financeiros, humanos e estruturais, e que promova melhoria na qualidade de vida dos cidadãos, assim completando o desejo final de uma política social.

### **5.1 A SB DE CAMPOS DOS GOYTACAZES SOB A LUZ DO BRASIL SORRIDENTE**

Após a apresentação do cenário em que as políticas de SB no âmbito nacional foram geradas e como as mesmas permanecem sendo conduzidas, o que foi apresentado no segundo capítulo e complementado na etapa introdutória do atual capítulo, o estudo avança na realização da correlação destes dados com as evidências obtidas na pesquisa realizada no âmbito municipal.

Utiliza-se da prerrogativa de ser um estudo qualitativo e assim extrai profundos significados de uma parte – as UBS selecionadas e as respectivas pessoas nelas adscritas, o que possibilita fomentar a análise, a discussão e a avaliação de um todo: a política de SB do município de Campos dos Goytacazes/RJ. Desta forma, a compreensão das crenças, atitudes, valores e motivações em contextos sociais específicos (GASKELL, 2013), permitem trabalhar a saúde na perspectiva de um fenômeno social, como de fato se comporta, ressaltando os olhares dos sujeitos e suas representações para avaliar e questionar o sistema, os serviços e a sua prática (MINAYO, 1994), sem se preocupar com representatividade numérica.

Do conteúdo abordado no cenário nacional, três pontos merecem ser confrontado com a realidade local. Não que os demais sejam desprovidos de importância, mas que a transposição para o cenário municipal torna-se dificultoso e inatingível diante da dependência de argumentos outros e de estratégias além das colocadas em ação no percurso metodológico desta pesquisa de Tese.

O primeiro acentua as deficiências na atuação interdisciplinar, limitando o campo de atuação desta política à boca. Aqui foi colocado o termo “deficiências”, no plural, para ressaltar que não se restringe ao profissional que atua na UBS e que diretamente está envolvido na execução das ações e dos serviços. Também compete aos gestores públicos municipais, na medida em que estes devem utilizar de suas interlocuções políticas para construir estratégias de ação mais abrangentes e que repercutam em resultados mais efetivos



do que o limitado ao espaço do consultório: sobrecarregado de procedimentos individuais, altamente técnicos e que interferem, na maioria, nas etapas da evolução da doença e não na promoção da saúde e na prevenção primária.

Portanto, sobre este momento, em que a interdisciplinaridade é trazida ao debate e confrontada ao evidenciado no trabalho de campo, há que analisar a mesma a partir de dois aspectos: (01) sob a ótica dos agentes locais que planejam as políticas sociais em questão: os “profissionais gestores”; e (02) diante dos que executam as ações em SB no nível da APS: os “profissionais da ponta”.

O que se notou na análise do primeiro aspecto, e tendo a empiria como aliada na conjuntura dos fatos, foi uma deficiência destes agentes em relação a propor atuações intersetoriais capazes de beneficiar os cidadãos de uma maneira integral, compreendido os diferentes sentidos da “integralidade na prática” (MATTOS, 2004), e que aqui extrapola o campo da Odontologia e que permite expandir além do setor saúde.

Na prática, os departamentos em saúde, ainda que situados num mesmo espaço físico e pertencentes a uma mesma gestão, parecem não “conversarem” para a resolução de medidas capazes de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos de Campos dos Goytacazes. O mesmo foi observado em relação ao setor da saúde com os seus relacionamentos e na realização de parcerias em outras secretarias municipais, por exemplo.

Sobre os profissionais responsáveis por executarem os serviços de SB – o CD atuante na UBS, a interdisciplinaridade no processo de trabalho parece não ser atingida de maneira favorável, creditado por deficiências deste em atuar como componente de uma equipe de saúde, e que por vezes prefere ficar confinado ao seu “ambiente de trabalho” – “o consultório odontológico”, a se lançar para o planejamento e a execução de ações coletivas, estas mais ousadas, demasiadamente trabalhosas e que repercute o seu efeito em médio e longo prazo.

O que se notou foi uma carência da inserção destes profissionais nos espaços coletivos de saúde: o promotor de saúde e o preventivo das doenças; e que os mesmos estejam comprometidos e cientes de que não se realiza saúde de maneira fragmentada. Este distanciamento do profissional de SB com o restante da equipe de saúde que atua na UBS encontra-se consolidado, também, na perspectiva das representações sociais da pessoa que acessa por estes serviços, conforme evidenciado na pesquisa de campo.

Um dos motivos da precariedade na atuação interdisciplinar do CD, e que apareceram na revisão da literatura mas que não será aqui abordado na profundidade, passa por questões relacionadas ao processo de formação deste profissional. A análise aqui fica prejudicada, o que justifica o não aprofundamento da mesma devido às variações existentes em que o

presente trabalho não pretendeu contemplar: modelo da grade curricular, realização de cursos de formação após a graduação, tempo de formação, dentre outros apontamentos individuais a cada profissional, mas que capazes de aferir tal relação.

O que se pode concluir deste item, ainda que de maneira geral e sem aprofundar na realidade do município de Campos dos Goytacazes, é que existe a necessidade de reestruturar a formação profissional do CD, devendo este ser preparado, de fato, para atuar na rede pública de serviços no país, uma vez que este é o principal receptor desta mão-de-obra (GARRAFA, 1983; CASCAES, DOTTO e BOMFIM, 2018).

O segundo ponto trabalhado no cenário nacional e que é trazido à esfera municipal trata da dificuldade em planejar e executar políticas públicas segundo a realidade dos territórios, devido às desigualdades existentes no país e que também foram evidenciadas no município estudado.

Apesar do cenário normativo vigente desde 2004 (BRASIL, 2004), as mudanças ainda estão incipientes no trabalho em SB do município estudado, prevalecendo a hegemonia do modelo biomédico, assim não cumprindo, as diretrizes nacionais da política, o seu papel de “reorganização da atenção à saúde bucal” (p. 03). Pelo menos foi o observado na pesquisa: sobre o que se conclui na SB de Campos dos Goytacazes/RJ diante das evidências registradas.

Os profissionais tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante, estes que poderão atuar “na ponta” ou “na gestão”, assumindo um capital político peculiar, mas que não modifica com propriedade a representação que possui da política social em foco.

Serão necessários esforços continuados no campo da gestão do trabalho, da formação e da educação permanente, na tentativa de tornar a SB municipal uma política pública e social, utilizando dos princípios do SUS para a qualificação do acesso. Dentre as possibilidades, está a ampliação do engajamento dos gestores e dos profissionais num processo de compreensão da dinâmica do trabalho e da formação na perspectiva de construir mudanças significativas para as realidades locais (SCHERER e SCHERER, 2015).

Ao que tudo indica, o que se passa a respeito deste atraso no cumprimento dos princípios normativos na SB, quer seja no cenário nacional quer seja na realidade local pesquisada, também ocorre de forma generalizada nas políticas de saúde. Segundo Silva (2010), mesmo com a universalização da APS a partir da década de 1990, não se alcançou o patamar desejável de universalização, tendo como consequência o aumento da desigualdade no acesso às políticas de saúde e que refletiu, como resposta do mercado frente a não abrangência da política, na expansão de planos de saúde.

Sob a ótica de que o princípio da universalidade tem contribuído para o incremento do acesso aos serviços de saúde, mas que não tem criado condições para o estabelecimento da equidade, Marsiglia, Silveira e Junior (2005) atentam para estratégias de reformulação e adaptação de programas e ações em saúde, abrindo o debate para os seguintes questionamentos, que não serão aqui respondidos, apenas possuindo um caráter provocativo e reflexivo.

[...] políticas universalistas e políticas focalistas em sociedades com alto nível de desigualdade são compatíveis entre si, ou complementares para a garantia da equidade? Políticas de discriminação positiva são estigmatizadoras em nossa realidade? É possível reforçar a posição de um Estado mínimo, ou de um Estado, que busca desenvolver políticas compensatórias, diante das grandes diferenças de acesso a direitos entre os vários segmentos da população?"[...] (MARSIGLIA, SILVEIRA e JUNIOR, 2005, p. 70).

No âmbito das políticas públicas de SB, diante da impossibilidade de implantar o atendimento com amplitude efetivamente universal, Antunes e Narvai (2010) atentam para o estabelecimento de prioridades no direcionamento de recursos, tratando o mesmo na consideração da sua finitude. Segundo os autores, intervenções de saúde pública introduzidas sem planejamento estratégico para permitir a universalização dos benefícios ou para direcionar recursos adicionais aos grupos com maiores necessidades, acabam exercendo o efeito indesejável de ampliar as desigualdades em saúde, pois é sabido que os grupos com melhor condição socioeconômica absorverem antes e com maior intensidade as vantagens de políticas públicas benéficas. Um pouco desta desigualdade foi observado na diferença do público que acessa a SB municipal nas diferentes realidades analisadas, o que também ficou notório em relação à organização e ao processo de trabalho evidenciado.

Aqui se defende, na perspectiva da inefetividade da universalização das políticas de SB, a adoção de estratégias focais, direcionando o benefício preferencialmente para as áreas de maior carência, que passa a ser as do tipo 3.

Ao analisar os efeitos da desigualdade de renda na SB e as tendências em desigualdades socioeconômicas no acesso desta política, Celeste (2009) constatou que “os ricos beneficiam-se mais de políticas públicas municipais do que os pobres” (p. 135), enquanto que Moreira, Nations e Alves (2007) relataram que as desigualdades sociais se manifestam diretamente na percepção dos problemas odontológicos, sendo que o acesso a estes serviços está inversamente proporcional à renda familiar.

Retomando ao trabalho de Marsiglia, Silveira e Junior (2005), o reconhecimento de grupos populacionais não atingidos pelas ações de saúde que deveriam ser universais carece

de uma organização de práticas de saúde que permitam a garantia da assistência, necessitando de reformulações dos processos técnico-assistenciais no interior dos serviços.

Assim, parte-se do princípio de que tais atitudes devem ser concebidas no âmbito local, segundo a realidade de cada município, e diante de cada território em específico, e de que não se pode abandonar o contexto das ações intersetoriais, conforme evidenciado por Soares, Chaves e Cangussu (2013), ao analisarem a desigualdade no uso de serviços de SB da Estratégia Saúde da Família (ESF) de dois municípios brasileiros.

O terceiro e último ponto coaduna com os estudos de Rossi (2018) e que foi perseguido a partir das entrevistas com as pessoas que habitam os territórios de responsabilidade sanitária das UBS pesquisadas, o que permitiu a observância da falta de participação social para que se avance na política social em destaque.

Segundo o autor, torna-se relevante compreender a participação dos diversos agentes na formulação da política de SB, que deveria ser harmônica diante das fissuras e das contradições dos interesses (ROSSI, 2018). O que parece está presente na prática local é um apagamento das ações para o desenvolvimento da política social em questão por iniciativa dos cidadãos, o que pode ser uma repercussão da representação social dos mesmos sobre a SB, e que não contribui para a busca pelos direitos constituídos no SUS.

Diante de tais apontamentos, o cenário local parece seguir o rumo do que Narvai e Frazão (2008) teceram para as projeções nacionais, permanecendo a imagem do CD que atua nos serviços públicos como o realizador de extrações dentárias e/ou de procedimentos outros capazes de gerar ações interventivas e de caráter individual: acentuando o caráter mutilador e pouco abrangente do seu processo de trabalho. Como consequência, afasta-se das ações promotoras de saúde e preventivas da doença, ao mesmo tempo em que interfere negativamente na participação social, por retratar a ineficiência da política social em destaque. Esta evidência foi trazida ao debate, no âmbito nacional, por Ferreira *et al.* (2006).

## **5.2 PROPOSTAS PARA A POLÍTICA SOCIAL LOCAL**

A responsabilidade para com a SB vai muito além da limitada capacidade e das restritas fronteiras da Odontologia. Melhores condições de saúde bucal para a população brasileira não serão alcançadas com medidas isoladas, mas na somatória dos avanços políticos que a sociedade conquistar objetivando atingir uma finalidade maior que é a verdadeira cidadania. Assim, a luta por uma SB de qualidade para os brasileiros deve ser executada nos âmbitos técnico, científico e político, como um dever de todos e para que colaborem com uma sociedade mais justa e solidária (SANDRINI, 1999).

Desta forma, a construção de ações intersetoriais politicamente articuladas e pactuadas para enfrentar os determinantes sociais e os danos ambientais que afetam a saúde da população no sentido de melhoria de sua qualidade de vida passa a ser o objetivo comum a todas as políticas de saúde.

