

ELISA LOPES PINHEIRO

**TEORIZAÇÃO SOBRE OS LIMITES À INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2021**

Elisa Lopes Pinheiro

TEORIZAÇÃO SOBRE OS LIMITES À INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu, nível de Mestrado Profissional, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia – área de concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. João Henrique Lara do Amaral

Coorientadora: Prof^a. Dra. Mara Vasconcelos

Colaborador: Prof. Dr. Flávio de Freitas Mattos

Colaboradora: Prof^a. Dra. Viviane Elisângela Gomes

Belo Horizonte
2021

Ficha Catalográfica

P654t

2021

T

Pinheiro, Elisa Lopes.

Teorização sobre os limites à inserção da saúde bucal na estratégia saúde da família / Elisa Lopes Pinheiro. -- 2021.

110 f. : il.

Orientador: João Henrique Lara do Amaral.

Coorientadora: Mara Vasconcelos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Saúde bucal. 2. Estratégias de saúde nacionais. 3. Teoria fundamentada. 4. Modelos de assistência à saúde. 5. Política de saúde. I. Amaral, João Henrique Lara do. II. Vasconcelos, Mara. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

TEORIZAÇÃO SOBRE OS LIMITES À INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ELISA LOPES PINHEIRO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA, área de concentração ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 20 de agosto de 2021, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). João Henrique Lara do Amaral - Orientador
Faculdade de Odontologia da UFMG

Prof(a). Mara Vasconcelos
Faculdade de Odontologia da UFMG

Prof(a). Daniele Lopes Leal
Secretaria de Estado de Saúde de MG

Prof(a). Elgênia Ferreira e Ferreira
Faculdade de Odontologia da UFMG

Prof. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFMG

Belo Horizonte, 30 de novembro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu, Coordenador(a)**, em 30/11/2022, às 13:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.563, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_documento_sbn?acao=documento_conferir&id_documento_acesso_externo=0, informando o código verificador 1931086 e o código CRC 48FADAA2.

Dedico esse estudo ao meu avô Mário Braga Pinheiro (*in memoriam*) e a avó Altina de Carvalho Pinheiro (*in memoriam*). E a todos que lutam por justiça social, pela valorização da ciência e da Saúde Pública.

AGRADECIMENTOS

Seria impossível caminhar sozinha e teria sido muito mais difícil se não fossem essas pessoas que irei agradecer. O mestrado profissional colocou no meu caminho pessoas muito especiais que ficarão marcadas na minha vida para sempre. Sou muito grata a esses encontros!

Agradeço ao professor João Henrique, meu Orientador. Sou muito grata aos ensinamentos e, mais do que isso, por sua parceria, sensibilidade, doação, empenho e gentileza. Admiro sua forma de orientar e ensinar. Lembrarei de cada momento! Foi um privilégio ser sua orientanda. Tivemos coragem, João! Em frente!

À professora Mara, minha coorientadora, à professora Viviane e ao professor Flávio, meus colaboradores. Agradeço pela parceria, colaboração, incentivos e ensinamentos nessa caminhada. Foi um privilégio compartilhar um grupo de estudo com vocês para a realização da pesquisa! Sou muito feliz com esse grupo! Sou grata a Caroline por somar a esse grupo, pela criatividade, carinho e ajuda. Agradeço também a todos professores e professoras do programa do mestrado pela dedicação e reinvenção nesses tempos de pandemia e ensino remoto emergencial.

Agradeço minha mãe Andréa pelo suporte, por acolher e acreditar nos meus sonhos. Ao meu pai Evandro e à minha irmã Letícia pelo apoio e por vibrar comigo a cada conquista. Ao André pelo companheirismo e apoio constante, por sonhar junto comigo. Agradeço toda minha família que, mesmo vivendo momentos de muita tristeza e medo, conseguiram me apoiar e me dar coragem para seguir.

As minhas amigas, esse encontro de almas, Daniela e Mariana, não só pela amizade, companheirismo, ensinamentos, acolhimento, mas por compartilhar sonhos e lutas, por um mundo mais justo e solidário! Um agradecimento especial à querida Maísa que me cedeu casa, aconchego e amizade em Belo Horizonte. À Amanda, pelos conselhos e muitos ensinamentos passados! À toda turma do mestrado, obrigada pelas trocas e convivência! À Sarah, à Ana, à Dani, pela força e pelos risos! Ao Bruno pelo incentivo ao mestrado e amizade!

Agradeço a todos os participantes da pesquisa que contribuíram para que esse estudo fosse possível e à Prefeitura de Juiz de Fora por conceder a possibilidade

desse estudo. Agradeço a UFMG e a todos os colegas, professores e colaboradores que mantem a boa qualidade do ensino público e gratuito e a valorização da ciência.

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

Guimarães Rosa

RESUMO

Este estudo objetivou construir teorização a partir da concepção de atores sociais acerca das razões da não inserção da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado no referencial teórico construído com base na Política Nacional de Saúde Bucal e metodológico na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Foram realizadas 11 entrevistas intensivas com atores sociais da gestão, do controle social e cirurgiões-dentistas do serviço público do município. Os dados foram categorizados segundo a TFD e a partir do processo de análise dos dados, construiu-se a teorização do estudo e obteve-se como categoria central “Consequência de uma concepção hegemônica doença-centrada da saúde para o modelo de atenção à saúde bucal”. A concepção de saúde dos atores sociais do município contribuiu para a não inserção da atenção à saúde bucal na ESF. A teorização permitiu a identificação da origem das condições do fenômeno estudado e poderá contribuir para tomada de decisões dos atores sociais em futuras ações políticas. Esse estudo subsidiou a elaboração do produto técnico, que tem por objetivo compartilhar experiências exitosas, reflexões e troca de saberes entre cirurgiões-dentistas, gestores da saúde bucal e população em geral sobre a PNSB no estado de Minas Gerais por meio da ferramenta de mídia social *podcast*.

Palavras-chave: Saúde bucal. Estratégia Saúde da Família. Teoria Fundamentada. Modelo de Assistência à Saúde. Políticas de Saúde.

ABSTRACT

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

This study aimed to theorize by means of social actors' conception about the reasons for non-inclusion of oral health in the Family Health Strategy in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. This is a qualitative, exploratory, descriptive and analytical study that was based on the grounded theory methodology and National Oral Health Policy. Eleven interviews with public managers, delegates who participate in the municipal health council and dental surgeons who belong to public health service were made. The theorization of the study was created through the data analysis process, which resulted as a central category "a consequence of the dominant disease-centred oral health care model". Data were categorized according to a methodological framework. Local social actors' health concept affected the lack of oral health care teams in the ESF. This theorization identified the origins of the studied phenomenon and can help future local social actors' political decision making. This study supported the development of the technical product, which aims to share successful experiences, reflections and exchange of knowledge between dentists, oral health managers and all population about the National Oral Health Policy in the state of Minas Gerais through the social media tool podcast.

Keywords: Oral Health. Family Health Strategy. Grounded Theory. Health Care Model. Health Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Mapa da localização do município de Juiz de Fora no estado de Minas Gerais e no Brasil.....	43
Figura 2.	Mapa da distribuição das regionais de saúde no município de Juiz de Fora.....	43
Figura 1. (Artigo)	Organograma construído a partir dos dados, apresenta a atenção à saúde bucal na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.....	66

LISTA DE TABELAS

Quadro 1. Quadro de Categorias, subcategorias e dados brutos da pesquisa.....60

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
eSB	Equipes de saúde bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JF	Juiz de Fora
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MG	Minas Gerais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UOR	Unidades Odontológicas Regionais
PJF	Prefeitura de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1. O Sistema Único de Saúde	17
2.1.1 A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família	18
2.1.2 Redes de Atenção à Saúde.....	20
2.1.3 Política Nacional de Atenção Básica e Atenção à Saúde Bucal.....	21
2.1.4 A Política Nacional de Saúde Bucal	22
2.2 Modelo Assistencial.....	23
2.2.1 Modelo assistencial de saúde bucal	30
2.4 Gestão dos serviços de saúde	31
2.6 Financiamento da saúde bucal.....	34
2.5 Participação popular na saúde	35
2.6 Prática e perfil profissional do cirurgião dentista no serviço público.....	37
3 OBJETIVOS	38
4 METODOLOGIA EXPANDIDA	39
4.1 Desenho do estudo	39
4.2. Referencial teórico-metodológico	40
4.2.1 Referencial teórico	40
4.2.2 A Teoria Fundamentada nos Dados.....	40
4.3 Local de estudo	41
4.4 Sujeitos do estudo.....	44
4.5 Coleta de dados	44
4.6 Análise dos dados	46
4.7 Considerações Éticas.....	49
4.8 Produto Técnico	49
5 RESULTADOS	52
5.1 Artigo.....	53
5.2 Produto Técnico	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	82

APÊNDICE A – Roteiro semiestruturado utilizado como guia para as entrevistas do estudo	89
APÊNDICE B – Exemplo de codificação aberta.....	90
APÊNDICE C – Exemplo de memorando.....	91
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	92
ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	94
ANEXO B – Carta de Anuência da Secretária de Saúde da PJF.....	98
ANEXO C – Normas de submissão de artigo da revista Ciência e Saúde Coletiva.....	99
ANEXO D – Comprovante de Submissão do artigo	110

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve na sua origem o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira constituído por mobilizações de diversos setores da sociedade pela superação do modelo assistencial hegemônico biomédico (PAIM *et al.*, 2011). A luta pelo direito universal à saúde, o conceito ampliado de saúde, a descentralização da gestão, a participação e o controle social compunham o rol de reivindicações do movimento e propiciaram a sua incorporação constitucional (PAIM *et al.*, 2011; SOUTO e OLIVEIRA, 2016). O SUS gerou mudanças em todo modelo assistencial quando assume como princípios a universalidade, integralidade, descentralização e a participação da comunidade. O desenvolvimento das políticas de saúde enfatizou a importância do protagonismo da Atenção Primária à Saúde (APS) (CASTRO *et al.*, 2019).

Em 2006 foi instituída a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde (KORNIS, MAIA, FORTUNA, 2011; PAIM *et al.*, 2011). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implementada com o objetivo de reorientar a APS por meio da sua expansão, consolidação e qualificação, evidenciando a família como a centralidade do cuidado e buscando a superação dos problemas provenientes do modelo assistencial biomédico hegemônico (PAIM *et al.*, 2011). As práticas de saúde na ESF são orientadas pelos determinantes sociais de saúde, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, comunitário, cultural e territorial. As equipes atuam por meio do trabalho multiprofissional, ações de Vigilância em Saúde e a Promoção da Saúde (FERTONANI *et al.*, 2015). A adesão à Saúde da Família contribuiu no enfrentamento das iniquidades em saúde e nas respostas frente as necessidades de saúde da população. (CASTRO *et al.*, 2019).