Segundo Garrafa (1993), mesmo que o setor de SB tenha chegado ao patamar de amplo domínio das técnicas para prevenção e tratamento das principais doenças bucais, o mesmo ainda continua percorrendo, de forma insistente, uma via que beneficia uma pequena parcela da população: a que pode pagar. Assim, não há espaço e ganha mais dificuldades o encontro de propostas sanitárias coletivas, no intuito de melhorar as condições de SB da sociedade.

Cabe inicialmente, ressaltar que o processo de propor mudanças na política social trabalhada e que por ora se pretende apresentar algumas, merece questionamentos precedentes ao seu aprofundamento. O primeiro, de que são apontamentos autorais, ainda que cercado de um arcabouço teórico, mas que se cerca de um viés empírico e diante do presenciado no trabalho de campo realizado. Assim, trata-se de um aglomerado de apontamentos, que espera ser produtivo para o avanço da política municipal de SB, produto das referências de quem estuda sobre o tema, somado à vivência na prática profissional e à visão retratada no ato da pesquisa.

No caso em tela, torna-se até mesmo redundante dizer que são propostas segundo as análises realizadas de unidades de serviço específicas, respeitando um tempo concreto e sob um olhar particular e diferenciado de tantos outros. São propostas que não devem ser encaradas como prescrição, no sentido enrijecido do termo, mas como orientações adaptáveis aos possíveis cenários de práticas no momento da sua aplicação (SANTOS, 2010).

Ainda assim, não se reduz a importância deste ato, e que segue a essência de uma pesquisa qualitativa, uma vez que as abordagens teóricas podem ser úteis a qualquer outra pesquisa desta natureza, podendo o arcabouço metodológico ser aplicado, mediante aperfeiçoamentos, a cada particularidade (MINAYO, 2013). O mesmo ocorre com o processo de análise, na obtenção dos resultados, e na colocação de propostas.

Portanto, o que se procura, ao oportunizar os possíveis caminhos de melhoria no serviço municipal analisado, e que nesta sessão será externado, distancia de um processo de cristalização dos achados e das proposições elencadas – longe de uma verdade absoluta, mas que permite ao leitor possibilidades e caminhos para a melhoria do acesso aos serviços públicos de saúde, adequados aos possíveis e inúmeros territórios de saúde.

Outro questionamento aborda também a particularidade do caso em tela, mas sob o viés de tratar-se de um trabalho vivo em ato (MERHY, 1999) que requer trocas relacionais entre os agentes envolvidos. Aqui, dois pontos chamam atenção. Enquanto a presente análise e as colocações postas adiante envolvem uma particularidade já elencada parágrafo acima, há ainda a necessidade de ressaltar que as conclusões retiradas destas, bem como o traçado dos possíveis caminhos de melhora estão, quer queira ou não, impressos na especificidade do tempo e do espaço, e que devem ser analisados considerando a evolução constante. Portanto, há que considerar o passado, na análise do presente, para que se possa projetar propostas para o futuro de um território de saúde.

O outro ponto importante, e que aqui já se expõe uma proposta de atuação, aborda a necessidade de um trabalho em equipe e que tenha um caráter interdisciplinar, na essência e na prática. Segundo Santos (2010): “todos poderiam ser considerados possíveis usuários e, também, todos poderiam ser considerados eminentes trabalhadores de saúde” (p. 119). Quanto a esta questão, não se duvida de que somos beneficiadores dos serviços públicos de saúde, em alguma esfera, em alguma circunstância, em algum tempo.

O que merece atenção aqui é o fato de que a construção das políticas públicas de saúde devem contar com a efetiva contribuição, de forma horizontal e co-participativa de todos os envolvidos, não sendo excluído a participação ativa dos usuários, como muito ainda se observa. Contudo, não deveria existir na prática um grupo pré-definido de gestores da saúde, nem um corpo de profissionais que compõe uma equipe de saúde, uma vez que tais formações deveriam transcender os limites impostos pelos próprios regimentos e dos capitais envolvidos neste jogo (BOURDIEU, 2011).

Segundo Peduzzi e Palma (2000), os conhecimentos não podem ser compartimentalizados sob o risco de um desencontro de saberes, capaz de tornar a prática de saúde autônoma e independente, ao que chama de “justaposição alienada de trabalhos” (p. 239). O que aqui se sublinha é a necessidade de enfrentar a divisão técnica do trabalho, e que aprisiona o campo do cuidado, evidenciando o individualismo e o racionamento dos atos terapêuticos (SANTOS, 2010).

Talvez um caminho frutífero, longe de ser o único para a consolidação da equipe de saúde e de que a mesma conte com a colaboração efetiva daquele que de fato utiliza, ou deveria utilizar dos serviços de saúde, transite nas realizações de reuniões nestes espaços de saúde ditos “coletivos”. Assim, tais momentos precisam reconhecer os diferentes níveis sociais, e de que se obtenha um espaço horizontalizado de participação daquele beneficiado diretamente pelas ações e serviços da saúde local.

São momentos em que não se devem apenas passar informações, como algo padronizado e homogêneo, mas sim dar voz aos que vivem nos territórios. Segundo Santos (2010), um espaço de escuta providencial, em que acolher “o usuário” de maneira satisfatória e torná-lo ativo nas ações que recairão nele próprio, e que corrobora satisfatoriamente no avançar da autonomia, no protagonismo deste para com a realização de ações benéficas a sua própria saúde e, conseqüentemente, na melhoria do acesso aos serviços por toda a comunidade adscrita.

Na realidade do município realizado, os fatos corroboram com o levantado por Oliveira e Saliba (2005), apontando para uma ausência da participação social no planejamento e na execução das ações em SB da ESF de Campos dos Goytacazes/RJ.

A realização de momentos de integração, conforme o citado anteriormente remete à necessidade de adequação dos espaços físicos das UBS, contrastando com o que ficou demonstrado na pesquisa de campo. A importância da ambiência ultrapassa a visualização de um espaço limpo, de paredes conservadas, mas que também deve despertar o sentimento de pertença ao cidadão, e que o mesmo, assim como todos inseridos neste espaço, sintam-se confortavelmente acolhidos, que tenha suas demandas atendidas e que atuem como participantes efetivos deste contexto.

Importante ressaltar a influência dos profissionais de saúde nas etapas de toda a política pública, e não somente como o que executa um ordenamento advindo de normativas e/ou de hierarquias superiores institucionalizadas.

Martins *et al.* (2009), pesquisando profissionais de SB de municípios da região noroeste do estado de São Paulo, identificaram que a maioria destes desconhece a própria competência e a responsabilidade no planejamento e na execução da assistência a saúde, bem como não compreendem os conceitos “equidade” e “participação social”, o que demonstra preocupação com temas relevantes à ideologia do SUS. Tal fato pode decorrer do despreparo formativo nas Ciências Humanas e Sociais deste público – focados no estudo e na execução da técnica operatória, decorrente de uma “ditadura da racionalidade fria” (BOFF, 1999, p. 99) dos currículos tradicionais.

Sobre a inefetividade da participação social nas políticas de saúde, e que podem ser capilarizada à SB de Campos dos Goytacazes, Garrafa (1983) já ressaltava a necessidade da desmonopolização do conhecimento científico e tecnológico, o que permite a construção de um novo conhecimento, este orientado à realidade e que toma como ponto de partida as necessidades da população. Segundo o mesmo, a existência da “organicidade intelectual” não impede a entrega de elementos de melhoramento de vida às coletividades, uma vez que:

[...] a primeira atitude do intelectual está em se colocar em uma posição científica dentro de uma conjuntura histórica específica, para observar, descrever, interpretar e explicar as diferentes políticas e ações do Estado e, a partir destas críticas, não somente proporcionar posições de tipo técnico, mas principalmente político, seja esta resposta orgânica a qualquer classe, definindo sua prática social [...] (GARRAFA, 1983, p. 20-21).

O abordado por Garrafa (1983) há quase quatro décadas não parece ainda estar evidente na prática da política de SB analisada, ainda que tais argumentos estejam expressamente colocados nas Diretrizes Nacionais da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004). A incorporação da sociedade civil no processo de institucionalização de políticas locais de SB, e que perpassa em se apropriar de incentivos que utilizem de mecanismos de desmonopolização do saber e na articulação técnica e política entre os trabalhadores da saúde e usuários dos serviços parece ainda ter um longo caminho a percorrer.

Desta maneira, a definição de prioridades na disponibilidade de bens e de serviços em SB, bem como a distribuição de recursos segundo a necessidade de cada grupo populacional e segundo as especificidades territoriais envolvidas, encontra-se pautada em demandas externas aos anseios da população, esta que deveria ser a principal beneficiada. Uma eficaz regulação e que vem a limitar o acesso da pessoa aos serviços desta natureza, ainda que possa parecer velado por uma ou outra fala.

Uma gestão não participativa e que exclui o cidadão dos caminhos de uma política social soa em desafino com os processos de organização do trabalho na esfera pública, sobretudo dificultando a implantação de novos processos tecnológicos de cuidado com ênfase no trabalho coletivo. Nem tão novos assim a considerar os estudos de Garrafa (1983), mas ainda incipiente no cenário da prática evidenciada.

Por fim, cabe ressaltar o posicionamento da SB no cenário nacional, e que não diverge do encontrado no cenário municipal pesquisado: atuando como ator de exclusão social. Para Botazzo (2013), “saúde bucal” e “exclusão” são termos contraditórios uma vez que enquanto o primeiro deve ser alvo de críticas permanentes, e não uma mera reprodutora das vontades dos governantes, das tecnologias odontológicas e dos modelos de dominação. Logo, não se distancia, ou não se deveria distanciar a SB do caráter público, bem como como não se desvincula da clínica privada, diante das leis do mercado, as formas de exclusão. Continua o autor:

[...] a Saúde Bucal viria a ser o espaço de resistência, primeiro porque insiste em tornar pública a clínica odontológica e depois porque pensa que a clínica social que realiza fornece o componente subjetivo, o outro, o sujeito coletivo com o qual poderá urdir as utopias da boa vida futura. E este é o território da democrática inclusão [...] (BOTAZZO, 2013, p. 187).



Diante da semântica atribuída à Saúde Bucal por Botazzo (2013), não se deve esperar percursos profícuos sem o enfrentamento de grandes obstáculos – isso o histórico já demonstrou em demasia. Ainda que pareça óbvio de uma política social e pública ter princípios inclusivos, os mesmos devem ser perseguidos, a priori e segundo o caráter de urgência, pelos que atuam “na ponta” – onde os serviços são oferecidos na esfera de poderes mais elementar, justificado por uma política que mutila desde sempre, sobretudo os que conseguem acessá-la. Paralelamente, essa mudança de paradigma precisa ascender hierarquicamente, sendo essência na construção, no planejamento e na execução de política de saúde justa, inclusiva e equânime.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A empiria do autor teve importante participação na realização desta pesquisa, embora sempre tutelada por uma cautela de não sobrepor ao que de fato se observou na prática, na tentativa de requerer maior transparência nas evidências, interpretações e conclusões. Desconsiderar o percurso formativo do pesquisador-autor torna um desafio em vão, em que pese a vivência prática nos campos da assistência, da gestão pública e da docência em curso de graduação em saúde, materializados em 18 anos de carreira. Sobre isso, Minayo (1992) retrata a “ilusão da transparência” e as preocupações do pesquisador, não devendo o mesmo negligenciar o que é essencial de uma pesquisa, diante da dificuldade de associar teorias e conceitos com o recolhido no campo a partir de uma vivência prévia.

Cabe ao ponto, portanto, as devidas precauções de um trabalho desta monta, o que de início preferiu expor algumas percepções do autor de maneira a situar o leitor. Em suma: evidências científicas, em especial os estudos de caso, merecem ser remodeladas à realidade, considerando o tempo, o espaço e a interpretação daquele que se apodera dos argumentos e no qual está embebido de interesses que podem destoar do verdadeiramente expresso nas normativas institucionais. Aqui, duas considerações: (01) a execução das políticas sociais, em especial à SB, enfrenta barreiras distintas das “realidades” impressas nos livros, nos artigos científicos, e/ou nos cursos de capacitação profissional; e (02) o contexto real de um território destoa do discriminado e sobre ele pensado e trabalhado para o estabelecimento de normativas legais, cabendo ações de planejamento estratégico segundo a necessidade contemporânea de cada caso.

Na particularidade dos princípios organizativos do SUS, desdobrado na política de Saúde Bucal (SB) e descentralizado no âmbito municipal, é consenso dos estudos publicados a respeito, inclusive sendo endossado pela empiria e evidenciado na pesquisa de campo realizada, a ocorrência de desvirtuamento dos princípios organizativos do SUS, ficando a população carente destes cuidados, o que deveria ser plenamente ofertado pelo estado segundo a “Constituição Cidadã” de 1988.

As diferentes abordagens temáticas, os inúmeros percursos metodológicos e os diversos pesquisadores que se aventuram em aprofundar nas determinadas linhas de pesquisa, cada qual no seu tempo, levam a um caminho comum: de que os desafios das políticas públicas de saúde do município de Campos dos Goytacazes/RJ são grandes, assim como a necessidade de estimular ações que visem à redução das iniquidades sociais, quebrando as barreiras de acesso aos serviços desta natureza e assim disponibilizando uma assistência

promotora de qualidade de vida, que seja de caráter universal e de maneira integral no seu cuidado aos diversos territórios. São os estudos que trataram desta temática no município em questão: Oliveira e Saliba (2005); Moreira, Nations e Alves (2007); Lyra (2011); Silva (2012), Campos dos Goytacazes (2015); Vargas, Campos e Vargas (2016); Medeiros (2017); Medeiros (2018); e Vargas (2018).

Sobre a SB, em específico, os momentos de investigação nos possíveis cenários e o abarcamento de diversos agentes envolvidos neste processo, permitem uma análise ampla desta política social, enfatizando os territórios descritos no recorte do percurso metodológico, mas que se adéqua à realidade da totalidade da política no município. Em se tratando de um estudo qualitativo, a saturação dos dados, complementado com a triangulação de outras fontes de evidência, basta para que as análises e as tomadas de conclusões sejam capazes de interpretar o significado do Brasil Sorridente em Campos dos Goytacazes/RJ.

Ainda que as contribuições dos participantes da pesquisa não sejam uníssonas quanto às percepções sobre a política pesquisada – fato que parece razoável no campo social em que divergem os posicionamentos das mais variadas categorias, o caminho de construção da tese percorre a compreensão, em isolado e de forma parcial destes agentes; mas que, ao final, uma discussão entre eles, em que também é agregado referências científicas pertinentes, ocorra uma ampliação das considerações das representações sociais sobre a política social, visando o aproveitamento da avaliação da coletividade sobre a SB de Campos dos Goytacazes/RJ.

A importância do Cirurgião-dentista na efetividade das políticas públicas em SB ultrapassa e muito a barreira das paredes do consultório odontológico da UBS, e traça caminhos distintos, a depender do seu comportamento enquanto incentivador e promotor de inclusão e que proporcione uma assistência de qualidade aos mais vulneráveis. O preconizado nas normativas nacionais vigentes contribui não somente para a melhoria da condição bucal do indivíduo que acessa “uma consulta na agenda”, mas, contudo, deve atuar no incentivo de medidas promovidas pelos profissionais de promoção de saúde e de prevenção de agravos, considerando a interdisciplinaridade do campo da saúde e, sobretudo, influenciando positivamente na representação social da SB, tendo seus vieses e suas facetas consideradas.

Assim, a pesquisa deixa clara a necessidade do conhecimento do profissional de SB sobre a importância social de seu trabalho, e, como resultado, permite direcionar o mesmo a atuar na garantia dos direitos de sua população assistida. Também se apresenta no caso em tela uma averiguação da atuação do CD na criação de espaços de diálogo com a comunidade, o que já se antecipa a definição do estado de precariedade deste item, cabendo uma exposição

mais profunda dos fatores decorrentes, o que poderá ser perseguido em processos investigativos futuros.

O primeiro apontamento sobre “os usuários” – dando preferência à utilização do termo “pessoa”, mas que se compreende a utilização maciça do primeiro nos documentos oficiais e nos estudos congêneres, implica na retratação de que todos somos usuários do SUS e que, de certa maneira, estamos amparados e sob a guarda das políticas nele inseridas, tal qual o Brasil Sorridente – este é o princípio da Universalidade, amplamente debatido e criticado, diante da finitude dos recursos e da incapacidade de estabelecer igualdade na assistência.

Assim, o que se nota na prática destoa do poético e romanticamente expresso nos documentos oficiais, uma vez que o acesso aos serviços desta natureza parece contar com argumentos outros além da real necessidade e da vulnerabilidade dos territórios.

Também parece haver um ponto destoante em relação à carência de recursos, pois o que se observou foi uma gestão despreocupada em otimizá-los, o que poderia ser feito com a redução das UBS's; com o melhor aproveitamento, em quantidade e em qualidade, da hora trabalhada pelo profissional de SB; e com o direcionamento do processo de trabalho voltado para ações coletivas e preventivas: mais abrangentes, devido à não realização somente de atendimento individual e sendo esta capaz de ser difundida às pessoas de convívio próximo; de efeito duradouro, uma vez que atua na “alfabetização em saúde” e que são constituídas de informações valiosas para a melhoria da qualidade de vida a curto, médio e longo prazo; e com uma gestão responsável, no qual a falta de recursos deve implicar em prioridades e que estas estão nas localidades mais vulneráveis, nos territórios mais distantes... não sendo isso verificado na pesquisa.

Assim, enquanto os resultados destoam das diretrizes nacionais, os possíveis discursos utilizados na tentativa de justificar a política à contento é retificado pela fala de um gestor, em que *“a estrutura é deficiente, neh... não por falta de dinheiro, não por falta de dinheiro... é deficiente por má gestão, mesmo, mas não de agora... está enraizado há 30 anos”* (G1).  
Sobre a PNSB:

[...] Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário [...] (BRASIL, 2004, p. 03).

Ainda sobre este público, vale ressaltar que as investigações não se limitaram aos cidadãos que procuram pelo serviço, sendo também importante compreender as representações

sociais daqueles que, por inúmeros motivos, não o utiliza. Estes dois públicos: os que utilizam do serviço e os que não utilizam; permite o aprofundamento, cada qual a sua maneira, da percepção e na atuação destes quanto às medidas de fomento da SB local a partir dos diferentes mecanismos de controle social, mostrando o quanto a política social, de natureza pública, ainda se encontra distante dos anseios da população. Como ponto de reflexão: trata de um distanciamento em que ainda se pretende chegar, ou é um afastamento no qual se desistiu de percorrer? Talvez mecanismos regulatórios, propositais ou não, mas que são representativos de um capital político, econômico e social diferenciado entre os que executam e os que são executados, aqui retratado o evidenciado, a política local de SB. Na prática, tem-se que a política nacional não parece ser traduzida à contento ao cenário local, carecendo de equidade no acesso aos serviços desta natureza.

O conceito de “controle social” de Carvalho (1995) e a lógica de controle justificada na população como partícipe direta e na posição principal de decidir na aplicação dos recursos públicos (CORREIA, 2000), remete, no cenário da SB de Campos dos Goytacazes, revelações preocupantes diante da condução desta política social local, no decorrer dos tempos.

O fato de como esta política se comportou nos anos pesquisados, utiliza de duas vias, mas que permite a chegada a um ponto comum: o de carência no acesso destes bens e serviços pelo público mais vulnerável. Assim, enquanto alguns momentos da análise o caminho perpassa no desinteresse em fomentar ações capazes de modificar o cenário; em outros, os conflitos de interesse até revelam desejos de modificações, mas que destoam das Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal (2004), conforme observado no processo de fechamento das UBS's, e que por ora se repete o erro na reabertura destas, mesmo em se tratando de gestão diferente.

Importante conceito na compreensão das representações sociais, a bucalidade (BOTAZZO, 2006) se vale da compreensão da autoconsciência e da dimensão ecológico-política das representações sociais da saúde (SAMAJA, 2000), o que permitiu embasar as análises do trabalho de campo. Neste contexto conceitual é que se alcançou os objetivos propostos na pesquisa de tese, necessitando para tanto de incursões nos territórios selecionados e que terão aqui as suas devidas considerações colocadas.

Assim, o processo investigativo foi realizado tendo como apelo teórico alguns pontos-chave, partindo-se do princípio de justiça e equidade na construção dos contratos sociais que para Sandel (2012) todo ato público deve perseguir a moralidade.

Já com o conceito “saúde”, procurou-se explorar campos além dos extensamente abordados nos bancos acadêmicos dos cursos de graduação em odontologia, e que parecem

conter mensagens, ainda que implícitas e subliminares, a respeito de um campo altamente tecnológico, biologicista, rentável nas especialidades estéticas: voltado para o mercado privado. Algo passível de frustração para o profissional que vislumbra, no tempo da graduação, tais caminhos, mas que depois pode ganhar, e ganha na grande maioria, as vias mais acessadas de absorção desta mão-de-obra: a atuação nos serviços públicos.

O que se observou nas análises dos discursos sobre a representação social do conceito de saúde, e como fruto de uma regulação para o capital, condiz com o abordado por Canguilhem (1943/2009) na representação desta como potência e produtividade. Conforme apresentado nas apresentações teóricas, tal modelo se encontra desvirtuado ao tempo e aos desejos de uma verdadeira política social, sendo preconizado a abordagem conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007), no qual o processo saúde-doença se amplifica nas áreas de atuação, inclusive extrapolando a alçada do setor, na compreensão de que não se faz mais saúde, qualquer que seja a particularidade da política, sem a integração, sem a longitudinalidade das ações, sem a previsibilidade dos fatos, sem um aporte financeiro adequado, sem o investimento em infraestrutura, sem a valorização profissional, sem a criação de espaços coletivos de saber e de trocas de informação. Enfim, alguns percalços relatados e que vem a prejudicar o acesso aos serviços de SB de Campos dos Goytacazes.

Para Esteveanim (2017), conduzida na medida correta, a Saúde Bucal garante cidadania e qualidade de vida. Portanto, a tomada das decisões das políticas públicas carece, a todo o momento, de uma moralidade nas suas aplicações, não sendo a Saúde Bucal no Brasil uma exceção, mas que não poderia se furtar de princípios fundamentais a uma política social, destacando o acesso e a equidade. A respeito da “nossa” política de SB, *“avançou muito com o programa Brasil Sorridente, que é considerado o melhor programa de SB do mundo”* (G3).

Quando questionados a respeito de um posicionamento da política de SB ofertada no local, observou-se em algumas falas, até mesmo destoando do evidenciado da pesquisa de campo e de algumas constatações durante a realização das entrevistas, um julgamento positivo, sendo que *“melhorou em relação a antigamente... antigamente, com um problema de saúde a pessoa sofria mais do que hoje...”* (U7). Este posicionamento: de melhora, ainda que não total, em relação ao panorama histórico, contradiz o evidenciado nas entrevistas com os profissionais, uma vez que *“no município de Campos ele não funciona. Por que, o que eu tenho do Brasil Sorridente no município? Nada, eu não tenho nada”* (D2).

Interessante correlacionar estes diferentes pontos de vista e, na medida do possível buscar fatos que o consigam justificar as disparidades de percepções, conforme demonstrado

acima. Apesar de serem relatos de um mesmo território, que no caso em específico é um representante das regiões mais afastadas do centro municipal, pode-se vincular tal fato a duas questões.

A primeira que, para a pessoa que acessa aos serviços de SB, é inquestionável o avanço das políticas deste setor a partir da consolidação do SUS (BRASIL, 1990), e tendo notáveis melhoras a partir da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004 (BRASIL, 2004). Ao profissional, entretanto, fatores outros podem influenciar a representação social do mesmo em relação ao Brasil Sorridente, perpassando os campos da valorização profissional, do investimento na infraestrutura, da capacitação profissional sobre a política pública em específico, e da organização do processo de trabalho, no sentido da gestão da política no âmbito municipal e no âmbito local. Enquanto isso, de uma maneira bem geral, ao “usuário” resta frequentar a UBS e ter um cuidado melhor do que fora dado em tempos remotos.

Portanto, a Saúde Bucal não se limita a recursos estéticos e/ou cirúrgicos, movidos por técnicas “mecanizadas” e seguidoras de um modelo cartesiano de atenção. Ultrapassa o campo biológico e alcança a esfera da justiça e da inclusão, apesar de ainda distante a comunhão destas percepções segundo os usuários, os profissionais e os gestores em saúde. Trata-se de ações que corroboram na redução das desigualdades, evitando a exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação (BRASIL, 2017b), em caso do não oferecimento adequado, dentro do proposto nas políticas e que se expressa na prática dos serviços.