O modelo assistencial de saúde bucal no período anterior à criação do SUS era caracterizado por ser ineficiente, mal distribuído e com baixo acesso, descoordenado, altamente complexo, com enfoque curativo e mercantilista (NARVAI, 2006). As críticas a esse modelo foram compartilhadas na 7ª Conferência Nacional de Saúde em 1980, assim como o conceito de saúde bucal coletiva, que busca romper com o paradigma biomédico operante, inserindo a epidemiologia como uma aliada e

reforçando o compromisso com a promoção da saúde e com a defesa da cidadania e da saúde bucal como um direito (RONCALLI, 2006).

Na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1986, a saúde bucal foi definida como um direito de cidadania e as ações pertinentes ao cuidado na área foram consideradas parte do conjunto dos procedimentos oferecidos pelo sistema de saúde. Após 17 anos dessa conferência, a saúde bucal foi, finalmente, contemplada nas políticas públicas nacionais por meio do programa de governo intitulado “Brasil Sorridente” (NARVAI e FRAZÃO, 2008; PUCCA *et al.*, 2015), o que levou ao Brasil ser um dos poucos países com sistemas universais de saúde que incluem a atenção à saúde bucal (PUCCA *et al.*, 2015).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) reorientou o modelo de atenção à saúde bucal tendo como referência o conceito ampliado de saúde, o componente social do processo saúde-doença, o fortalecimento do SUS e incorporando os princípios da integralidade do cuidado e da promoção da saúde (BRASIL, 2004; FERTONANI *et al.*, 2015; SCHERER e SCHERER *et al.*, 2015). Os princípios norteadores das ações de saúde bucal segundo a política, complementam os princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS, sendo eles: a gestão participativa na definição de políticas e gestão dos serviços de saúde bucal; a ética regendo todas as ações de saúde; a busca pelo acesso universal da assistência; o acolhimento, considerando a pessoa em sua integralidade biopsicossocial; o vínculo entre equipe de saúde e usuário do serviço e a responsabilidade profissional na resolutividade dos problemas associados ao processo saúde-doença do território (BRASIL, 2004).

A inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família é uma estratégia fundamental para a reorientação do modelo assistencial. Para isso, foram destinados recursos financeiros para as ações de saúde bucal, bem como o incentivo à educação em saúde, a utilização de indicadores epidemiológicos para conhecer a realidade da saúde bucal e gerenciar ações de enfrentamento, a vigilância em saúde e o estabelecimento de uma rede de atenção com serviços especializados por meio dos Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (BRASIL, 2004; PUCCA *et al.*, 2015).

Após 10 anos de implantação da PNSB houve uma série de melhorias em relação a oferta de serviços públicos de saúde bucal, bem como a ampliação do acesso e a redução dos índices epidemiológicos relacionados à acometimentos

dentários como revelado pela Pesquisa Nacional de Saúde bucal - SB Brasil 2010 (PUCCA *et al.*, 2015). Contudo, entre os anos de 2015 e 2017 verificou-se um cenário restritivo político para as ações de saúde bucal com redução da inserção das equipes de saúde bucal (eSB) na ESF, crescimento da oferta de serviços odontológicos privados, restrição no financiamento e queda em indicadores de saúde bucal específicos, como o de primeira consulta programática (CHAVES *et al.*, 2017). Além disso, foram encontradas dificuldades na implantação da PNSB nos municípios (FERTONANI *et al.*, 2015; SCHERER e SCHERER, 2015; SOARES e PAIM, 2011).

A reorientação do modelo de atenção à saúde bucal com inserção na ESF não ocorreu em parte dos municípios brasileiros (MATTOS *et al.*, 2014; THUROW *et al.*, 2015), sendo necessário que os motivos sejam investigados.

O processo de implementação de políticas públicas em saúde bucal é objeto de estudo de diversos autores (AQUILANTE e ACIOLE, 2015; CALDAS *et al.*, 2018; SOARES e PAIM, 2011). Contudo, são escassos os trabalhos sobre a concepção dos sujeitos envolvidos na sua implantação em diferentes contextos políticos.

Portanto, este estudo teve como objetivo construir teorização acerca das razões da não inserção da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, a partir da concepção de atores sociais gestores em saúde, cirurgiões-dentistas inseridos no SUS municipal e membros do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Este estudo possui ineditismo por buscar compreender o fenômeno a partir da concepção de atores sociais, sendo a sua teorização fundamental para o desenvolvimento das políticas de saúde. A teorização construída neste estudo poderá contribuir com a tomada de decisão dos gestores públicos em relação à melhoria da atenção à saúde bucal em consonância com os princípios da PNSB, bem como fortalecer a ação do controle social em relação a saúde bucal no SUS.

Os resultados desse estudo foram publicizados em formato de artigo científico e na produção de um produto técnico em formato de *podcast*. O produto técnico foi elaborado em decorrência dos desdobramentos dessa pesquisa em que foi percebida a necessidade de se fortalecer a PNSB a partir do compartilhamento de evidências científicas, reflexões a respeito da política e de experiências exitosas geradas no SUS do estado de Minas Gerais, a fim de torna-las acessíveis aos profissionais da saúde bucal, aos gestores públicos e a população.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O Sistema Único de Saúde

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária, no final da década de 1970, foi constituído pela mobilização de diversos segmentos sociais pela redemocratização, direito à saúde para todos e superação do modelo hegemônico de assistência biomédico e liberal (BEZERRA e SORPRESO, 2016). A luta pelo direito universal e inalienável à saúde, o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, a descentralização, a regionalização, o controle social e a idealização de um sistema único de saúde compunham o rol de reivindicações do movimento (SOUTO e OLIVEIRA, 2016). O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde configurou a Reforma Sanitária como um projeto de políticas articuladas (PAIM, 2009) que, grande parte delas, foram atribuídas à Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e à Lei Orgânica da Saúde em 1990 (BRASIL, 1990). O movimento apresenta-se também como uma experiência conflitante que é antagônica à tendência hegemônica de reformas neoliberais da década de 1990 e, “afirma a indissociável conexão entre a reforma democrática/republicana da saúde e um projeto de desenvolvimento inclusivo para o País” (SOUTO e OLIVEIRA, 2016, p. 210).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído nos preceitos do conceito ampliado de saúde e como direito fundamental, sendo uma conquista relevante do ponto de vista cultural (consciência sanitária crítica) e de cidadania (PAIM, 2018). É dever do Estado prover condições para o seu exercício, por meio dos princípios da universalidade; equidade; integralidade; e diretrizes: participação da comunidade; descentralização político-administrativa em cada esfera de governo, visando a regionalização e hierarquização dos serviços; igualdade da assistência; direito à informação, entre outros (BRASIL, 1990).

O SUS gerou mudanças em todo modelo de atenção à saúde brasileiro em aspectos de: governança e organização, em que houve a incorporação de princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade; no financiamento da saúde, como parte dos gastos com a seguridade social acrescido de recursos federais, estaduais e municipais; mudanças nos sistemas de saúde assistenciais, com a incorporação da atenção primária à saúde e adesão da Estratégia

Saúde da Família como reorientadora do cuidado, além de um rol de políticas de saúde voltadas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, redução de danos, ciclos de vida e linhas de cuidado. O SUS contribui para o aumento do acesso aos serviços, da equidade em saúde e melhora na saúde da população. (CASTRO *et al.*, 2019).

2.1.1 A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um componente estrutural para o enfrentamento das necessidades de saúde da população considerando os determinantes sociais. A partir de uma APS organizada é possível melhorar a eficiência do sistema com retorno para a saúde da população uma vez que “ela organiza e racionaliza o uso de todos os recursos direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde” (STARFIELD, 2002, p. 28). O modelo atual da atenção à saúde brasileira é organizado por meio da Atenção Básica (termo utilizado pelo estado brasileiro para APS), visando a integralidade, a equidade e a universalidade da saúde (BRASIL, 2017).

Existem distintas interpretações de APS decorridas de seu processo de constituição histórico e pela ambiguidade em se tentar instituir, em um mesmo país, uma concepção abrangente de saúde em consonância a uma nítida hegemonia da concepção de saúde centrada na doença (MENDES, 2012), como é reproduzido pelo modelo assistencial biomédico (FERTONANI *et al.*, 2015). Para Mendes (2012), há três interpretações principais: APS seletiva, APS como nível primário de um sistema de saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Essas três concepções podem coexistir em um mesmo país.

A interpretação de APS seletiva se configura em um programa destinado exclusivamente a populações e regiões pobres, focalizado, oferecendo um arcabouço de tecnologias simples e de baixo custo e sem referenciamento a níveis de atenção de maior complexidade. A interpretação de APS como nível primário se configura como o modo de organizar a porta de entrada do sistema, de forma que responda aos problemas mais comuns de saúde, com o intuito de reduzir custos econômicos e satisfazer as demandas da população, por meio da oferta de médicos de família ou clínico geral. Já a interpretação de APS como organização do sistema de atenção à saúde, entende que a APS é capaz de apropriar, recombinar e reordenar todos os

recursos do sistema a fim de responder e satisfazer às necessidades e representações da população, articulando e coordenando a Rede de Atenção à Saúde. Esta última interpretação é a mais compatível com a proposta das RAS (MENDES, 2011).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi inspirado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que tinha como principal objetivo reduzir a mortalidade infantil e materna, de grupos específicos, em especial nas regiões Norte e Nordeste do país, em áreas com baixo acesso e cobertura de serviços de saúde (PAIM *et al.*, 2011). Com os bons resultados, principalmente na experiência do Ceará, foi percebida a importância dos agentes comunitários para a atenção básica, a necessidade de integração dos agentes à equipe de saúde e o enfoque na família como unidade de ação (ROSA e LABATE, 2005). Então, o PSF criado em 1994 a fim de reorientar o modelo assistencial por meio da APS, a partir de uma nova forma de produzir saúde, tendo o núcleo família como centro do cuidado (PAIM *et al.*, 2011).

Em 2006 foi instituída a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde (KORNIS, MAIA, FORTUNA, 2011; PAIM *et al.*, 2011). A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui, portanto, uma iniciativa para superar os problemas provenientes do modelo assistencial biomédico hegemônico fortalecendo a implementação dos princípios do SUS. As diretrizes da ESF configuram um novo modelo assistencial, em que as práticas de saúde são orientadas pelos determinantes sociais, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, comunitário, cultural, e territorial, além de estabelecer ações intersectoriais de Vigilância em Saúde e a promoção da saúde (FERTONANI *et al.*, 2015). O processo de trabalho se dá por meio de uma equipe multiprofissional mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, além da equipe de agentes comunitários de saúde podendo incluir as equipes de saúde bucal, compostas por cirurgiões dentista, auxiliar e/ou técnico de saúde bucal, em uma unidade básica de saúde, delimitada por um território com uma comunidade adscrita (BRASIL, 2017).

A ESF é prioritária para expansão e consolidação da atenção básica à saúde sendo de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais apoiar e estimular a sua adoção pelos municípios (BRASIL, 2012).

Ainda que no SUS a estratégia oficial para a APS seja a Saúde da Família, o que ocorre na realidade é a mistura de elementos culturais, técnicos e operacionais das outras interpretações de APS mais restritas. Mendes (2012, p.58) defende que

a institucionalização da APS do SUS como Estratégia de Saúde da Família (ESF) significará dois grandes movimentos de mudanças: a superação do ciclo da atenção básica à saúde pelo ciclo da atenção primária à saúde e a consequente superação do programa de saúde da família (PSF) pela consolidação da estratégia de saúde da família (ESF).

2.1.2 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população. (MENDES, 2012, p.47).

A RAS tem como princípios a longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralidade na família, orientação comunitária, competência cultural e ser capaz de garantir a resolubilidade, exercer a comunicação intersetorial e a responsabilização (MENDES, 2012; STARFIELD, 2002). A RAS objetiva melhorar a qualidade da atenção à saúde e da vida das pessoas, os resultados sanitários dos serviços e a eficiência na utilização dos recursos para alcançar a equidade em saúde (MENDES, 2011).

Para sua operacionalização, o modelo de gestão da RAS é realizado de forma sistêmica, onde há integração dos pontos de atenção à saúde e participação ativa da comunidade por meio de conselhos de saúde com governança na rede (MENDES, 2012). As RAS devem responder às necessidades de qualquer natureza expressas pela cidadania nos diferentes territórios brasileiros, alicerçadas pela efetivação do direito a saúde e no objetivo de diminuir as desigualdades em saúde do país (VIANA *et al.*, 2018).

2.1.3 Política Nacional de Atenção Básica e Atenção à Saúde Bucal

A Política Nacional de Atenção Básica é fruto de uma construção coletiva, de diversos atores sociais envolvidos historicamente com o desenvolvimento e consolidação do SUS (BRASIL, 2017). A Atenção Básica pode ser definida como o

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada para os usuários no serviço público de saúde e constitui-se como centro de comunicação da RAS além de coordenar o cuidado e ser ordenadora das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2017; MENDES, 2011). Além disso, a PNAB destaca que a Atenção Básica deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017). Estas determinações foram formalizadas como política pelo Ministério de Saúde inicialmente em 2006, passando por alterações com a publicação da PNAB de 2012 e, recentemente, pela nova versão da política em 2017 (BRASIL, 2017).

A PNSB apresenta a operacionalização da atenção básica: princípios e diretrizes; a infraestrutura, ambiência e funcionamento da atenção básica; as especificidades das equipes de saúde da família; as atribuições dos profissionais da atenção básica e o processo de trabalho; o financiamento das ações. A atenção à saúde bucal está inserida no decorrer do texto da política, bem como a consideração da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), em que são discriminadas as atribuições dos profissionais de saúde bucal na atenção básica, os tipos de eSB, os equipamentos e estruturas odontológicas necessárias para o funcionamento do serviço, (BRASIL, 2017).

As equipes de saúde bucal (eSB) são apresentadas como uma modalidade que pode compor ou não as equipes que atuam na atenção básica, podendo ser de dois tipos: a) modalidade I: cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (AB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e; b) modalidade II: cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB. Importante ressaltar que independente da modalidade adotada, os profissionais

de Saúde Bucal devem ser vinculados a uma equipe de Atenção Básica ou a uma equipe de Saúde da Família, compartilhando a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela população do território adstrito da atenção básica a qual a eSB se integra. O município recebe do Ministério da Saúde equipamentos odontológicos para implantação de eSB em cada equipe de Saúde da Família, por meio de doação direta ou repasse de recursos necessários para adquiri-los.

2.1.4 A Política Nacional de Saúde Bucal

A equipe de saúde bucal foi inserida no programa Saúde da Família no ano 2000 (PAIM *et al.*, 2011). A PNSB - Programa “Brasil Sorridente” (BRASIL, 2004) reorientou o modelo de atenção à saúde bucal, tendo em vista o princípio da integralidade do cuidado e da promoção da saúde e estimulando a inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Com a PNSB foram destinados recursos financeiros para as ações de saúde bucal, incentivo às ações de educação em saúde, utilização de indicadores epidemiológicos, estabelecimento de uma rede de atenção por meio dos Centros de Especialidade Odontológicas e a criação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (PUCCA *et al.*, 2015).

Após a implantação da PNSB, ocorreram avanços na saúde bucal na APS, em relação às ações educativas e de educação permanente, acolhimento, vínculo e corresponsabilização (FERTONANI *et al.*, 2015). Foi mantida a fluoretação das águas de abastecimento público, ampliação da oferta de serviços odontológicos (CHAVES *et al.*, 2017), redução das práticas de mutilação dentária e aumento das ações preventivas coletivas (SANTOS *et al.*, 2020). Contudo, o estudo de Chaves *et al.* (2018) demonstra que entre os anos de 2015 e 2017 verificou-se um cenário restritivo político para a saúde bucal, havendo redução da inserção das equipes de saúde bucal (eSB) na ESF, crescimento da oferta de serviços odontológicos privados, redução no financiamento e queda em indicadores de saúde bucal específicos, como o de primeira consulta programática.

Em relação a inserção das equipes de saúde bucal na ESF, os principais desafios são relacionados à capacitação profissional ou formação adequada para o trabalho na saúde da família (FERTONANI *et al.*, 2015; MATTOS *et al.*, 2014), ao trabalho em equipe multiprofissional, à dificuldade da implantação da integralidade no

serviço e na formação do vínculo entre profissional-usuário, superação de déficits nas condições de trabalho, ao estímulo da participação popular, às ações de gestão, avaliação, monitoramento e ações intersetoriais (FERTONANI *et al.*, 2015, SCHERER e SCHERER, 2015). O estudo de Scherer e Scherer (2015) demonstrou que existem barreiras de acesso aos serviços, com poucos avanços na qualificação da assistência à população e o processo de trabalho é prejudicado pela demanda excessiva e predomínio de ações curativas. As mudanças são incipientes na atenção à saúde bucal com tendência de reprodução do modelo biomédico hegemônico, sendo necessários esforços da gestão e dos profissionais para construir mudanças no modo de produzir saúde.

2.2 Modelo Assistencial

O conceito de modelo assistencial em saúde é considerado polissêmico, utilizado para se referir a diferentes aspectos de um mesmo fenômeno complexo (FERTONANI *et al.*, 2015). Segundo Paim (1999),

Modelo não é padrão, não é exemplo, não é burocracia. Modelo é uma razão de ser - uma racionalidade. É uma espécie de lógica que orienta a ação [...] não é uma forma pré-definida de organizar os serviços de saúde. Também, não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema de serviços de saúde. Modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas.

Entende-se como modelo assistencial ou modelo de atenção à saúde uma combinação de saberes e técnicas para responder às necessidades coletivas de saúde e de indivíduos, não somente no âmbito organizacional e de gerenciamento dos serviços, mas também nas relações entre profissionais de saúde e usuários quando intermeadas por tecnologias (materiais e saberes) constitutivas do processo de trabalho. Pretende-se assim, intervir sobre problemas e imperativos sociais historicamente definidos (PAIM, 2012). Teixeira e Solla (2006) contribuíram com uma concepção “ampliada” e sistêmica sobre os modelos de atenção segundo três dimensões: gerencial (mecanismo de processo de reorganização das ações e serviços), organizativa (relações entre os espaços de prestação de serviços) e a dimensão técnico-assistencial (relações estabelecidas na prática e processo de trabalho em saúde nos planos da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação).

No Brasil, ao longo do século XX, podem ser identificados os modelos assistenciais: sanitário campanhista (de saúde pública), modelo clínico liberal ou médico assistencial privatista, modelo racionalizador reformista (FERTONANI *et al.*, 2015), modelo de assistência médica previdenciário e modelo Medicina Comunitária (SILVA JÚNIOR, 1996).

É importante salientar que o modelo de Medicina Comunitária é composto por uma integração de elementos estruturais que foram importantes para a compreensão do modelo assistencial defendido pelas políticas de saúde brasileiras atuais, são eles: o coletivismo restrito, que inclui a dimensão de saúde das populações e da comunidade sem a incorporação de determinantes sociais macros de saúde; a integração de atividades promocionais, preventivas e curativas, buscando integrar o ato médico para torná-lo mais eficaz e eficiente em áreas de maior vulnerabilidade social e alto risco de agravos; a descentralização de recursos, que visa a universalização da oferta de serviços por meio da hierarquização dos níveis de atenção, caracterizando o nível primário como mais abrangente, próximo a moradia e trabalho da comunidade de uma região e que é capaz de responder a maioria dos problemas de saúde daquela população; tecnologia adequada, buscando tecnologias mais acessíveis e eficazes para a prática médica na atenção primária; inclusão de práticas médicas alternativas; a utilização de equipe de saúde e a participação comunitária (SILVA JÚNIOR, 1996).

Na Conferência de Alma-Ata em 1978 algumas críticas a esse modelo foram amplamente discutidas, como a concentração de tecnologias na atenção secundária e terciária (PAIM, 2012), resultando em avanços reformistas e na concepção do protagonismo da Atenção Primária à Saúde, destacando a importância da territorialização, do agente comunitário e a articulação intersetorial, com base no conceito ampliado de saúde (GONZALEZ e ALMEIDA, 2010). A Conferência Internacional de Assistência Primária de Alma-Ata em 1978 foi um marco importante na abordagem da saúde uma vez que situou neste campo o fenômeno das desigualdades sociais, a responsabilidade estatal na provisão da saúde e a participação popular no planejamento e implementação de políticas de saúde, além de reafirmar o modelo da Atenção Primária à Saúde como estratégia (BEZERRA e SORPRESO, 2016). Em Alma-Ata os determinantes sociais da saúde adquiriram centralidade (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

No Brasil, a partir da década de 1960, a Medicina Comunitária era um espaço de politização da saúde, reflexões de problemas e de propostas de solução, contribuindo mais tarde com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, numa intensa articulação entre ensino e serviço em diversos estados brasileiros. (SILVA JÚNIOR, 1996).

O modelo assistencial privatista, biomédico e hegemônico orienta sua prática pela doença determinada biologicamente e na ação dos profissionais da saúde (BEZERRA e SORPRESO, 2016). Paim (2012) destaca algumas características desse modelo: ação centrada na doença e na clínica, voltada para demanda espontânea e procedimentos especializados; processo saúde-doença visto como mercadoria e ênfase no biologicismo. Seus fundamentos se encontram na chamada medicina flexneriana, originada nos Estados Unidos da América, que tem como características principais: o enfoque na especialidade, ênfase na prática clínica individual, ausência de prioridade na promoção da saúde e na prevenção das doenças, valorização da assistência hospitalar e formação profissional disciplinar em ciclo básico e profissional. O hospital escola é o campo de prática.