Uma atuação intervencionista e de caráter mutilador caracteriza o quadro precário de saúde oral da população brasileira (MANTINI e SILVA JÚNIOR, 2011), o que lança urgentes desafios com tendências a remodelar a assistência das políticas públicas de SB no Brasil (BEZERRA e SORPRESO, 2016), não sendo diferente no município de Campos dos Goytacazes/RJ.

Sobre o acesso aos serviços de SB, a variação do conceito conforme alguns autores e segundo o contexto em questão, teve como resultante a utilização do proposto por Sanchez e Ciconelli (2012), incorporando quatro dimensões que partem das questões físicas para o cenário mais abstrato da utilização do serviço pelo usuário. Ao pesquisar uma política pública, decorreu na exclusão da dimensão “capacidade de pagamento”, sendo trabalhado: “disponibilidade”, “informação” e “aceitabilidade”.

A dimensão “aceitabilidade” está pautada nas percepções dos indivíduos, extensível à comunidade na qual faz parte, o que exige de uma relação de expectativas entre estes e os

profissionais de saúde (SILVA, 2008). Portanto, a apreensão de dados e a análise perpassa na compreensão dos aspectos comportamentais e/ou culturais (MOREIRA *et al.*, 2005), o que permite a utilização da Teoria das Representações Sociais segundo Moscovici (2003).

Diante das dimensões do acesso, a conclusão segue as contribuições do estudo de Costa (2019), o qual aponta a necessidade de analisar a desigualdade sob quatro dimensões: (01) “desigualdades de quê”; (02) “desigualdades entre quem”; (03) “desigualdades quando”; e (04) “desigualdades onde” (COSTA, 2019, p. 53).

As evidências da pesquisa permitem responder, respectivamente tais dimensões em: (01) de capitais do tipo político, econômico e social, e que ganham o sentido prático do acesso às políticas públicas de saúde, em destaque o Brasil Sorridente no município; (02) entre os que se deslocam do território para trabalhar e que retornam no período em que a UBS não se encontra mais em funcionamento; dos que carecem de serviços de reabilitação protética em virtude das mutilações dentárias realizadas; dos que deveriam ter o direito respeitado à informação em saúde e a ações de promoção, de prevenção de doenças e de tratamento imediato dos agravos para que estes não tenham como consequência o quadro irreversível e por vezes acompanhados de dor e sofrimento, decorrendo na necessidade de mais uma mutilação dental.

Continuando na análise das conclusões sob as considerações de Costa (2019), as desigualdades ocorreram (03) desde sempre, uma vez que não são combatidas a tempo e que ainda são superpostas por novas disparidades sociais; e (04) de acordo com o território em que habita, quer seja na região central ou quer seja um residente das regiões periféricas de Campos dos Goytacazes diferenças importantes forma observadas no que tange ao acesso a estes serviços, ressaltando uma disponibilidade de recursos humanos e de infraestrutura privilegiada dos que acessam as UBS's mais centrais, o mesmo ocorrendo com o grau de informação destas pessoas e com a aceitabilidade das mesmas aos serviços de SB municipal.

Contudo, a melhoria do acesso à saúde e a garantia de uma maior equidade serão obtidas com ações cujo foco extravase os limites dos sistemas de saúde, uma vez que são necessárias ações intersetoriais, diante de políticas sociais e econômicas que permitam mitigar diferenças de renda, de educação e dos serviços básicos, por exemplo.

Objetivando confrontar a visão de usuários e de profissionais da saúde acerca da satisfação com o serviço público odontológico, por meio de entrevistas com usuários e profissionais de saúde da SB, Bordin *et al.* (2017) concluíram haver similaridade no grau de satisfação destes agentes, ainda que positivamente ampliado, quando comparada com as



opiniões dos Agentes Comunitários de Saúde, estes sendo mais críticos em relação aos apontamentos dos demais (BORDIN *et al.*, 2017).

Nesta monta, o estudo de Bordin *et al.* (2017) não somente demonstra a variabilidade destas representações segundo o local, o público e o tempo em que são aferidas, o que ratifica na contradição das evidências da pesquisa de Tese. Mas também permite retratar a necessidade de ressaltar que estudos desta natureza são particulares, individuais e específicos às adversidades do campo pesquisado, que aqui ficou registrado quando comparado as representações das pessoas que residem na região central com as que residem mais afastadas desta região no município de Campos dos Goytacazes/RJ.

O aqui evidenciado, portanto, comunga com resultados de outros estudos locais e demonstra a fragilidade das políticas de saúde de Campos dos Goytacazes/RJ e os imensos desafios das mesmas em reduzirem as iniquidades sociais. Acentua, contudo, o precário acesso do “Brasil Sorridente” nos territórios mais vulneráveis do município, destoando das diretrizes nacionais da política e que peca no sentido da universalidade, da resolutividade e da equidade, e que assim vai de encontro aos objetivos inerentes a uma política social.

## REFERÊNCIAS

- ADLER, N. Behavioral and social sciences research contributions. In: **Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health**, Oct. 2006, p. 23- 24. Bethesda, Maryland. Disponível em: <[http:// obssr.od.nih.gov/HealthDisparities/presentation.html](http://obssr.od.nih.gov/HealthDisparities/presentation.html)>. Acesso em: 14/07/22.
- AMORIM, K. P. C.; GERMANO, R. M.; AVELINO, A. N. COSTA, I. C. C. Mutilações dentárias: os dilemas da prática na visão de docentes universitários. **Revista Bioética**, v. 01, n. 17, 2009, p. 109 – 121. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/83/86](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/83/86)>. Acesso em: 12 Ago. 2018.
- ANTUNES, J. L. F., NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 02, 2010, p. 360-365. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/dhTDjrQxGYzNpx7bhZHtmTr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 Jun. 2022.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n.20, v.01, 2015, p.239-248. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt\\_1413-8123-csc-20-01-00239.pdf](https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00239.pdf)>. Acesso em: 04 Ago. 2020.
- ARAÚJO, M. E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 01, Mar. 2006, p. 179-182.
- AZEVEDO, A. V. S.; LANCONI JUNIOR, A. C.; CREPALDI, M. A. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, Nov. 2017, p. 3.653-3.666.
- AZEVEDO, N. L., CAMPOS, M. M., LIRA, R. A. Por que os conselhos não funcionam? Entraves federativos para a participação popular no Brasil. **Dilemas, Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 02, Mai-Ago 2020, pp. 439-461. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dilemas/a/Wr9Lf9wmjtnZZdWCkQB6zMH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 30 Mai. 2022.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 06, n. 01, 2001, p. 63-72. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/rJ5dYsWzDHmR8TFcwjmsrZP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 Jul. 2022.
- BARBOSA, M. R., MATOS, P. P., COSTA, M. E. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, 2011, p. 24-34. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/WsfTrSKFNy7tzvSyMpqfWjz/?lang=pt>>. Acesso em: 10 Abr. 2022.
- BARBOSA, S. N.. Responsabilidade social e saúde – estudo de caso sobre a Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-**

**Graduação em Ciências da Saúde, UNB:** Brasília, 2015, 171 pp. Disponível em: <[https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19916/1/2015\\_SwedenbergerdoNascimentoBarbo sa.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19916/1/2015_SwedenbergerdoNascimentoBarbo sa.pdf)>. Acesso em: 17 Jul. 2022.

BARCELLOS, C. (org.). **Território, ambiente e saúde.** Editora FIOCRUZ, 2008, 272p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Editora Lisboa, 1977, 225 p.

BARTLETTI, L.; VAVRUSII, F.. Estudos de Caso Comparado. **Educação & Realidade,** Porto Alegre, v. 42, n. 3, jul./set. 2017, p. 899-920. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/edreal/a/DKbTxRWrsV8ghQnCVcBkbnM/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 27 Mai. 2022.

BASTIANI, C. et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontologia Clínico-Científica (Online),** v. 09, n. 02, 2010, p. 155-160. Disponível em: <[http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38882010000200013](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000200013)>. Acesso em: 20 Jul. 2022.

BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E. **Discriminação e Saúde: Perspectivas Métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

BATISTA, N. A.; VILELA, R. Q. B.; BATISTA, S. H. S. S. **Educação médica no Brasil.** São Paulo: Editora Cortez, (Coleção docência em formação: ensino superior), 2015, 398 p.  
BERLINGUER, G. **A Doença.** Editora Hucitec – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, São Paulo. Tradução de Virgínia Gawryszewski, 1988, 150p.

BEHRING, E. R.. Política Social no contexto da crise capitalista. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS,** v. 01, p. 301-322, 2009. Disponível em: <<https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2017/08/3.6-Pol%C3%ADtica-social-no-contexto-da-crise-capitalista-%E2%80%93-Elaine-Rossetti-Behring.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2022.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, J. **Política Social no capitalismo tardio.** 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **Journal Hum Growth Dev.** v. 26, n. 01, p. 11-20. Disponível em: <[chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fpepsic.bvsalud.org%2Fpdf%2Frbcdh%2Fv26n1%2Fpt\\_02.pdf&clen=178704&chunk=true](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fpepsic.bvsalud.org%2Fpdf%2Frbcdh%2Fv26n1%2Fpt_02.pdf&clen=178704&chunk=true)> . Acesso em: 09 Ago. 2021.

BITENCOURT, F.; CORREA, H. Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 24, n. 01, Jan. 2019.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do Humano.** Compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. Disponível em: <[www.dhnet.org.br](http://www.dhnet.org.br)>. Acesso em: 20 Jul. 2016.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BORDIN, D. *et al.*. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 01, 2017, p.151-160. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n1/151-160/pt>>. Acesso em: 01 Ago. 2022.

BORTOLI, F. R.; KOVALESKI, D. F.; MORETTI-PIRES, R. O.. Medicalização social e bucalidade: a busca pela superação da técnica. *Caderno de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 01, p. 67-72, Mar. 2019.

BOTAZZO, C.. **Da Arte Dentária**. São Paulo: HUCITEC, FAPESP, 2000. – (Saúde em Debate). 317 p.

\_\_\_\_\_. Sobre bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, n. 11, v. 01, 2006, p. 07-17. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000100002&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 10 Nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **A subjetividade no trabalho com as famílias**. In: Moysés, Simone Tetu; Kriger, Léo; Moysés, Samuel Jorge. *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, cap.05, 2008, p.81-89.

\_\_\_\_\_. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: HUCITEC, 2013. *Saúde em Debate*, 234. 380 p.

BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: São Paulo, Papyrus, 11 ed., 2011.

\_\_\_\_\_. **Sobre o Estado**, Cursos no College de France (1989-1992). São Paulo: Editora Companhia das Letras: Traduzido por Rosa Freire d’Aguar, 2014.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. 17 a 21 de Março de 1986. Brasília. Relatório Final, Brasília, 1986, 29 p. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 03 Out. 2021.

\_\_\_\_\_. **Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 30 Out. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Odontologia**. Diário Oficial da União, Brasília, seção 01, p. 10, 4 mar. 2002. Acesso em: 23 Out. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004, 52 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 06 Nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004, pp. 16. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 05 Nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 1572, de 29 de julho de 2004**. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. Diário Oficial da União 2004b; 30 jul.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 2, Brasília, DF, 05 dez. 2007.

\_\_\_\_\_. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2008, 74 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: 05 Jan.2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimpressão – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. MS. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. 2011a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654\\_19\\_07\\_2011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf)>. Acesso em: 06 Jan. 2022.

\_\_\_\_\_. MS. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. 2011b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206\\_14\\_09\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011_rep.html)>. Acesso em: 04 Jan. 2022.

\_\_\_\_\_. MS. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 10 Fev. 2022.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.527 de 18 de novembro 2011.** Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 18 nov. 2011d.

\_\_\_\_\_. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 01 Ago. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde.** Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 04 dez., 2012.

\_\_\_\_\_. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Portaria nº 118, de 18 de Fevereiro de 2014.** Desativa automaticamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 06 (seis) meses sem atualização cadastral. DOU nº 35, de 19 Fev. 2014, Seção 1, p. 73. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei 13.460, de 26 de junho de 2017.** Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. 2017a. Disponível em: Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13460.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13460.htm) Acesso em: 10 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017b. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=2457](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2457). Acesso em: 20 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional.** 2020. Available at: [https://www.saude.gov.br/noticias/agencia\\_saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional](https://www.saude.gov.br/noticias/agencia_saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional) Acesso em: 16 Mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Nota Técnica Nº 9/2020 de março de 2020. **COVID-19 e o atendimento odontológico no SUS.** Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/ab69d79b87d04780af08a70d8cee9d70.pdf>. Acesso em: 10 Set. 2021.

\_\_\_\_\_. CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (*online*), 2022. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

\_\_\_\_\_. GF. Governo Federal. Ministério de Trabalho e Emprego (*online*). **Classificação Brasileira de Ocupações,** 2022 Disponível em: <<http://www.mtebo.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>>. Acesso em: 01 Mai. 2022.

BRONDANI, Bruna *et al.* Acesso em saúde bucal na atenção básica antes e após o início da pandemia de COVID-19 no Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada,** v. 31, n. 04, 2021, p. 539-550. Disponível em:

<<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/819/1126>>. Acesso em: 06 Dez. 2021.

BUENO, V. L. R. C. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.07, p.3069-3082, 2011.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A.. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 01, 2007, p. 77-93. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 Jul. 2022.

CAMARGO JR., K. R. A filosofia empírica da saúde. In: CAMARGO JR., K. R.; NOGUEIRA, M. I. **Por uma filosofia empírica da Atenção à Saúde**: olhares sobre o campo biomédico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, cap. 01, p.13-26.

CAMARGO, S. X.; NAKAMA, L.; CORDONI JUNIOR, L. O Sistema Único de Saúde como paradigma nas representações sociais dos cirurgiões-dentistas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, 2011, p. 883-902.

CAMPOS, C. V. A. **Por que o médico não fica?** Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do município de São Paulo. 2005. 202 f. Dissertação de Mestrado - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/2438>>. Acesso em: 15 Jun. 2017.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública (online)**, v. 42, n. 02, 2008, p. 347-368. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122008000200007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122008000200007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 17 Out. 2017.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Lei nº 7346, de 27 de dezembro de 2002. Dispõe sobre o Plano de Cargos e Carreiras da prefeitura municipal de Campos dos Goytacazes - RJ, estabelece normas de enquadramento, institui nova tabela de vencimentos e dá outras providências. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/plano-de-cargos-e-carreiras-campos-dos-goytacazes-rj>>. Acesso em: 03 jun. 2022.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Lei nº 7633, de 25 de junho de 2004. Altera dispositivos da Lei Municipal nº 7.346, de 27 de dezembro de 2002. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/plano-de-cargos-e-carreiras-campos-dos-goytacazes-rj>>. Acesso em: 03 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. **Diário Oficial do Município de Campos dos Goytacazes**. Ano VI – Nº XLVI, Poder Executivo. 12 de junho de 2014, folha 01. Disponível em: <[http://www.campos.rj.gov.br/up/diario\\_oficial.php%3Fid\\_arquivo%3D1517](http://www.campos.rj.gov.br/up/diario_oficial.php%3Fid_arquivo%3D1517)>. Acesso em: 09 Nov. 2015

\_\_\_\_\_. Panorama da Odontologia Pública Municipal de Campos dos Goytacazes/RJ. **2ª Conferência Municipal de Saúde Bucal de Campos dos Goytacazes/RJ**. Publicado em: 27 Out. 2015, pp.04.

\_\_\_\_\_. CIDAC. **Centro de Informações e Dados de Campos**. Disponível em: <<https://cidac.campos.rj.gov.br/institucional/>>. Acesso em: 01 Mai. 2022.

CANGUILHEM, G. **O normal e o Patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6<sup>o</sup> ed./2<sup>a</sup> reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1943/2009.

CARRER, F. C. A. A Pandemia pode ser uma janela de oportunidade para um repensar o processo de trabalho da saúde Bucal no SUS?. In: NETTO, O. B. S. *et al.* **Diálogos Bucais**: reflexões em tempos pandêmicos. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021, Diálogo 1, p. 33-44.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, A. M. **Políticas sociais: afinal do que se trata?** Revista Agenda Social. Revista do PPGPS/UENF. Campos dos Goytacazes, v.1, n.3, set-dez. 2007, p. 73-86.

CASCAES A. M.; DOTTO, L.; BOMFIM, R. A.. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços em Saúde**, Brasília, v. 27, n. 01, 2018, p. 01-10. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/Kg5Z4B89Nxx8kQxCvDXmGFz/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 16 Ago. 2021.

CAVALCANTI, A. L. *et al.* Perfil da Pesquisa Científica em Odontologia Realizada no Brasil. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 04, n. 02, maio/ago. 2004, p. 99-104. Disponível em: <https://c18a0772-a-62cb3a1a-sites.googlegroups.com/site/lheiterer/arquivo/Artigo2v42.pdf>?. Acesso em: 08 Ago. 2020.

CAVALCANTI, P. R., GASPAR, G. S., GOES, P. S. A.. Utilização e Acesso aos Serviços de Saúde Bucal do SUS - Uma Comparação entre Populações Rurais e Urbanas. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Universidade Federal da Paraíba Paraíba, Brasil, v. 12, n. 01, 2012, pp. 121-126. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/637/63723468019.pdf>>. Acesso em: 01 Jun. 2022.

CECCIM, R. B. Ensino, pesquisa e formação profissional na área da saúde: entrevista. **Formação**, v. 03, n. 07, p. 113-120, jan./abr. 2003.

CELESTE, R. K.; ELY, H.C. Acesso e uso de serviços odontológicos: tendências e influências na Saúde Bucal. In: Programa de atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva. **Pro-odonto Prevenção**. Artmed/Panamericana Editora, Ciclo 05, Módulo 01, cap.01, 2007, p.09-48.

CELESTE, R. K.. Desigualdades socioeconômicas e saúde bucal. **Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde), 2009. 332 p. Disponível em: <<https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4701>>. Acesso em: 03 Jun. 2022.



CHAMPAGNE, F. *et al.* A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.) **Avaliação, conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2011. p. 41-60.

CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. São Paulo: Livraria Editora Artes Médicas Ltda, 3ª ed., 1986, p. 447.

CHAVES, S. *et al.*. Avaliação da atenção à saúde bucal no Brasil: conceitos e abordagens. In: CHAVES, S. C. L. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática** [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 337-367.

CHAVES, S. C. L. A política de Saúde Bucal e a prática profissional. In: NETTO, O. B. S. *et al.* **Diálogos Bucaleiros: reflexões em tempos pandêmicos**. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021, Diálogo 2, p. 48-59.

COELHO-FERRAZ, M. J. P.; VALVASSORI, A.; AYER, R. O.. Estudo da Odontologia como ciência da vida. **Revista Bioética** [on line], v.19, n.01, 2011, p.95-103. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533255007>>. Acesso em: 08 Ago. 2020.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Anexos. In: **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil** [on line]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 175-191. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/bwb4z/epub/comissao-9788575415917.epub>>. Acesso em: 22 Jul. 2022.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Ed). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CORRÊA, H. W. *et al.* Saúde bucal em usuários da atenção primária: análise qualitativa da autopercepção relacionada ao uso e necessidade de prótese dentária. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 02, 2016, p. 503-524. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/CpdVXxsQcxVdtCTDSn6g68c/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 01 Ago. 2022.

CORREIA, M. V. C.. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 164 p.

COSTA, J. E. Introdução à Geografia da População. In: COSTA, J. E. **Geografia da População**. São Cristóvão: Universidade federal do Sergipe, CESAD, 2009, cap. 01, p. 07-16. Disponível em: <[http://www.cesadufs.com.br/ORBI/public/uploadCatalogo/15382416022012Geografia\\_da\\_Populacao\\_aula\\_1.pdf](http://www.cesadufs.com.br/ORBI/public/uploadCatalogo/15382416022012Geografia_da_Populacao_aula_1.pdf)>. Acesso em: 05 Fev. 2018.

COSTA, S.. Desigualdades, interdependência e políticas sociais no Brasil. In: PIRES, R. R. (Org.). **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ipea, cap. 01, 2019, p. 53-78. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9323/1/Implementando%20desigualdades\\_reprodu%C3%A7%C3%A3o%20de%20desigualdades%20na%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9323/1/Implementando%20desigualdades_reprodu%C3%A7%C3%A3o%20de%20desigualdades%20na%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf)>. Acesso em: 14 Jul. 2022.

CRUZ, J. S. *et al.*. A imagem do Cirurgião-dentista: um estudo de representação social. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 04, 1997, p. 307-313.

CRUZ, D. N.; CHAVES, S.; CABGUSSU, M. C. A utilização dos serviços odontológicos: elementos teóricos e conceituais. In: CHAVES, S. C. L. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática** [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, cap. 06, p. 203-225. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788523220297>>. Acesso em: 17 Jul. 2022.

CURY, I. T.. **Direito Fundamental à Saúde** – Evolução, Normatização e Efetividade. Rio de Janeiro: Editora Lúmen; 2005.

CZERESINA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença** (Coleção Temas em Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, 119 p.

DA MATTA, R.. “O Ofício de Etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”. In: NUNES, Edson de O. **A Aventura Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DAB. Departamento da Atenção Básica. Brasil. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_como\\_funciona.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php)>. Acesso em: 18 de Set. 2016.

DÂMASO, R. Justiça Social e Cidadania da Saúde: para uma crítica moral sanitária. In: EIBENSHUTZ, C. (org.) **Política de Saúde: o público e o privado** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732-14.pdf>>. Acesso em: 20 Ago. 2018.

DA SILVA, J. V.; MACHADO, F. C. A.; FERREIRA, M. A. F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n. 08, 2015, p.2539.

DE ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2018, v. 42.

DE MARCO, M. A. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Educação Médica** (online), v. 30, n. 01, p. 60-72, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf>>. Acesso em: 22 Set. 2021.

DEMO, PEDRO. **Saber Pensar**. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire (Guia da escola cidadã, v.06), 3ª edição, 2002, 159 p.

DITTERICH, R. G. Aspectos referentes ao processo de trabalho dos profissionais de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde nos tempos de pandemia. In: NETTO, O. B. S. *et al.* **Diálogos Bucaleiros: reflexões em tempos pandêmicos**. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021, Diálogo 1, p. 33-44.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Revista Ciência & saúde coletiva**, v. 08, 2003, p. 173-183. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/GWNwqjpQFNvt4gV8qcCM4tc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

DURKHEIM, É. Les règles de la méthode sociologique. 11 e édition. Paris: Press Universitaires de France, 1950. Tradução brasileira da autora deste artigo: **As regras do método sociológico**. São Paulo: Nacional, 1960.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University; 1973.

DRUCK, G.. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH** [on line], Salvador, v. 24, n. 01, 2011, p. 37-57. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000400004>>. Acesso em: 14 Jul. 2022.

DUDZIAK, E. A. **Crise na Ciência ou Crise na Reprodutibilidade de Pesquisas?** São Paulo: SIBiUSP, 2018. Disponível em: <<https://www.aguia.usp.br/?p=28441>>. Acesso em: 08 Ago. 2020.

EKSTERMAN, A. Sobre Humanizar a Medicina (a propósito de um pedido do prof. Edson Saad). **Programa de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, módulo 01, fascículo 03, ano 02, 2003. Disponível em: <[http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/sobre\\_humanizar\\_a\\_medicina.pdf](http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/sobre_humanizar_a_medicina.pdf)>. Acesso em: 30 Jan. 2018.

ELLERY, A. E. C. L.; BOSI, M. L. G.; LOIOLA, F. A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 01, 2013, p.187-198. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XZybmCZz3wDNhfXPgYSjy9B/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L. D.. Jesus tem dentes metal-free no país dos banguelas?: odontologia dos desejos e das vaidades. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 01, 2009, p. 95-107. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3861/386138041006.pdf>>. Acesso em: 08 Ago. 2020.

\_\_\_\_\_. Mais humano que um humano: a halitose como emblema da patologização odontológica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 01, 2012, p. 889-98.

\_\_\_\_\_. **O lagarto e a rosa no asfalto**: odontologia dos desejos e das vaidades. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013, 120p.

ESPING-ANDERSEN, G.. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política** [online]. n. 24, 1991, p. 85-116. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/ln/a/99DPRg4vVqLrQ4XbpBRHc5H/>>. Acesso em: 15 Jul. 2022.

ESPOSTI, C. D. As dimensões do acesso aos serviços de saúde bucal na mídia impressa. **Revista Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 01, 2016, p. 19-30. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2016.v25n1/19-30/pt>>. Acesso em: 01 Jun. 2022.