O sistema de saúde brasileiro apresenta disputas entre modelos assistenciais distintos em sua conjuntura, permeando a gestão federal, estadual e municipal, conformando

um mosaico extremamente complexo no qual se evidenciam elementos favoráveis e elementos desfavoráveis à manutenção ou transformação do modelo, que incidem, portanto, na construção da integralidade do cuidado e na acumulação de fatos e processos que podem vir a contribuir para a “reversão” efetiva do modelo médico assistencial hegemônico (TEIXEIRA e SOLLA, 2006, p. 34).

Os sistemas de atenção à saúde podem se apresentar fragmentados em níveis de atenção, crescentes em complexidade, e com articulação ausente entre os níveis. Apresentam modelo de gestão por estruturas isoladas, verticalizadas, em que a participação popular se dá de forma passiva. Faz-se necessário superar essa lógica de organização frente às mudanças epidemiológicas, demográficas e dos determinantes sociais (MENDES, 2012).

Mendes (2012) afirma que há uma incoerência no sistema de atenção praticado no SUS em relação a situação de saúde tendo em vista a transição demográfica acelerada e a tripla carga de doenças, predominantemente doenças

crônicas. As respostas a essas necessidades são inadequadas, voltadas para a doença e condições agudas e não centradas na pessoa. Como proposta, Mendes apresenta os sistemas integrados de atenção à saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Os modelos de atenção à saúde são sistemas que devem organizar a RAS em seu funcionamento, de forma a articular as relações entre os pontos da rede e as intervenções sanitárias, a partir de uma concepção ampliada de saúde, dos determinantes sociais, das necessidades demográficas e epidemiológicas em um período e território, numa sociedade (MENDES, 2011; VIANA *et al.*, 2018).

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi compreendida como um direito de todos cabendo ao Estado assegurá-la de forma universal. Esse princípio fundamenta as diretrizes do SUS (CASTRO *et al.*, 2019; FERTONANI, 2015). A partir de então, ampliaram-se as discussões no âmbito da saúde pública com fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, da promoção da saúde, da vigilância em saúde e da compreensão dos determinantes sociais para a saúde (BEZERRA e SORPRESO, 2016; TEIXEIRA E SOLLA, 2006). A Estratégia saúde da Família configura um modelo de atenção em que há reorientação das práticas por meio dos determinantes do processo saúde-doença, ações no campo da vigilância à saúde e da promoção da saúde, considerando a família e seus integrantes como parte de comunidades socioculturais (FERTONANI, 2015; MENDES, 2012).

Os resultados do estudo de Bezerra e Sorpreso (2016) evidenciaram que o conceito de saúde vem se transformando de acordo com os contextos históricos vivenciados, os quais refletem nas formas de fazer e pensar os sistemas de saúde e, conseqüentemente, propiciam o surgimento de propostas e alterações nos modelos assistenciais em saúde. Embora o avanço na perspectiva do conceito de saúde ampliado tenha ocorrido na direção da promoção da saúde, ainda persistem traços dos modelos hegemônicos de práticas curativistas.

Os modelos assistências se referem aos modos de produzir saúde. Para todos os significados é necessário considerar um determinado contexto histórico, social, cultural, político, epidemiológico e econômico em que são organizados os serviços de saúde, suas práticas e valores. Nesse sentido, representam o modo como a sociedade concebe a saúde e os direitos fundamentais em relação à vida (FERTONANI *et al.*, 2015). O conceito de saúde transparece do modelo assistencial

no que tange a sua estruturação e à capacidade de resolver problemas. Quanto mais abrangente a compreensão dos fenômenos do processo saúde-doença maior a resolatividade do modelo em uma organização social (SILVA JÚNIOR, 1996).

O conceito tradicional de saúde tem como base a ausência de doença. Esta visão restritiva, biológica e médica orienta os sistemas de saúde a abordarem as condições de saúde sob enfoque na cura e no tratamento das doenças (FLEURY-TEIXEIRA, 2009). O conceito ampliado de saúde pode ser compreendido a partir da concepção da promoção da saúde, definido a partir da Carta de Ottawa, em 1986, como:

processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002).

Para este trabalho, nas dimensões gerencial e organizativa dos modelos assistenciais, cabe abordar o sub financiamento da saúde pública no país e seu impacto na infraestrutura e, conseqüentemente, na oferta dos serviços de saúde.

De acordo com a Lei Operacional do SUS (BRASIL, 1990) o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde de cada ente federado. Na Constituição Federal de 1988, o financiamento da saúde ocorreria por meio do Orçamento da Seguridade Social, em que saúde, previdência e assistência estariam juntos, entendendo a pessoa na sua totalidade (DAIN, 2007; MARQUES, 2017). Contudo, no Brasil, com o direcionamento neoliberal das políticas públicas na década de 1990 e orientação do Banco Mundial, que prioriza o setor econômico em detrimento das políticas sociais, assistimos à perda de conquistas importantes na área da saúde. Esse processo leva ao sub financiamento estrutural da saúde e ameaça o SUS (SOUZA, 2019). Portanto, hoje, o SUS dispõe de um menor volume de recursos direcionados ao atendimento das necessidades da população, em comparação ao que foi previsto no momento da sua criação. Nesse sentido, o SUS encontra barreiras para

alcançar o objetivo de ser um sistema universal e equitativo (MENEZES *et al.*, 2019; PAIM, 2018).

O financiamento da saúde sofreu uma série de alterações na década de 1990. Em menos de quatro anos da promulgação da Constituição, houve a interrupção de receita da contribuição, deixando a saúde descoberta, o que obrigou na busca de empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador. Em decorrência disso, em 1997, foi aprovada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) com finalidade de auxiliar o financiamento do SUS, porém, parte da arrecadação foi destinada a outras áreas incluindo a Previdência Social. Os problemas de financiamento do SUS permaneceram, visto que o SUS era considerado de maneira isolada à seguridade social (MARQUES, 2017). A Emenda Constitucional 29 foi aprovada no ano 2000 permitindo que o sistema de financiamento da saúde ganhasse maior estabilidade. Foram definidos patamares mínimos de investimento de recursos da União, dos estados e dos municípios. Apesar disso, não houve um aumento substantivo do gasto federal em saúde (DAIN, 2007). Foram definidos na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29 de 2000, os percentuais de investimento financeiro de cada instância de governo: municipal, estadual e federal, com o intuito de contornar a destinação insuficiente de recursos e as disparidades entre o gasto público e o privado em saúde. Mas a estrutura não se alterou, de modo que o gasto público continuou inferior à proporção do gasto privado (CASTRO *et al.*, 2019).

Em 2016, a EC nº95/2016, alterou o Regime Fiscal e congelou o nível de gasto do governo federal por vinte anos, alterando a regra de repasse novamente e fragilizando ainda mais o financiamento do SUS (MARQUES, 2017; MENDES e CARNUT, 2018; MENEZES *et al.*, 2019). As ações governamentais atuais são conduzidas pela perspectiva neoliberal e por políticas de austeridade, configurando o desfinanciamento do sistema de saúde e a perda de recursos para o SUS. A soma do subfinanciamento crônico (SOUZA, 2019) ao lado desse novo cenário implicarão na redução dos direitos, configurando um SUS não universal, restrito e excludente. Além disso, os retrocessos afetarão diretamente na saúde da população brasileira (MENEZES *et al.*, 2019; SOUZA, 2019).

O Sistema de saúde brasileiro é composto por uma rede de prestadores de serviços, complexa, e pode ser dividido por três subsetores: o público, o privado e o subsetor da saúde suplementar. Historicamente, as políticas de saúde estimularam o

setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde, (PAIM *et al.*, 2011). Diante desse cenário, o SUS enfrenta diversos problemas na manutenção e aumento da oferta da rede de serviços públicos, remuneração dos trabalhadores e na ampliação da infraestrutura pública. A partir da condição de sub financiamento é fortalecido o processo de contratualização de serviços com o setor privado com reforço da ideologia da privatização (PAIM, 2018). Mendes e Carnut (2018) demonstraram que a fragilidade financeira do sistema tem como causa, entre outras, as elevadas transferências de recursos para as modalidades privatizantes de gestão, a exemplo das Organizações Sociais e de fundações estatais com contratos celetistas público/privado.

Marques (2017) delinea três possíveis causas de ordem política, econômica e social para que haja o subfinanciamento do SUS e, em consequência, a impossibilidade de implantação de um sistema público realmente universal no Brasil: a simbiose do público e privado, oriunda do modelo assistencial operativo do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e reforçada com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); o fato do SUS não ter sido parte integrante de projetos políticos de partidos brasileiros, como ocorreu em países europeus influenciados pela social democracia e as restrições ou condicionamentos impostos ao orçamento da união pela posição dependente que o Brasil se encontra na economia mundial.

Segundo Machado e Silva (2019), o SUS foi incorporado na Constituição de 1988 em meio a uma crise econômica e democrática. Relatam que os serviços públicos tem sido prejudicados pelo financiamento insuficiente e pelo fortalecimento do setor privado subsidiado pelo Estado.

As precárias condições de infraestrutura dos estabelecimentos de saúde, principalmente na atenção primária, têm origem no sub financiamento do SUS. A falta de recursos impede a manutenção dos serviços de saúde brasileiros (PAIM, 2018). Mendes (2004) reforçava que para haver melhoria da qualidade da APS é preciso aportes financeiros direcionados aos municípios que permitam adequar a infraestrutura dos serviços bem como a superação da visão hegemônica sobre a APS como algo simples e exclusivamente para pobres.

O estudo de Bousquat *et al.* (2017), que avaliou dados sobre atenção primária à saúde no Brasil, demonstrou que em todos os estados federativos avaliados há unidades básicas de saúde (UBS) com estrutura física prejudicada e que foram

reprovadas pelo instrumento avaliativo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB), inclusive em estados de maior desenvolvimento socioeconômico.

2.2.1 Modelo assistencial de saúde bucal

Anterior à criação do SUS, a prática odontológica correspondia ao modelo assistencial privativo, entendido como odontologia de mercado, e estavam presentes algumas políticas públicas pontuais, em determinados estados e cidades, com práticas da Odontologia sanitária voltadas a grupos específicos sendo, portanto, não universais (NARVAI, 2006). Contudo, após a Segunda Guerra Mundial, houve o surgimento da concepção do conceito ampliado de saúde da Organização Mundial da Saúde (1948) e da odontologia sanitária a respeito da produção dos serviços odontológicos na modalidade estatal. O sistema público atendia somente os trabalhadores contribuintes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) por meio de contratualizações com iniciativas privadas (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008).

O Sistema Incremental foi um modelo assistencial em saúde bucal implantado pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, a qual era responsável pela assistência à saúde da população desde a década de 1950 (NARVAI, 2006). Esse sistema consistia em uma proposta de prestação de serviços odontológicos onde prevaleceu a ação restauradora. Seus resultados foram mais satisfatórios na saúde pública em grupos de escolares, no avanço da fluoretação das águas como medida de prevenção da doença cárie, como marco da programação do serviço público odontológico no sentido de romper com a hegemonia da livre demanda em consultórios privados. Entretanto, o modelo se mostrou insuficiente na prevenção de doenças e agravos bucais. (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008).

Forjada pelos movimentos sociais e dentro do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, a saúde bucal coletiva surgiu como um modo ideológico e operativo contra-hegemônico, a fim de levar a saúde bucal para o SUS (RONCALLI, 2006). Assim, a saúde bucal coletiva busca romper com modelos assistenciais restritivos e tecnicistas, incluindo a epidemiologia como uma aliada, reforçando o compromisso com a qualidade de vida da sociedade e com a defesa da cidadania e da saúde bucal como um direito (NARVAI, 2006).

Para Narvai (1992), a atenção à saúde bucal consiste em um conjunto de ações que incluem a assistência odontológica individual, ações coletivas, bem como ações intersetoriais que atuem concomitantemente junto aos determinantes sociais do processo saúde-doença, por meio de articulação e coordenação multissetorial. Com a consolidação do SUS, a partir do ano 2004, foi implantada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) com a publicação de suas diretrizes. A PNSB estabelece um modelo assistencial de saúde bucal na saúde pública, apontando para a criação das redes de atenção em níveis de complexidade assistenciais, a inserção da saúde bucal na atenção primária à saúde, bem como a importância do cuidado integral no sentido da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde bucal para todos e de forma equânime (BRASIL, 2004).

É importante salientar que, apesar da odontologia ter alcançado a abrangência do serviço público avançando em alguns aspectos em relação aos princípios do SUS e da saúde bucal coletiva, a odontologia de mercado sempre esteve presente na prática odontológica do sistema privado de saúde brasileiro (NARVAI, 2006). A oferta privada de serviços odontológicos é a predominante no Brasil nos dias atuais (CHAVES *et al.*, 2018).

2.4 Gestão dos serviços de saúde

Em relação à gestão dos serviços de saúde, é preciso abordar inicialmente o modelo de federalismo brasileiro e sua relação com os princípios da descentralização, municipalização e regionalização. No federalismo brasileiro, instituído a partir da Constituição de 1988, os municípios são entes federativos com autonomia política, administrativa e financeira, com competências constitucionais e infraconstitucionais bem estabelecidas. Cada município apresenta suas características sociodemográficas, epidemiológicas, econômicas, populacional e territorial. A descentralização é uma das diretrizes básicas do SUS (BRASIL, 1990). As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada com garantia da descentralização nas decisões realizada por meio de gestão única em cada esfera de governo (PESTANA e MENDES, 2004, MELLO *et al.*, 2017).

No início da década de 1990, como parte do processo de implantação do SUS, as ações e serviços de saúde foram municipalizados. A municipalização foi um

processo de descentralização política, social, técnica e administrativa do sistema de saúde. É importante contextualizar historicamente o momento político, econômico e as forças sociais atuantes nesse processo: houve vitória ideológica no campo da saúde neoliberal, em que privatizações radicais do sistema de saúde e desresponsabilização do Estado sobre as políticas sociais eram a pauta do governo, contrariando o disposto na Constituição de 1988 e “despoliticando a saúde” (PAIM *et al.*, 2011). Ao mesmo tempo, defendia-se que o modelo de atenção à saúde local deveria responder à epidemiologia e às reais necessidades da população do município. Esse processo foi denominado municipalização restrita, caracterizado por uma forte tendência a reprivatizações em municípios de médio e grande porte, os quais possuem oportunidades de contratualizações. A esse fenômeno marcado por uma falta de reorganização do serviço pela gestão deu-se o nome de “inampização” (TEIXEIRA, 1991). A municipalização foi regulamentada por meio da Norma Operacional Básica 01/91 (PESTANA e MENDES, 2004).

A Norma Operacional Básica SUS/93 institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartites (união, estados e municípios) e Bipartites (estados e municípios), propiciando a criação de um fórum permanente de negociações e impulsionou a municipalização dos serviços e as formas de gestão incipiente, parcial e semiplena. Com a NOB 01/96 consolidou-se a política de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal na função de gestão do sistema de atenção à saúde (PESTANA e MENDES, 2004). Houve um grande aumento da municipalização e a Norma de Organização da Assistência à Saúde de 2001 e 2002, instituída com o título de “Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso”, orientou para a necessidade de se organizar os espaços territoriais de forma a contemplar, além dos municípios, os módulos, as microrregiões, as macrorregiões e as regiões de saúde, onde se articulariam as redes assistenciais. Deu ênfase ao planejamento regional integrado com instituição de um instrumento de ordenamento da assistência chamado Plano Diretor de Regionalização em cada estado e ao fortalecimento do papel do gestor dos estados para garantir a integralidade da atenção (REIS *et al.*, 2017).

No ano de 2006 o Pacto pela Saúde apresentou a regionalização como estratégia essencial para consolidar o SUS, sendo responsabilidade das três esferas de governo instituir e coordenar o processo das relações intermunicipais, a fim de garantir a integralidade superando a fragmentação do cuidado, as dificuldades de

financiamento em municípios de pequeno porte e a incapacidade de gestão (PAIM *et al.*, 2011). A literatura traz muitos estudos que avaliaram o processo de descentralização e a gestão em saúde (CECÍLIO *et al.*, 2007; LORENZETTI *et al.*, 2014; OUVERNEY *et al.*, 2019; PINAFO, CARVALHO e NUNES, 2016; SILVA *et al.*, 2020); O estudo de Pinafo, Carvalho e Nunes (2016) analisou a descentralização da gestão em saúde para o ente municipal e suas implicações para o acesso e a atenção integral ao usuário por meio de “*scoping review*” e verificou que: houve uma ampliação do acesso à atenção básica; há problemas no planejamento, avaliação e intersectorialidade das ações; instrumentos de planejamento e gestão são limitados; os municípios encontram problemas no referenciamento para alta e média complexidade; o financiamento da saúde demonstrou ser uma barreira para a descentralização. Estudo de Silva *et al.* (2020a) demonstrou que a atenção básica se revela como política preterida à administração pública em nível municipal, principalmente quando o município possui parcerias e contratualizações com a iniciativa privada para a atenção de alta e média complexidade, drenando o financiamento do Tesouro Municipal para esses serviços. Ouverney *et al.* (2019) demonstraram limitações estruturais ao aperfeiçoamento da capacidade de gestão local, em que acrescentam a judicialização da saúde, redução do financiamento federal, diálogo incipiente com órgãos de controle externo e necessidade de formação dos conselheiros municipais de saúde. Em relação aos municípios-polos no âmbito da regionalização intermunicipal, o estudo de Cecílio *et al.* (2007) demonstrou que os gestores se sentem sobrecarregados com a assistência a pessoas de outros municípios e avaliam que o repasse financeiro recebido não cobre suas despesas.

A gestão da saúde bucal é peça fundamental na implementação da PNSB no município (CALDAS *et al.*, 2018). A capacidade de governabilidade desses agentes da gestão e o apoio do governo local é fundamental para que haja elaboração, planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde bucal nos municípios (SOARES e PAIM, 2011). Andraus *et al.* (2017) identificaram as principais dificuldades enfrentadas pelos gestores e cirurgiões dentistas no desenvolvimento de políticas de saúde bucal, em um município no interior do estado de Minas Gerais. Segundo este estudo, a gestão do planejamento e do processo de trabalho é caracterizada por ações isoladas, dificuldade do trabalho em equipe, há baixo apoio institucional, não há integralidade e intersectorialidade na APS e é reduzido o acesso aos indicadores e parâmetros para diagnóstico e planejamento em saúde. SCHERER

e SCHERER (2015) realizaram uma revisão de literatura a respeito da implementação, após dez anos, da PNSB nos municípios na perspectiva da APS e mostraram que é necessário a ampliação do engajamento e decisão dos gestores e dos profissionais para melhor compreensão da dinâmica do trabalho em saúde e da formação profissional, com intuito de construir mudanças para as realidades de saúde locais.

2.6 Financiamento da saúde bucal

Com a NOB/96, na saúde bucal, foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB) que repassava os recursos automaticamente por um valor *per capita* e sob forma de incentivos, criando um novo modelo de repasse não baseado na produção de serviços com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de atenção básica. Em 2000, o PAB passou a financiar a inserção das eSB no PSF, representando um avanço inédito no financiamento específico para a saúde bucal e permitindo a integração inicial da saúde bucal com a política de saúde do país (KORNIS, MAIA e FURTUNA, 2011).

A PNSB tem seus recursos garantidos em três blocos: na atenção básica; na média e alta complexidade; e na gestão. São administrados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), com fiscalização do Conselho Nacional de Saúde e gerenciamento do Ministério da Saúde. Há subdivisões de blocos de financiamento referentes à saúde bucal (ROSSI *et al.*, 2018), a saber:

- a) Bloco de financiamento da Atenção Básica: repasse a estados, DF e municípios e a prestadores federais conveniados referentes à equipe de Saúde Bucal e Unidade Odontológica Móvel (UOM) e de incentivo adicional de Saúde Bucal;
- b) Bloco de Financiamento – Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar: repasse a estados, DF e municípios e a prestadores federais conveniados referentes a Centro de Especialidades Odontológica municipais e estaduais; à fundos de ações estratégicas e compensações – cirurgia orofacial e tratamentos odontológicos
- c) Bloco de investimento: apresenta rubricas específicas para aquisição de equipamentos e material permanente; ações de implantação de CEO.

A sustentabilidade da oferta das ações e serviços inseridos na PNSB pressupõe a adesão a um conjunto de diretrizes onde se inserem a descentralização e a responsabilização dos gestores locais na provisão e na continuidade desta oferta

(KORNIS, MAIA e FURTUNA, 2011; ROSSI *et al.*, 2018), sendo os municípios os principais financiadores da atenção básica em saúde bucal (CHAVES *et al.*, 2018).

A análise de Rossi *et al.* (2018) sobre o financiamento da saúde bucal no SUS mostrou que entre os anos 2003 e 2012 foi o período de maior crescimento no repasse de verbas federais. Entre 2003 a 2006 houve um expressivo aumento dos investimentos devido à crescente implantação das eSB na ESF, de CEO e das ações do programa Brasil Sorridente. Destaca-se que a expansão das eSB foi menor em outros períodos governamentais. Houve queda no valor dos repasses em 2013, manutenção deles até 2016 e discreta redução em 2017. Os repasses financeiros para a atenção especializada em saúde bucal aumentaram significativamente a partir de 2013, refletindo uma prioridade da política de expansão da atenção especializada no SUS (ROSSI *et al.*, 2018).