ESTEVANIM, L. F. Nada paga um sorriso. **RADIS: comunicação e saúde**. FIOCRUZ: Rio de Janeiro. n. 182, nov. 2017, p. 12-16. Disponível em:

<[http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis\\_182\\_web.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_182_web.pdf)>. Acesso em: 14 Nov. 2017.

EVANS-PRITCHARD, E. E.. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Eduardo Viveiros de Castro (Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2005.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 01, Jun. 2010, p. 1643-1652.

FAÉ, J. M. *et al.* A integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 03, 2016, p. 07-18. Disponível em: <<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/286>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 06, Dez. 2005, p. 930-936.

FERRAZ, M. S.; CARVALHO, F.. O conceito de Saúde. **Revista Saúde Pública**, v.31, n.05, 1997, p.538-42. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fj%2Frspp%2Fa%2FztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj%2F%3Fformat%3Dpdf%26lang%3Dpt&clen=48441&chunk=true>>. Acesso em: 09 Ago. 2021.

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas "estado da arte". **Revista Educação e Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 79, Ago. 2002, p. 257-272.

FERREIRA, A. A. A. *et al.* A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n.11, v.01, 2006, p.211-218. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29466.pdf>>. Acesso em: 10 Mai. 2017.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S.. Integração "ensino-serviço" no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, 2011, p. 1053-1070. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/XKryGLfgtyzVpNTKprksdCN/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 Jul. 2022.

FLEURY, S. Políticas Sociales y Ciudadania. **Academia Educação**, Jun. 1999, 27p. Disponível em: <[http://www.academia.edu/20696537/Pol%C3%ADticas\\_Sociales\\_y\\_Ciudadania](http://www.academia.edu/20696537/Pol%C3%ADticas_Sociales_y_Ciudadania)>. Acesso em: 05 Nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Políticas sociais e poder local. **Revista de Administração Municipal, Rio de Janeiro**, v. 49, n. 246, 2004, p. 39-48. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Sonia-Fleury/publication/228910429\\_Pol%C3%ADticas\\_sociais\\_e\\_poder\\_local/links/0deec51f7e692340ac0000/Pol%C3%ADticas-sociais-e-poder-local.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sonia-Fleury/publication/228910429_Pol%C3%ADticas_sociais_e_poder_local/links/0deec51f7e692340ac0000/Pol%C3%ADticas-sociais-e-poder-local.pdf)>. Acesso em: 12 Jul. 2022.

\_\_\_\_\_. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 03, 2009, p. 743-752. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/GbXrGPf6Mmpvdc3njYY3bNK/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 30 Mai. 2022.

\_\_\_\_\_. Políticas sociais e poder local. **Revista de Administração Municipal, Rio de Janeiro**, v. 49, n. 246, p. 39-48, 2004. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Sonia-Fleury/publication/228910429\\_Politicassociais\\_e\\_poderlocal/links/0deec51f7e692340ac00000/Politicassociais-e-poder-local.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sonia-Fleury/publication/228910429_Politicassociais_e_poderlocal/links/0deec51f7e692340ac00000/Politicassociais-e-poder-local.pdf)>. Acesso em: 12 Jul. 2022.

FONSECA, L. L. V.; MOTA, J. A. C.; GONCALVES, P. F. Public primary oral health care: a bioethical reflection. **Revista odonto ciência (Online)**, Porto Alegre, v. 26, n. 02, 2011, p. 165-171.

FONSECA, L. L. V.; NEHMY, R. M. Q.; MOTA, J. A. C.. O Valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, 2015, p.3129-3138. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n10/3129-3138/pt>>. Acesso em: 10 Ago. 2020.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24; n. 01; jan.2008, p. 17-27. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 01 Fev. 2022.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S., MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 15, n. 02, 1999, p. 345-353.

FRAZÃO, P. Vinte anos de Sistema Único de Saúde: avanços e desafios para a saúde bucal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 04, p. 712, Abr. 2009.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C.. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Revista Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, 2009, p. 64-71. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772008.pdf>>. Acesso em: 22 Jul. 2022.

FREIRE, D. E. W. *et al.* Acesso em Saúde Bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. **Revista Epidemiologia, Serviços e Saúde**, Brasília, v. 30, n. 03, 2021, p. 01-13. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/KHdQYP56WRGjd5JxksLhvRm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 01 Jun. 2022.

FREITAS, SÉRGIO FERNANDO TORRES. **História Social da Cárie Dentária**. Bauru – SP: EDUSC, 2001, 126 p.

GARBOIS, J. A. SODRÉ, F., DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Revista Saúde Debate**: Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, 2017, p. 63-76. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/63-76/pt>>. Acesso em: 03 Jun. 2022.

GARCIA, J. C. **La educación médica em la América Latina**. Washington, DC: OPS, 1972, 413 p. Publicación Científica n° 255.

GARRAFA, V. **Contra o monopólio da saúde: temas para debate**. Edições Achiamé Ltda: Rio de Janeiro, 1983, 143 p.

\_\_\_\_\_. Saúde Bucal e Cidadania. **Revista Saúde em Debate**, v. 41, 1993, p. 50-57.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G.(orgs.). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. Editora Vozes: Petrópolis, RJ, cap. 03. 2013, p. 64-89.

GERHARDT, T. E., SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva (online)**. v. 14, n. 03, p. 783-794, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000300014&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000300014&script=sci_abstract&lng=es)>. Acesso em: 28 Ago. 2016.

GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva (online)**, v. 21, n. 09, 2016, p. 2697-2708. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902697&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902697&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: 06 Mai. 2017.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GOMES, A. C. S. *et al.* O papel das ouvidorias e dos conselhos de saúde no SUS. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde (Brasília)** v. 08, n. 01, Jan. 2017, p 140-161.

GONTIJO, L. P. T. *et al.* A saúde bucal coletiva na visão do estudante de odontologia: análise de uma experiência. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 04, p. 1277-1285, Ago. 2009.

HAIKAL, D. S. *et al.* O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 01, 2014, p. 287-300. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/BDg6Wq9PtpjYyQn6Pw9HSKz/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 01 jun. 2022.

HELMAN C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed; 2003; p.431.

HIRAMATSU, D. A. *et al.* Perda dentária e a imagem do Cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 04, 2007, p. 1051-1056.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **IBGE Cidades**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=330100&search=rio-de-janeiro|campos-dos-goytacazes|infograficos:-historico>>. Acesso em: 28 Set. 2018.

\_\_\_\_\_. **IBGE Cidades**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=330100&search=rio-de-janeiro|campos-dos-goytacazes|infograficos:-historico>>. Acesso em: 28 Abr. 2022.

KAY, E. J. How often should we go to the dentist? *BMJ*, v.319, n.24, 1999, p.204-5.

KOVALESKI, D. F.; FREITAS, S. F. T.; BOTAZZO, C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 01, 2006, p. 97-103. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000100017&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100017&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 20 Ago. 2018.

LAZZARIN, H. C.; NAKAMA, L.; CORDONI JÚNIOR, L.. Percepção de professores de odontologia no processo de ensino-aprendizagem. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, 2010, p. 1801-1810. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/6NbKvq39kjsJgRMrxpKbMhn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 Jul. 2022.

LEAL, R. B.; TOMITA, N. E.. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 01, 2006, p.155-160. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2006.v11n1/155-160/pt>>. Acesso em: 10 Ago. 2020.

LEAVELL, H. R.. Planejamento para a Saúde Comunitária. In: LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: MacGrawHill do Brasil; 1976. p. 666-677.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LIMA CHAVES, S.; LIMA SANTOS, C. Oral health policy in Brazil between 2003 and 2014: scenarios, proposals, actions, and outcomes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 06, Jun 2017.

LIMA, C. S. Economic crisis, austerity and its effects on the financing of oral health and access to public and private services. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, Dez. 2019.

LIMA, J. C. S; OLIVEIRA, A. G. R. C; NORO, L. R. A.. Avanços e desafios da formação no Sistema Único de Saúde a partir da vivência dos docentes da área de Saúde Coletiva nos cursos de Odontologia. *Ciência e Saúde Coletiva [Internet]* (2020/Jun). Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avancos-e-desafios-da-formacao-no-sistema-unico-de-saude-a-partir-da-vivencia-dos-docentes-da-area-de-saude-coletiva-nos-cursos-de-odontologia/17640>>. Acesso em: 12 Ago. 2021.

LUCENA, E. H. G., PUCCA JR., G. A., SOUZA, M. F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 2011, p. 53-63. Disponível em:

<<https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1042/951>>. Acesso em: 20 Mai. 2022.

LUCENA, E. H. G. *et al.* Acesso em saúde bucal na atenção básica antes e após o início da pandemia de COVID19 no Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, 2020. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/819/1126/1178>>. Acesso em: 10 Set. 2021.

LYRA, D. Consequências da Extinção da Estratégia Saúde da Família para oferta de assistência fisioterapêutica e de algumas especialidades Médicas no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro**, 2011. pp. 66. Disponível em: <<http://portal.estacio.br/media/3672/diogo-lyra.pdf>>. Acesso em: 01 Nov. 2018.

LYRA, R. P.. Ouvidorias públicas e privadas: análise comparativa. In: CARDOSO, Antonio Semeraro Rito; LYRA, R. P.(org.). **Novas modalidades de ouvidoria pública no Brasil**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2011, p.19-39.

MACÊDO, F. F. R. R. *et al.* Análise de desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) dos municípios das regiões brasileiras. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 04, n. 01, p. 01-16, 2015.

MACHADO, F. R. S.; BORGES, C. F.. Análise do componente ouvidoria na implementação da política de participação no SUS no estado do Rio de Janeiro. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 19, n. 44, jan./abr., 2017, p. 360-389.

MANFREDINI, M. A. A Saúde bucal na perspectivas de usuários do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do século XXI. **Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2011, 116 p. disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-02032011-081852/publico/ManfrediniTese.pdf>>. Acesso em: 20 Jul. 2022.

MANTINI, C.; SILVA JÚNIOR, A. G. Edentulismo em Planos de Saúde Odontológicos: um Olhar da Integralidade. In: RIBEIRO, C. D. M. *et al.* (org.). **Saúde Suplementar, biopolítica e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011, cap. 05, p. 105-127.

MARQUES, L. F. A Saúde e o Bem-Estar Espiritual em Adultos Porto-Alegrenses. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 02, 2003, p. 56-65. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/fVLzZPdzzSTGhBNsHSbW7mh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 Jul. 2022.

MARQUES, V. L. **Política Social de Atenção Básica de saúde: o caso do Programa Saúde da Família no município de Campos dos Goytacazes (1999-2001)**. 2003. 235 p. Dissertação Mestrado em Políticas Sociais- Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF. Campos dos Goytacazes. 2003. Disponível em: <<http://uenf.br/posgraduacao/politicas-sociais/dissertacoes-de-mestrado/2001-2/>>. Acesso em: 20 Dez. 2020.



MARSIGLIA, R. M. G. Perspectivas para o ensino das Ciências Sociais na graduação odontológica. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. **Ciências Sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas**. Bauru/SP, EDUSC: Fundação Editora da UNESP, 1998, p.175-197.

MARSIGLIA, R. M. G., SILVEIRA, C., JUNIOR, N. C.. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 02, 2005, p. 69-76. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/j8WDwzNDkF7CcGyRdh36BpS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 Jun. 2022.

MARSIGLIA, R. M. G.; SPINELLI, S. P. as Ciências Sociais em Saúde. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1995, p.123-132.

MARTINS, F. M. Construindo o valor saúde bucal. **Revista Ação Coletiva**, 1999, v. 02, p. 05-09.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisa no Brasil. **Revista De Contabilidade E Organizações**, v. 02, n. 02, 2008, p. 09-18. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/rco.v2i2.34702>>. Acesso em: 06 Dez. 2021.

MARTINS, R. J. *et al.* Percepção dos Coordenadores de Saúde Bucal e Cirurgiões-Dentistas do Serviço Público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 01, p. 75-82, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2009.v18n1/75-82/pt>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

MARTINS, P. C. *et al.* De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 03, 2011, p. 1933-1942. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n3/1933-1942/pt>>. Acesso em: 22 Mai. 2022.

MARTINS, A. M. E. B. L. *et al.* Alfabetização em saúde bucal: uma revisão da literatura. **Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas**, v. 69, n. 04, 2015. Disponível em: <[http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-2762015000300002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-2762015000300002&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 22 Jul. 2022.