Com o congelamento dos gastos em saúde por meio da Ementa Constitucional 95, que legitima as medidas de austeridade fiscal, há uma redução de repasses federais na saúde que contribuem para a depreciação do SUS e, conseqüentemente, gerando efeitos negativos na saúde bucal, favorecendo o mercado privado, perpetuando um modelo excludente e ampliando as desigualdades (MENEZES, *et al.*, 2019; ROSSI *et al.*, 2019).

2.5 Participação popular na saúde

A participação da comunidade é defendida como essencial para o fortalecimento de uma prática democrática e de cidadania (WHO, 2002). No campo da saúde pública, pode-se encontrar outros termos, como: controle social, participação social, participação popular, participação cidadã, entre outros (SANTOS *et al.*, 2020). A ideia de controle social de Gramsci se dá a partir de uma relação dialética entre o Estado e a sociedade civil. O controle social é balizado por uma disputa constante de forças sociais e políticas em um espaço democrático hegemônico. No Brasil, a ideia do conceito de controle social gramsciano foi favorecido em diversos momentos políticos pela mobilização popular diante do enfrentamento do autoritarismo (1960) e da queda da “era de ouro” do capitalismo nos anos 1970, no cenário de abertura democrática (MATOS e FERREIRA, 2015).

A Constituição Federal de 1988 instituiu a participação popular como uma das diretrizes que constituem o SUS. A lei 8142 de 1990 regulamentou a participação

da comunidade como um mecanismo de controle social em torno das políticas e ações de saúde, com a criação dos Conselhos de Saúde (CMS) e Conferências de Saúde, nas instâncias federal, estadual e municipal. O Conselho de Saúde atua no processo de deliberação política, no planejamento, execução, controle, fiscalização, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos, programas e projetos, havendo também a formulação de estratégias, controle e execução da política de saúde (BRASIL, 1990-LEI 8142). A participação é uma conquista social, portanto ela é um movimento contínuo e processual que abarca diversos segmentos da sociedade (SANTOS *et al.*, 2020).

Os CMS são arenas políticas democráticas importantes para reestruturar a atenção à saúde, reformular as relações entre gestores, profissionais e usuários do SUS, além de garantir o exercício do controle social por meio de expressão de demandas e expectativas de vários segmentos sociais do município envolvidos com as políticas de saúde (VENTURA *et al.*, 2020). Contudo, ao longo dos anos e das mudanças no cenário político, um conjunto de práticas vem impactando o cenário dos conselhos: a) limitação em relação à representatividade popular, em que há um processo de oligarquização e elitização dos conselheiros de saúde, frágil relação entre os representantes e o segmento representado, dificuldade de representar a sociedade plural e complexa. Também acontece uma conformação do fenômeno de “policonselheiros”, entendido como um grupo específico de atores sociais que ocupam todos os diferentes conselhos gestores, culminando na profissionalização da função do conselheiro; b) as dificuldades no exercício deliberativo, principalmente por parte de usuários, visto que há a predominância da linguagem técnico-administrativa afastando esses atores sociais do entendimento das decisões, reproduzindo as diferenças culturais existentes na sociedade e que também são refletidas nos conselhos; c) relações estabelecidas entre os atores sociais, marcadas pelas diferenças de linguagem e compreensão dos conceitos do campo da saúde e da gestão, que marginalizam as discussões dos representantes menos escolarizados ou não acostumados com o debate político, demarcando as diferentes posições de poder e tomadas de decisão, onde, de forma geral, os argumentos de atores estatais ou de maior expertise tem maior força; d) a cultura política demarcada por práticas de clientelismo, patronagem, autoritarismo e o paternalismo, reproduzindo a tradição de um arcabouço político nacional (PAIVA, VAN STRALEN e COSTA, 2014).

A partir dessas constatações, o estudo de Matos e Ferreira (2015) mostra que a concepção de participação social seguiu duas interpretações contrapostas na sociedade brasileira, uma vinculada ao projeto político neoliberal e a outra ao projeto de aprofundamento democrático. Essas disputas sofrem desvios conceituais a partir da ideologia neoliberal, da década de 1990 até os dias atuais, onde, na visão da sociedade civil, a participação se dá de forma complementar à atuação do Estado mínimo, operando de maneira despolitizada e por interesses individuais, corporativos e setoriais.

2.6 Prática e perfil profissional do cirurgião dentista no serviço público

O processo de trabalho e o perfil do cirurgião-dentista no serviço público são objetos de estudo de diversos estudos (CHAVES e VIEIRA DA SILVA, 2007; COSTA e ARAÚJO, 2009; MATTOS *et al.*, 2012). A prática da odontologia de mercado, caracterizada como biológica, individualista e privatista continua sendo exercida nos serviços públicos, influenciando o modelo de atenção à saúde bucal na direção da centralidade da clínica odontológica. A formação do profissional não está orientada, em sua maioria, na compreensão crítica das necessidades em saúde bucal, no componente social do SUS e nos mecanismos de gestão em saúde (NARVAI, 2006). Tal fato tem relação direta com a qualidade da assistência e no perfil de prática na atenção à saúde pública (CHAVES E VIEIRA DA SILVA, 2007). As autoras acrescentam que para haver uma mudança de prática profissional é preciso um esforço da gestão local e dos profissionais a partir dos preceitos da Reforma Sanitária e da saúde coletiva.

3 OBJETIVOS

Construir teorização acerca das razões da não inserção da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, a partir da concepção de atores sociais gestores em saúde, cirurgiões-dentistas inseridos no SUS municipal e membros do Conselho Municipal de Saúde.

Desenvolver produto técnico em formato de *podcast*, buscando fortalecer a Política Nacional de Saúde Bucal a partir do compartilhamento de evidências científicas, reflexões a respeito da política e de experiências exitosas geradas no SUS do estado de Minas Gerais, a fim de torna-las acessíveis aos profissionais da saúde bucal, aos gestores públicos e a população.

4 METODOLOGIA EXPANDIDA

Este estudo surgiu da necessidade de a pesquisadora compreender o fenômeno da não inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora. A pesquisadora foi aluna do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e, por meio de sua experiência, percebeu que as respostas para a não-inserção da saúde bucal na ESF não estavam claras e não eram conhecidas objetivamente pelos atores sociais envolvidos com a atenção à saúde do município, sejam eles gestores, profissionais do serviço ou do controle social.

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e analítico realizado por meio do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) (*Grounded Theory*) (STRAUSS e CORBIN, 2008). Para isso, foram realizadas entrevistas intensivas com sujeitos envolvidos no fenômeno da não-inserção da saúde bucal na ESF, afim de desenvolver uma teorização explicativa a partir das falas dos sujeitos. A escolha pela pesquisa qualitativa ocorreu devido a possibilidade de considerar os contextos e interações em que os sujeitos estavam inseridos e pela possibilidade de emergir, por meio das concepções dos sujeitos, as condições e fatos que poderiam ter levado à não-inserção da atenção à saúde bucal na ESF no município.

O desenvolvimento do método da Teoria Fundamentada requer do pesquisador um conhecimento teórico e estudo constante dos seus principais elementos constituintes, além de tempo e dedicação (SANTOS *et al.*, 2018). Foram realizadas reuniões para estudo e treinamento do método por meio das quais a equipe de pesquisa pode desenvolver as habilidades para o desenvolvimento do estudo. Participaram do grupo de pesquisa: a pesquisadora principal, aluna da pós-graduação no Mestrado Profissional, quatro docentes de pós-graduação e uma aluna de graduação vinculada ao programa de iniciação científica da Faculdade de Odontologia da UFMG.

4.2. Referencial teórico-metodológico

4.2.1 Referencial teórico

O referencial teórico foi elaborado coletivamente pelo grupo de pesquisadores. Antecedendo a esta etapa a análise crítica e sistemática da PNSB, considerando que ela apresenta diretrizes para organização da atenção à saúde bucal no SUS, constituindo um eixo básico político para reorientação do modelo assistencial na micropolítica (BRASIL, 2004).

Oriunda do campo da saúde bucal coletiva (RONCALLI, 2006), ela busca romper com o paradigma biomédico operante, por meio da incorporação da epidemiologia, da promoção da saúde, em defesa da cidadania e da saúde bucal como um direito. A qualificação da atenção básica é apresentada como pressuposto fundamental para a reorientação do modelo, com a incorporação da saúde bucal na ESF, bem como o estabelecimento da coordenação do cuidado e da Rede de Atenção à Saúde Bucal. As ações de saúde bucal devem ser integradas com as atividades desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS). A PNSB evidencia que a atuação da eSB não deve se limitar ao campo técnico odontológico, devendo se pautar no conceito ampliado de saúde centrado no cuidado, na prevenção e na promoção da saúde. Os CEO configuram a atenção secundária e ofertam procedimentos clínicos complementares aos realizados na atenção básica, devendo ser referenciados pelas eSB. A PNSB orienta a construção da consciência sanitária em profissionais do SUS e usuários, entendendo que a saúde bucal é um direito de cidadania. A gestão dos serviços de saúde bucal deve definir democraticamente a política, assegurando a participação da população, por meio dos Conselhos de Saúde, e de trabalhadores, pois desse modo há uma melhor identificação dos problemas e um delineamento de estratégias de ações mais resolutivas e que respondam as necessidades reais de saúde da população (BRASIL, 2004; PUCCA *et al*, 2015).

4.2.2 A Teoria Fundamentada nos Dados

A Teoria Fundamentada nos Dados é uma técnica metodológica que foi desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss durante a década de

1960, nos Estados Unidos da América. O objetivo do método é desenvolver as teorias a partir da análise baseada em dados, ao invés da dedução de hipóteses analisáveis a partir de teorias existentes (STRAUSS e CORBIN, p. 25, 2008). O método permite a conceituação e conseqüente construção de uma teoria a respeito de uma dada realidade, em um dado tempo e lugar. Neste estudo, a condução metodológica segue orientações de Strauss e Corbin (2008), que possui trajetórias diferentes dos métodos de Glaser, apesar da origem comum da TFD.

Os dados são analisados sistematicamente durante a pesquisa, por meio das codificações, microanálises, deduções e induções. O resultado é a criação de um modelo que explique as condições para a existência do fenômeno social estudado. (SANTOS *et al.*, 2016). O objetivo da TFD, portanto, é gerar uma explicação teórica para um processo, uma ação ou uma interação moldada pela concepção que os sujeitos expressam nos dados coletados (STRAUSS; CORBIN, 2008). Dessa forma, a pesquisa, por ser derivada de dados, oferece melhor discernimento e entendimento sobre os fenômenos.

A teoria explica e define o fenômeno, porém ela pode ser substantiva ou formal. Ela é substantiva quando a teoria considera uma realidade específica no tempo e no espaço, não havendo a possibilidade de ser transferida para outras realidades. Já a teoria formal é caracterizada por ser aplicável em diferentes áreas do conhecimento e em outras realidades, sendo esta menos comum (CHARMAZ, 2009). O resultado encontrado neste estudo a partir do uso da TFD é uma teorização de nível substantivo.

A abordagem metodológica da Teoria Fundamentada se mostra adequada para este estudo por possuir caráter exploratório (BIRKS; MILLS, 2015), uma vez que pouco se sabia sobre o objeto, por possuir capacidade em gerar uma teoria com forte embasamento na realidade local, decorrente da sistematização analítica (Glaser, 1978), além de ter seu foco na compreensão interpretativa dos significados, nas experiências dos sujeitos do estudo (STRAUSS e CORBIN, 2008).

4.3 Local de estudo

Este estudo foi realizado no município de Juiz de Fora, situado no estado de Minas Gerais, região Sudeste, Brasil (FIGURA 1). De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020), a população estimada do

município é de 573.285 habitantes, e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,778. É considerado um município de médio porte e um polo regional de provimento de serviços essenciais na área da saúde, da educação, bem como no campo do comércio e de indústrias (CHAVES, 2011).

Juiz de Fora é sede da Macrorregião Sudeste de Saúde do estado de Minas Gerais, composta por 94 municípios e tem população estimada IBGE/TCU 2011 de 1.575.629 habitantes. A Microrregião Juiz de Fora - Lima Duarte - Bom Jardim de Minas é composta por 25 municípios e com população de 642.353 habitantes. A cidade conta com 8 regiões administrativas, representadas no mapa (FIGURA 2) e 12 regiões sanitárias, com extensa rede de serviços com alta densidade tecnológica, com prestação de serviço ambulatorial e hospitalar à população local e da região (PJF, 2014).

A cobertura populacional dos serviços de atenção básica do município, em novembro de 2019, era de 75,15% e a cobertura de equipes de Estratégia Saúde da Família cobria 60,04% da população (e-Gestor). A atenção à saúde bucal no município possui uma oferta de serviços de atenção básica, secundária e terciária. No ano de 2019 o município apresentava cobertura média estimada da população atendida por serviços de saúde bucal na atenção básica de 11,36%, com nenhuma equipe de saúde bucal inserida na ESF (e-Gestor). Além disso, o município possui cinco Centros de Especialidades Odontológicas distribuídos nas regiões de saúde centro, oeste, norte e sul. O Centro Odontológico de Assistência Especializada a Pacientes com Necessidades Especiais (COAPE) também está credenciado como CEO. Em relação a condição de saúde bucal da população, não foram identificados dados epidemiológicos representativos.

Figura 1. Mapa da localização do município de Juiz de Fora no estado de Minas Gerais e no Brasil.



Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Juiz_de_Fora

Figura 2. Mapa da cidade de Juiz de Fora com representação das regiões administrativas.



Fonte: <https://www.acesa.com/jfmapas/regioes.php>

4.4 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram escolhidos de forma intencional mediante deliberação do grupo de pesquisadores, selecionando informantes-chave capazes de fornecer informações relevantes sobre o fenômeno pesquisado com base em suas concepções e experiências vividas (CHARMAZ, 2009; FLICK, 2009; RITCHIE, LEWIS; ELAM, 2003) no processo da não-inserção da atenção à saúde bucal na ESF. Para que isso fosse possível, realizou-se o convite considerando a disponibilidade dos convidados e a partir de um primeiro informante-chave que indicou atores sociais que poderiam contribuir com o estudo. Na medida em que foram sendo contactados, os entrevistados foram indicando novos informantes que se relacionavam com o tema abordado. Essa técnica foi adequada, visto que o objeto deste estudo implica em questões sensíveis e obscuras de âmbito privado, requerendo o conhecimento de pessoas pertencentes ao grupo envolvido no contexto do fenômeno (FLICK, 2003; RITCHIE, LEWIS e ELAM, 2003).

Os sujeitos deste estudo são agentes da gestão, do controle social e trabalhadores da saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora e agentes da gestão do estado de Minas Gerais, atuantes nos processos da política de saúde bucal do município.

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

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista intensiva (CHARMAZ, 2009), no período entre os meses de novembro de 2020 e maio de 2021.

De acordo com Charmaz (2009), as entrevistas são conversas direcionadas a respeito de um tópico em particular com uma pessoa que tenha tido experiências relevantes no tema investigado. As entrevistas intensivas permitem que a pesquisadora vá para além das experiências descritas, interrompa para explorar um determinado enunciado, solicite mais detalhes ou explicações, reformule a ideia emitida pelo participante para achar sua precisão, volte a um ponto anterior, altere o tópico seguinte da entrevista, valide o participante, manifestando estima pela contribuição com a pesquisa. Assim, as entrevistas permitem que o participante do estudo conte sua história, reflita sobre os eventos anteriores e compartilhe experiências (CHARMAZ, 2009).

As entrevistas foram realizadas de forma remota, por meio da plataforma *Google meet*, com a presença de duas pesquisadoras, uma principal e a outra como suporte. Esta última registrou as suas concepções sobre a entrevista, esteve atenta a tecnologia empregada e à conectividade da chamada. Somente um participante optou pela entrevista presencial fora do horário comercial, nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora (SSPJF). Nesse caso, foram adotadas as medidas de biossegurança recomendadas na prevenção à covid-19.

O contato com os atores foi realizado previamente por mensagem de texto em aplicativo de comunicação remota, e posteriormente formalizado por meio de mensagem por e-mail para repassar as orientações. As entrevistas foram agendadas em datas e horários confortáveis e acessíveis para os participantes e para as pesquisadoras. Não houve perda de dados durante o período da pesquisa. Ademais, os participantes foram orientados a estarem em um local possivelmente calmo, que facilitasse a gravação de áudio sem interrupções, com disponibilidade para participar da entrevista dentro do tempo estimado de 40 minutos de duração.

As impressões iniciais de cada entrevista foram registradas pelas pesquisadoras imediatamente após o término por meio de memorandos, com o intuito de possibilitar ao pesquisador comparações sucessivas e a não perda dos fatos notáveis (CHARMAZ, 2009). Esses memorandos foram intuitivos e tiveram também o objetivo de registrar os *insights* da pesquisadora sobre seus dados. As entrevistas foram gravadas no computador pelo aplicativo *OBS Studio* e transcritas, imediatamente após as entrevistas, em documento de *Word (Microsoft Office®)* para a análise dos dados.

Visando compreender melhor as concepções dos participantes sobre a atenção à saúde bucal em Juiz de Fora, foi produzido um roteiro norteador

(APÊNDICE A) dividido em três momentos: questões abertas iniciais, em que buscou-se conhecer a trajetória profissional dos participantes; intermediárias, em que buscou-se compreender o funcionamento, características e organização da saúde pública e da atenção à saúde bucal do município e qual é concepção dos sujeitos em relação a não-inserção da atenção à saúde bucal na ESF; e questões finais, relacionadas às expectativas da inserção da saúde bucal na ESF no município, além de configurar um momento de maior abertura de fala para os sujeitos exporem sobre suas concepções da entrevista e se havia algo a mais que eles consideraram importante para acrescentar e contribuir com este estudo.

O roteiro foi elaborado de forma coletiva pelos integrantes do grupo de estudo, com base nas informações de domínio público sobre o fenômeno estudado e no conhecimento prévio da literatura sobre o tema da atenção à saúde bucal na saúde pública. No decorrer das entrevistas e da análise concomitante dos dados, como orienta o método (CHARMAZ, 2009; STRAUSS e CORBIN, 2008) foram anexadas novas questões emergidas pelos próprios dados dos participantes e que os pesquisadores consideraram necessárias para a compreensão do fenômeno.

4.6 Análise dos dados

A análise e a coleta dos dados na Teoria Fundamentada são realizadas de forma concomitante, assim como a elaboração de sucessivos memorandos pela pesquisadora. Os memorandos passaram por revisão por pares do grupo de pesquisa durante todo o processo.

A análise dos dados não é estática ou estruturada, mas acontece de forma livre e criativa, permitindo que o pesquisador se mova entre os tipos de codificação, utilizando as ferramentas e procedimentos analíticos sistematizados provenientes do método, para ajudar na emergência de categorias, códigos e conceitos (STRAUSS e CORBIN, 2008).

Conceituar é “a representação abstrata de um fato, de um objeto ou de uma ação/interação que um pesquisador identifica como importante nos dados” (STRAUSS e CORBIN, 2008, p.105). Os conceitos são os blocos de construção da teoria. Para Strauss e Corbin (2008) os fenômenos são “ideias analíticas importantes que emergem dos dados”, representando os problemas, questões, preocupações e assuntos percebidos como importantes para o que se investiga. Categorizar é agrupar

os conceitos que possuem grandes poderes analíticos, porque eles possuem o potencial de explicar e de prever (STRAUSS; CORBIN, 2008). As categorias são conceitos derivados dos dados, agrupados na medida que eles começam a emergir, que representam os fenômenos narrados e percebidos pelos sujeitos do estudo. As subcategorias são criadas a fim de especificar melhor uma categoria, mas não são necessariamente obrigatórias no processo de análise (STRAUSS e CORBIN, 2008).

Após a transcrição de cada entrevista, iniciou-se o processo de análise por meio da ferramenta analítica da codificação. A codificação é um processo dinâmico e fluido, foi realizado pela pesquisadora. Os resultados foram discutidos coletivamente com os outros pesquisadores do grupo.

A análise seguiu o método comparativo de análise indutiva, caracterizado pela comparação constante entre dados, códigos e categorias definidos pelos pesquisadores (STRAUSS; CORBIN, 2008). O processo de análise foi dividido para fins didáticos, por Strauss e Corbin (2008), em três etapas: a codificação aberta, a codificação axial e a codificação seletiva. Essas etapas tem como objetivo encontrar a conceituação e a categorização dos dados que representar o fato, o objeto ou concepção que um pesquisador identifica como importante nos dados. (STRAUSS e CORBIN, 2008).

A codificação aberta configura a primeira etapa para o processo analítico, “por meio da qual os conceitos são identificados e suas propriedades são descobertas nos dados” (STRAUSS e CORBIN, 2008, p.103). Neste momento, utilizou-se a técnica de leitura e codificação palavra a palavra e linha a linha para identificar os possíveis códigos iniciais, a fim de criar um conceito emergido dos dados. Buscou-se fazer as aproximações e comparações entre propriedades e as dimensões de cada categoria, definindo também possíveis subcategorias. Um exemplo de codificação aberta foi apresentado no APÊNDICE B.

A codificação axial tem esse nome devido a capacidade de relacionar as categorias às suas subcategorias criadas, a fim de associá-las e agrupá-las. Uma ferramenta utilizada nessa etapa foi o modelo do paradigma, que auxiliou o grupo de pesquisadores a integrar a estrutura (contexto condicional do fenômeno) e o processo (sequências de ação/interação pertencentes a um fenômeno no decorrer do tempo) (STRAUSS e CORBIN, 2008). Uma determinada categoria era considerada saturada quando não apareciam novas informações durante a codificação.