MATOS, E. M. O.. A importância da atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of health Review**. Curitiba, v. 03, n. 03, 2020, p. 43-83. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/9905/8321>>. Acesso em: 03 Jun. 2022.

MATTOS, R. A.. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 05, p. 1411-1416, Out. 2004.

MATTOS, G. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 02, p. 373-382, Fev. 2014.

MEDEIROS, L. B. A política de saúde e o sistema de saúde no município de Campos dos Goytacazes/RJ: uma análise a partir da judicialização e das Internações por Condições

Sensíveis à Atenção Primária. **Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF/RJ**, 2017. pp. 98. Disponível em: <<https://uenf.br/posgraduacao/politicas-sociais/wp-content/uploads/sites/11/2018/05/LUNA-BARRETO-DE-MEDEIROS.pdf>>. Acesso em: 11 Jun. 2022.

MEDEIROS, J. A. O processo de reimplantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Campos dos Goytacazes/RJ entre os anos de 2009/2015: avanços e desafios. **Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF/RJ**, 2018. pp. 144. Disponível em: <<https://uenf.br/posgraduacao/politicas-sociais/wp-content/uploads/sites/11/2018/05/JACINTA-DE-AGUIAR-MEDEIROS.pdf>>. Acesso em: 11 Jun. 2022.

MELLO, A. L. S. F. *et al.* Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 01, p. 205-214, Jan. 2014.

MENDES, E. V. A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 02, n. 04, p.533-552, Out.-Dez. 1986.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 05, 2010, p. 2297-2305.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 01, p. 1493-1497, Out. 2009.

MERHY, E. E.. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 04, n. 02, p. 305-314, 1999.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MIRANDA, A. S.; CARVALHO, A. L. B.; CAVALCANTI, C. G. C. S. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 04, 2012, p. 913-920. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a13.pdf>>. Acesso em: 07 Nov. 2017.

MINAYO, M. C. S. Abordagem Antropológica para avaliação de políticas sociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 25, p. 233-238, 1991. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v25n3/12.pdf>>. Acesso em: 15 Nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Fase de Análise ou Tratamento do Material. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**. Hucitec: Abrasco, São Paulo, 3 ed., cap. 04, p. 197-248, 1992.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Editora Vozes, Petrópolis – Rio de Janeiro, 3.ed., 2013, cap.07, 163-190.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? **Caderno de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, n. 9, v. 3, Jul.-Set., p. 239-262, 1993.

MOREIRA, R. S. *et al.* A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.6, Nov./Dez. 2005, p.1665-1675. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/28739/S0102-311X2005000600013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 07 Nov. 2017.

MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Caderno de Saúde Pública**, n. 23, v. 6, 2006, p. 1383-1392. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2007.v23n6/1383-1392/>>. Acesso em: 23 Set. 2018.

MOREIRA, K. S. *et al.* Educação Permanente e qualificação profissional para Atenção Básica. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 1, 2017, p. 101-109. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5682/3010>>. Acesso em: 02 Jun. 2022.

MOSCOVICI, S.. **Representações sociais**: investigações em psicologia social (P. A. Guareschi, trad.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, (Trabalho original publicado em 2000).

MOYSES, S. J. *et al.* Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 3, p. 161-167, Dez. 2013 .

NARVAI, P. C.; ALMEIDA, E. S. O sistema de saúde e as políticas de saúde na produção científica odontológica brasileira no período 1986-1993. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 03, jul.-set. 1998, p. 513-521. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v14n3/0088.pdf>>. Acesso em: 07 Ago. 2020.

NARVAI, P. C.. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 05, n. 02, 2000, p. 381-392. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/vFFR6PPzJkZSDw3jjQYxHkP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 jul. 2022.

\_\_\_\_\_. Saúde bucal coletiva: um conceito. **Odontologia e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 1/2, p. 47-52. 2001. Disponível em: <[https://www.academia.edu/30130470/Sa%C3%BAde\\_bucal\\_coletiva\\_um\\_conceito](https://www.academia.edu/30130470/Sa%C3%BAde_bucal_coletiva_um_conceito)>. Acesso em: 08 Ago. 2020.

\_\_\_\_\_. Saúde bucal coletiva – um conceito. **Odontologia e Sociedade**, v. 03, n. 01, 2001, p. 47-52. Disponível em: <<https://www.academia.edu/download/50589770/Narvai-SaudeBucalColetivaUmConceito-OS-3-2001.pdf>>. Acesso em: 31 Mai. 2022.

\_\_\_\_\_. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 141-147, Ago. 2006.

\_\_\_\_\_. As bocas de nossa gente refletem nossas iniquidades. **RADIS**: comunicação e saúde. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, n. 182, nov. 2017, p.21-22. Disponível em:

<[http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis\\_182\\_web.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_182_web.pdf)>. Acesso em: 14 Nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Ocaso do ‘Brasil Sorridente’ e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. **Tempus, actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 14, n. 1, 2020, p. 175-187.

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

NETTO, J. P.. **Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal**. São Paulo: Cortez, 2006.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva (online)**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400003&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 21 mai. 2020.

NORMANDO, D.. A ciência odontológica brasileira. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v.19, n.2, Mar./Abr. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2176-9451.19.2.014-014.edt>. Acesso em: 08 Ago. 2020.

NOVAES, I. M. **Mercantilização da Saúde e a expansão dos serviços privados odontológicos frente ao processo de universalização da saúde**. UERJ: Tese (doutorado) da Faculdade de Serviço Social, 2017, 290 pp. Disponível em: <<https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/15926/1/Izabel%20Maia%20Novaes.pdf>>. Acesso em 17 Jul. 2022.

OLIVEIRA, J. L. C. Atenção Odontológica no Programa de Saúde da Família (PSF) de Campos dos Goytacazes – RJ após um ano de implantação: a visão dos atores sociais envolvidos. **Tese de doutorado apresentada ao programa de Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia – Araçatuba – SP**, 2003. pp. 146. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/110661/000228492.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 Abr. 2018.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.10 (sup.), 2005, p. 297-302. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500030)>. Acesso em: 14 Nov. 2019.

OLIVEIRA, G. J.; OLIVEIRA, E. S.; LELES, C. R. Tipos de delineamento de pesquisa de estudos publicados em periódicos odontológicos brasileiros. **Revista Odonto Ciência – Faculdade de Odontologia/PUCRS**, v. 22, n. 55, jan./mar. 2007. Disponível em: <<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/62332470/1223-4479-2-PB.pdf>>. Acesso em: 05 Ago. 2020.

OLIVEIRA, E. T. *et al.* Social dentistry in the context of Health Promotion. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 01, p. 75, 2008.

OLIVEIRA, Maria Carolina. Política de saúde do município de Campos dos Goytacazes: uma análise do plano anual de saúde a partir do conselho gestor de política pública. **Anais do XVI ENANPUR**, 2015.

OLSON, M. **A lógica da ação coletiva**: Os benefícios públicos e teoria dos grupos sociais. São Paulo: Edusp (Clássicos; 16), 1 ed. 2. reimp. 2015. 201 p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro, 2011.

PAIM, J. S.. Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. In: BAHIA. Secretaria do Estado da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. **Estágio de vivência no SUS**: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos / Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Salvador: SESAB, 2009, p. 88-115. Disponível em: <<http://lctead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Educa%e7%e3o%20Permanente.pdf>>. Acesso em: 03 Out. 2021.

\_\_\_\_\_. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PAIXÃO, H. H.. Saúde e doença: um estudo de representação social. **Arquivos do Centro de Estudos do Curso de Odontologia**. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 23, n. ½, 1986, p. 09-17.

PAULA, A. C. F.. Percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde de Montes Claros/MG quanto a Saúde Bucal e ao serviço público odontológico. **Arquivos em Odontologia**, v. 45, n. 04, 2009, p. 199-206. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivesmodontologia/article/view/3516/2289>>. Acesso em: 02 Ago. 2022.

PAULA, R. A.. Crise da pessoa e a crise da educação: um estudo na perspectiva personalista de Emmanuel Mounier. **Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás**, 2010, pp.214. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/1079>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. *et al.* (Orgs.) **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 234-250.

PEIRANO, M.. **A favor da Etnografia**. Rio de Janeiro, RelumeDumará, 1995.

PEREIRA, A.; DECARLI, A. Impact of financial crises on oral health indicators: an integrative review of the literature. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, Dez. 2019.

PERES, M. A. *et al.* Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. 90-100, 2012.

PERES, K. G. *et al.* Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 250-258, Abr. 2012.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C.. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, 2013, p. 2095-2104. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/3NTDctsm68Y3yvz7L4tvjtz/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 Mai. 2022.

PIRES, R. R. C.; AMARAL, L. A.; SANTOS, J. C.. Planejamento Governamental e Participação Social. In: CARDOSO JR., J. C.; GARCIA, R. C. (Org.). **Planejamento estratégico em contexto democrático: Lições da América Latina**. Brasília: Ipea, 2014.

PNS. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013**. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 21 Set. 2018.

POPE, C; MAYS. N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 11: Pesquisa-Ação, p. 112-145.

PÓVOA, E. C. **Entre a escuta e a ausculta**: uma crítica à racionalidade médica ocidental, centrada na medicina baseada em evidências. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. 2002, 92 f. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4813>>. Acesso em: 22 Set. 2017.

PUCCA, Jr. G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.01, 2006, p.243-246. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2006.v11n1/243-246/>>. Acesso em: 05 Ago. 2020.

PUCCA, G.A.; GABRIEL, M; DE ARAUJO, M.E; de Almeida, F.C.S. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. **Journal of Dental Research**, v. 94, n. 10, p.1333-1337, Out. 2015.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Gradiva – Publicações, Lisboa. 4ª Edição, 2005, p. 281.

RIOS, L. R. F.; COLUSSI, C. F. Análise da oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, e2018351, 2019.

ROBERTO, L. L.. Dissatisfaction with the dental services and associated factors among adults. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5. Mai. 2017.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 04, 2003, p. 64-73. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/XdM8zW9X3HqHpS8ZwBVxpYN/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 11 Jul. 2022.

ROCHA, L. F.. Teoria das Representações Sociais: a Ruptura de Paradigmas das Correntes Clássicas das Teorias Psicológicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Universidade Paulista, v. 34, n. 01, 2014, p. 46-65. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/wrWbcH7fPm37DBzk6x4JmKK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 Mai. 2022.

RODRIGUES, C. C.; LEITE, I. C. G.; DE PAULA, M. V. Q.. Conhecimento e atitudes em saúde bucal de usuários do serviço público. **Revista APS**, v. 07, n. 01, 2004, p. 08-16. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/SBucal.pdf>>. Acesso em: 01 Ago. 2022.

RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva**. Araçatuba: Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2000, 238p. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/154665/000144171.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 01 Jun. 2022.

ROSA, L. *et al.* Regional inequalities in employment relationships and professional qualification of dentists working in Primary Care. **Revista da ABENO**, n. 21, v. 01, 2021, p. 1-13. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/profile/Manoelito-Silva-Junior-2/publication/353726526>>. Acesso em: 02 de Fev. 2021.

ROSSI, Thais Regis Aranha. **Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil**. EDUFBA, Salvador, 2018, 223 p.

ROSSI, T. R. A. *et al.* Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, 2019, p. 4427-4436. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/KhWhRCfLcStkZ7j987wcgLs/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 01 Jun. 2022.

RUA, J. Relações cidade-campo e urbano-rurais: rerepresentando as urbanidades no rural como elementos constitutivos do espaço em metropolização. In: **GEOgraphia**, Niterói, Universidade Federal Fluminense, v. 22, n. 48, 2020, p. 203-216. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/45717/27408>>. Acesso em: 02 Jun. 2022.

SAINTRAIN, M. V. L. Proposal of a community oral health indicator. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 199, 2007.

SAITO, D. Y. T. *et al.* Usuário, Cliente ou Paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de Enfermagem? **Texto Contexto Enfermagem (online)**: Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 175-183, Jan/Mar 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_21.pdf)>. Acesso em: 01 Fev. 2018.

SALDANHA, M. M.. **Ouvidorias públicas: estratégias para o aprimoramento do sistema democrático**. 2014. 136 f. Dissertação (mestrado) – **Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul** (Campus Ijuí). Direitos Humanos.

SALOTO, J. P. S., MIOTTO, M. H. M. DE B.,; BARCELLOS, L. A. Percepção sobre saúde bucal de usuários dos serviços odontológicos do município de Iúna-ES. **Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde**, v. 09, n. 03, 2007, p. 31-36. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/596>>. Acesso em: 22 Jul. 2022.

SAMAJA, J. **A reprodução social e a saúde**. Salvador: Casa da Qualidade, Salvador, 2000.

SANCHES, H. F., BRAGA, S. C. Melhoria do acesso à Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão de literatura. **Revista APS**, v. 17, n. 03, 2014, p. 397 – 402. Disponível em: < <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15466>>. Acesso em: 01 Jun. 2022.

SANCHEZ, H. F. *et al.* A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. **Trabalho educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 201-214, Abr. 2015.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M.. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.31, n.03, 2012, p. 260-268. Disponível em: < [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v31n3/12.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v31n3/12.pdf)>. Acesso em: 09 Ago. 2021.

SANDEL, M. A Questão da Equidade/ John Rawls. In: SANDEL, M. **Justiça: o que é fazer a coisa certa**. Rio de Janeiro. Ed. Civilização Brasileira. Cap.6, p.175-206. 2012.

SANDRINI, J. C. Saúde Bucal Coletiva: da Reforma de Estado ao resgate da Cidadania. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, n. 3, v. 2, Mai.-Ago. 1999, p. 161- 168. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=325150&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

SANTANA, M. L.. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. Dissertação (Mestrado) – **Departamento de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté**, Taubaté, São Paulo; 2008.

SANTOS, L. E. *et al.* **O discurso popular em Odontologia**. Belo Horizonte, 1988.

SANTOS, A. M. **Saúde Bucal: da fragmentação à integralidade**. Feira de Santana: UES Editora, 2010, 174 p.

SANTOS, M. L. M. F. *et al.* Satisfação dos usuários adultos com a atenção em saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Cadernos Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 02, 2015, p. 163-171. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/6QjPZxdHb6mH4vd6GTgq96N/?lang=pt>>. Acesso em: 22 Jul. 2022.

SANTOS, N. R.. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Revista Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.0 6, p. 1729-1736, Jun. 2018.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de



São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015b, 284 p. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>>. Acesso em: 01 Fev. 2017.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A.. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015, 12pp. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/bH5MT6TgT8NjTmcSxBVs8RM/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 Ago.2022.

SCLIAR, M.. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 01, 2007, p. 29-41. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>>. Acesso em: 09 Ago. 2021.

SEIDL, H. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Revista Saúde e Debate*: Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, 2014, p. 94-108. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NNBGZtcDZR6MH56gb3dWHZS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 Jun. 2022.

SERRA, C. G. A saúde bucal como política de saúde: a experiência de Niterói. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 95-122, Dez. 2001.

SILVA, A. G. I. A Teoria da Representação Social como possibilidade para desvendar a satisfação do usuário. In: TEIXEIRA, E. **Abordagens Qualitativas: trilhas para pesquisadores em Saúde e Enfermagem**, São Paulo: Martinari, cap. 02, 2008, p.43-60.

SILVA, A. T. M. F. A organização da política pública de saúde no município de Campos dos Goytacazes/RJ: uma análise do acesso à Atenção Básica (2007-2011). **Dissertação apresentada na obtenção de título de Mestrado em Políticas Sociais – CCH- UENF**, Campos dos Goytacazes/RJ. 2012, 92p.

SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 8, p.2645-2657, Ago 2017.

SILVA, J. M. N., MOURA, L. F. A. D.. Capacidade para o trabalho de cirurgiões-dentistas da atenção básica: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, 2016, p. 01-10. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbso/a/RgBS6Xp5jy5YFXHGLLvtHnK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 Jun. 2022.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MÁRCIA VALÉRIA, G. C.; MOROSINI; ANAMARIA, D.; ANDREA CORBO (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJ/FIOCRUZ, 2007, p. 27-41.

SILVA, M. E. S.; MAGALHÃES, C. S.; FERREIRA, E. F.. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 813-820, 2010. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/GdRLhkfGcBzyCLz8hx4MYwt/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 Jul. 2022.

SILVA, M. O. S. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. **Revista Katál**. Florianópolis, v. 13, n. 2, 2010, p. 155-163. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/8BFXYrFrDvDYkLvvgKdMwxQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 Jun. 2022.

SILVA SOUZA, J. Associação das condições normativas e subjetivas de saúde bucal com a insatisfação com os serviços odontológicos entre adultos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, Nov. 2018.

SILVEIRA, G. C. S. *et al.* Educação em Saúde Como Estratégia Para o Controle Social em Saúde Bucal. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada** [Internet], v. 01, n. 06, 2006, p. 29-34. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63760106>>. Acesso em: 04 Ago. 2020.

SILVESTRE, J. A. C. *et al.* Do Brasil sem Dentes ao Brasil Sorridente: um resgate Histórico das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 7, n. 2, jul./dez. 2013, p. 28-39. Disponível em: <<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/82/74>>. Acesso em: 01 Mai. 2021.

SILVESTRE, J.A.C.; DIAS, M.S.A.; TEIXEIRA, E.H. Conceptions of health promotion present at the National Oral Health Conferences. **Brazilian Journal in Health Promotion**, v. 25, n. 03, p. 305-310, 2012.

SOARES F. F. *et al.* Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.07, 2011, p.3169-3180. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800017&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 05 Ago. 2020.

SOARES, F. F., CHAVES, S. C. L., CANGUSSU, M. C. T. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Revista Panamericana del Salud Publica**, v. 34, n. 06, 2013, p. 401-406. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v34n6/401-406/pt/>>. Acesso em: 03 Jun. 2022.

SOARES, É. F.; REIS, S. C. G. B.; FREIRE, M. C. M. Características ideais do Cirurgião-Dentista na estratégia saúde da família. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 327-341, Ago. 2014.

SOUZA, R. B. Clientelismo e voto em Campos dos Goytacazes. **Dissertação (Tese), Políticas Sociais - Centro de Ciência do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense**, 2004. 145pp. Disponível em: <<https://royaltiesdopetroleo.ucam-campos.br/wp-content/uploads/2017/03/Clientelismo-e-Voto.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R.. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 08, n. 01, 2010, p. 102-126. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 21 Jul. 2022.

SOUZA, D. C. N. S.; CARDOSO, R. S.. **Sorrisos reais**: o retrato da desigualdade de acesso à saúde bucal no Brasil. TCC (graduação em Jornalismo) – UFSC, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/224445>>. Acesso em: 17 Jul. 2022.

SPINK, M. J. P.. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 01, 2015, p.115-123. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Bw4x8Wq8C5WJRbpFRcDv7KL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 Jul. 2022.

TARGINO, M. G.. Divulgação de resultados como expressão da função social do pesquisador. **Revista de Biblioteconomia de Brasília**, v. 23/24, n. 03, (especial) 1999/2000, p. 347-366. Disponível em: <[https://www.brapci.inf.br/\\_repositorio/2010/04/pdf\\_515b9da872\\_0009767.pdf](https://www.brapci.inf.br/_repositorio/2010/04/pdf_515b9da872_0009767.pdf)>. Acesso em: 14 Jul. 2022.

TAVARES, S. S., DE MELO, A. S., STEFANI, C. M., & PUCCA JR., G. A.. O Brasil Sorridente aos olhos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e da 16ª Conferência Nacional de Saúde. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, v. 14, n. 01, 2020, p. 127-142. Disponível em: <<https://doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2658>>. Acesso em: 12 Mai. 2022.

TEIXEIRA, E. **Abordagens Qualitativas**: trilhas para pesquisadores em Saúde e Enfermagem, São Paulo: Martinari, 2008, 168 p.

THERRIEN, J., & NÓBREGA-THERRIEN, S. “Os trabalhos científicos e o estado da questão: reflexões teórico-metodológicas”. **Estudos em avaliação educacional**, v.15, n.30, jul.-dez. 2004.

TESSER, C. D.; PEZZATO, L. M.; SILVA, E. N.. Medicalização social e odontologia: possíveis aproximações. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 04, p. 1349-1361, Dez. 2015 .

TRAD, L. A. B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da Atenção Básica. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2006, cap. 07, p. 185-204.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**: Rio de Janeiro (*online*), v. 14, n. 02, p. 429-435, Abr./Jun. 1998. Disponível em: <<https://xa.yimg.com/kq/groups/24016195/781530435/name/Impacto+s%C3%B3cio-cultural+PSF.pdf>>. Acesso em: 01 Fev. 2020.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACARA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n. 11, v. 4, 2006, p. 975-986. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000400019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019)>. Acesso em: 17 Nov. 2017.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, Sup.02, 2004, p.190-198. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 Ago 2021.

VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M.; VARGAS, D. S. O risco dos extremos: uma análise da implantação do Programa Mais Médicos em um contexto de volatilidade orçamentária. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, v. 10, n. 26, Mai/Ago. 2016, p. 1313-1326. Disponível em: <<https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/2088>>. Acesso em: 25 Set. 2016.

VARGAS, D. S. Projeto Mais Médicos: as contribuições de uma Política Social de saúde no município de Campos dos Goytacazes – RJ. **Dissertação de Mestrado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF**. Campos dos Goytacazes, 2018, 220 p.

VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M. Impasses na conformação da rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos agentes institucionais. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 32, 2020, 18 pp. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/zT3JcNYCL39FtfwxXxfjQfj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 Jul. 2022.

VERLI, F.; CUNHA SANTOS, S. Dor, ansiedade e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes atendidos no serviço de urgência odontológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 04, Abr. 2019.

VELHO, Gilberto. Individualismo e Cultura: notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea. Rio de Janeiro: Zahar, 1987, 2 ed.

VIACAVA, F.; CARVALHO, C.; LAGUARDIA, J. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.06, Jun. 2018.

VIEIRA, A. P. G. F.; SAINTRAIN, M. V. L. Reflexions on oral health in Brazil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 04, 2013, p. 451.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso, planejamento e métodos**. 2.ed. São Paulo: Bookman, 2001.

WATERMAN, H. Pesquisa-ação e Saúde. In: SAKS, M.; ALLSOP, J.. **Pesquisa em Saúde: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. São Paulo: Roca, 2011, cap. 08, p. 112-130.

WERNECK, M. A. F. A gente (não) quer só política de Saúde Bucal, a gente quer... In: NETTO, O. B. S. *et al.* **Diálogos Bucalheiros: reflexões em tempos pandêmicos**. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021, Diálogo 2, p. 45-74.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 635-667.

WINDHOLZ, E.; HODGE, G. A. Conceituando regulação social e econômica: implicações para agentes reguladores e para atividade regulatória atual. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 264, 2013, p. 13-56. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/14076>>. Acesso em: 20 Abr. 2018.

WHO. World Health Organization. **Officials Records of the World Health Organization**. New York: WHO; 1948.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1986, p. 11-18.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. Genève: WHO; 1998.

APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas					
QUESTIONAMENTOS	GESTORES	PROFISSIONAL DE SAÚDE	USUÁRIOS DO SUS		OBJETIVO DA PERGUNTA
			“que acessam a SB”	“que não acessam a SB”	
Quem é você?					Apresentação do entrevistado, respeitando o sigilo e acentuando sua representatividade na categoria de análise
O que você entende do PNSB?					Conhecimento do Programa Nacional (diretrizes e normativas do Ministério da Saúde)
Sua opinião a respeito do PNSB no município? E no seu território?					Conhecimento da realidade local, segundo as particularidades territoriais em que trabalha e em que reside.
Como está estruturado o PNSB em Campos dos Goytacazes?					Organização e Planejamento do PNSB. Necessidade de resgatar a história para estruturar a implantação e o desenvolvimento do programa.
Quais os pontos positivos do PNSB a nível local?					O sucesso do PNSB municipal
Quais os pontos negativos do PNSB a nível local?					O fracasso do PNSB municipal
Como é trabalhar como profissional do PNSB					Rotina de trabalho
Como é o relacionamento com: - gestores: - outros profissionais: - usuários					Relações de trabalho
Qual (is) a(s) dificuldade(s) de trabalhar na saúde pública no Brasil? E no município?					Desafios do trabalho
Qual o motivo da (não) procura por assistência odontológica?					Compreender fatores relacionados à representação social da SB
O que você entende por Saúde Bucal?					Compreender fatores relacionados à representação social da SB
O que você entende por Participação Social? Atua de alguma forma para a melhoria dos serviços de SB do seu território?					Compreensão e atuação do usuário nos dispositivos de Participação Social
Considerações adicionais					Outros comentários

Fonte: Elaboração própria.