A codificação seletiva é o processo que tem como objetivo integrar e refinar as categorias para estabelecer um modelo analítico que irá definir uma categoria central. É nessa etapa que ocorre a saturação teórica, em que não há novas propriedades, dimensões ou relações entre as categorias durante a análise. A categoria central representa o tema principal da pesquisa, por meio da condensação de todos os produtos de análise em poucas palavras (STRAUSS e CORBIN, 2008). A categoria central do estudo foi elaborada e discutida por todos os pesquisadores do grupo de forma a refinar a teorização. Ela representa o tema principal da pesquisa, por meio da condensação de todos os produtos de análise em poucas palavras (CHARMAZ, 2009; STRAUSS e CORBIN, 2008). A categoria central do estudo foi elaborada e discutida por todos os pesquisadores do grupo de forma a refinar a teorização. A formulação do modelo teórico sobre a não inserção da atenção à saúde bucal na ESF no município estudado foram ordenadas e integradas a partir das conexões teóricas entre as categorias. A categoria central explica como o problema desse estudo é abordado.

Durante o processo metodológico desse estudo foram redigidos memorandos que se tornaram mais abstratos conforme a pesquisa avançava. Memorandos são registros escritos que contem produtos de análise e as direções e percepções do analista (STRAUSS e CORBIN, 2008). São ferramentas essenciais para o desenvolvimento do método da Teoria Fundamentada e podem ter diversos formatos e variedades, tais como: de notas de codificação, quando se refere ao processo das codificações; notas teóricas, são memorandos sensibilizadores e resumidos de ideias e considerações do analista e notas operacionais, constituídos por lembretes e direcionamentos (STRAUSS e CORBIN, 2008). No decorrer do estudo vários memorandos foram desenvolvidos, um exemplo está contido no APÊNDICE C.

É importante salientar que a interpretação dos dados é situada numa estrutura conceitual baseada na visão de mundo e na linguagem do pesquisador (CHARMAZ, 2009), bem como na leitura constante da literatura científica acumulada sobre o tema principal e, no decorrer da codificação, das categorias e fenômenos emergidos dos dados. A revisão e busca da literatura foi realizada durante todo o percurso da pesquisa e os pesquisadores mantiveram a “mente aberta” em relação aos dados e para os seus significados (SANTOS *et al.*, 2018; STRAUSS e CORBIN, 2008). Além disso, evitou-se forçar os dados a partir de conhecimentos prévios.

4.7 Considerações Éticas

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e aprovado com protocolo número CAAE 35791320.2.0000.5149 (ANEXO A), conforme a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os pesquisadores também receberam a autorização da Secretaria Municipal de Saúde da cidade Juiz de Fora – MG para a realização do estudo em suas dependências (ANEXO B).

Foi apresentado para cada convidado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e só foram entrevistados participantes que assinaram e concordaram com os termos da pesquisa. Os participantes foram informados sobre a gravação da entrevista, os riscos, benefícios e sobre a possibilidade de se recusar a responder qualquer questão específica. As informações cedidas foram tratadas como estritamente confidenciais pelos integrantes da equipe de pesquisa e a preservação da identidade dos participantes foi garantida pela omissão de todas as informações pessoais.

4.8 Produto Técnico

Diante do problema apresentado e discutido pelo presente estudo, sentiu-se a necessidade de estabelecer um canal de comunicação entre o ensino, serviço de saúde, gestão e comunidade, a fim de Fortalecer a Política Nacional de Saúde Bucal no estado de Minas Gerais, por meio do compartilhamento de evidências científicas e reflexões sobre a PNSB geradas em experiências exitosas da saúde bucal no SUS, tornando-as acessíveis a profissionais de saúde, gestores públicos e a sociedade em geral.

O produto técnico desenvolvido é uma ferramenta de comunicação midiaticizada, o *podcast*. Os *podcasts* estão sendo cada vez mais usados como meio de divulgação de informações relacionadas à saúde em ambientes educacionais e também não acadêmicos (BENEDICT *et. al.*, 2021). Podem ser definidos como materiais gravados e arquivados em formato de áudio, disponibilizados em plataformas digitais de *streaming* ou de áudio ou em mídia social (OLIVEIRA, 2020). Por ser um meio polivalente ele tem sido utilizado, entre outros usos, para divulgar conhecimentos científicos, sociais e instruções em contextos institucionais. Além de

ser fácil de produzir e por ter acesso gratuito nas plataformas digitais. O *podcast* pode ser uma ferramenta tecnológica a serviço da educação (CELAYA *et. al.*, 2020).

A escolha dessa ferramenta foi realizada pelo grupo de pesquisadores por apresentar flexibilidade de tempo, de duração e de formato, fácil manejo e edição, acesso gratuito nas principais plataformas de áudio e com baixo custo de produção. Podem ser no formato de bate-papo, entrevistas ou também tendo só um apresentador que irá narrar todos os fatos discutidos no episódio. Além de ter originalidade e alto teor inovativo. Ademais, o conteúdo tem um largo alcance e acessibilidade e permite que as informações cheguem até o público de maneira rápida, democrática e gratuita.

O conhecimento adquirido por meio da formação do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da FAO-UFMG e a troca de saberes entre profissionais, gestores da saúde da rede SUS e academia (docentes e discentes), será transformado em postagens de áudio, no formato de podcast, a serem disponibilizados nas mídias digitais.

Para a elaboração e produção dos podcasts, é necessário seguir alguns passos:

- 1) Organização dos programas de Podcast por temporadas, com planejamento semestral e definição da temática dos episódios, dos convidados, do estilo de programa (entrevista, compartilhamento de experiência, científico), cronograma de elaboração e divulgação do produto.
- 2) Elaboração do conteúdo de cada programa: estudo prévio da temática, contato com os convidados, elaboração do roteiro e rodada de aprovação pela equipe.
- 3) Gravação do programa
- 4) Edição do programa
- 5) Confecção das imagens/infográficos para divulgação do programa de podcast nas mídias sociais do projeto
- 6) Publicação do produto no Spotify.
- 7) Divulgação do produto nas mídias sociais (Instagram, Facebook, Twitter) e dos programas e instituições parceiras
- 8) Atividades de avaliação, monitoramento e interação da equipe com a comunidade ouvinte.

Após a disponibilização dos áudios, será mantida a interação dialógica, entre Universidade e setores sociais, que, assim, trocarão saberes, reconhecendo a legitimidade dos movimentos sociais por meio do diálogo nas plataformas

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados no formato de artigo (FOUFMG, 2017). A revista selecionada para submissão foi a Revista Ciência & Saúde Coletiva (Qualis CAPES: A1). As normas de submissão estão no ANEXO C e o comprovante de submissão está no ANEXO D.

Além disso, foi elaborado um Produto Técnico, em forma de produto de mídias de áudio *podcast*, com a finalidade de fortalecer o conhecimento e a troca de experiências exitosas no SUS em relação a Política Nacional de Saúde Bucal no estado de Minas Gerais, Brasil.

5.1 Artigo

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

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

RESUMO

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

Palavras-chave: Saúde bucal; Estratégia Saúde da Família; Teoria Fundamentada; Políticas de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to theorize by means of social actors' conception about the reasons for non-inclusion of oral health in the Family Health Strategy in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. This is a qualitative, exploratory, descriptive and analytical study that was based on the grounded theory methodology and National Oral Health Policy. Eleven interviews with public managers, delegates who participate in the municipal health council and dental surgeons who

belong to public health service were made. The theorization of the study was created through the data analysis process, which resulted as a central category “a consequence of the dominant disease-centred oral health care model”. Data were categorized according to a methodological framework. Local social actors’ health concept affected the lack of oral health care teams in the ESF. This theorization identified the origins of the studied phenomenon and can help future local social actors’ political decision making.

Keywords: Oral Health; Family Health Strategy; Grounded Theory; Health Policies.

INTRODUÇÃO

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

Apesar da garantia constitucional o SUS não foi consolidado, sendo seu principal desafio de caráter político⁴. A saúde pública brasileira vem sendo conduzida pela perspectiva neoliberal, desde a sua criação. Medidas de austeridade contribuíram para o subfinanciamento crônico resultando em um SUS não universal, restrito e excludente. A Emenda Constitucional nº 95⁵, é uma ameaça aos pressupostos constitucionais do SUS e instala-se um cenário de desfinanciamento do sistema⁶. São muitos os obstáculos e ameaças ao SUS, de cunho ideológico, político, econômico, cultural e organizacional⁴. Entre eles, destacam-se: a reprodução do modelo hegemônico de atenção à saúde com enfoque na doença e em

procedimentos, as dificuldades na construção das Redes de Atenção à Saúde, a precariedade na infraestrutura dos serviços, “a desvalorização dos trabalhadores de saúde, através das terceirizações e da precarização do trabalho”⁴ e o privilégio do Estado ao setor privado da saúde por meio de subsídios, desonerações e sub regulamentação^{2,4}. Esses retrocessos afetam a saúde da população brasileira e a garantia de seus direitos fundamentais^{4,6}.

Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) reorientou o modelo de atenção à saúde bucal incorporando o conceito ampliado de saúde, o componente social do processo saúde-doença, o fortalecimento do SUS e os princípios da integralidade do cuidado e da promoção da saúde^{7,8,9}. Na reorientação do modelo, incluíram-se as equipes de saúde bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Foram destinados recursos financeiros para as ações de saúde bucal, incentivo à educação em saúde, utilização de indicadores epidemiológicos, estabelecimento de uma rede de atenção por meio dos Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) e a criação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)^{7,9}. Nos anos seguintes a 2004, apesar dos incentivos financeiros, a continuidade e a manutenção da sustentabilidade da política foram afetadas por problemas de subfinanciamento, limites na coordenação política e gerencial e na governabilidade nos níveis estaduais e municipais¹⁰. A prática odontológica tradicional permaneceu predominante marcada por conflitos e contradições^{11,12}. Além disso, os profissionais não assumiram como sua a PNSB desobrigando-se da responsabilidade de fazê-la efetiva no cuidado à saúde¹³.

Entre os anos de 2015 e 2017, houve um cenário restritivo político para as ações de saúde bucal com redução da inserção das eSB na ESF, crescimento da oferta de serviços odontológicos privados, restrição no financiamento público, queda em indicadores de saúde bucal¹⁴ e dificuldades na implantação da PNSB nos municípios^{8,12,15}. O processo de implementação de políticas públicas em saúde bucal é objeto de estudo de diversos

autores^{11,15,16}. Contudo, são escassos os trabalhos sobre a concepção dos sujeitos envolvidos na sua implantação em diferentes contextos políticos.

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

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo realizado por meio do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)¹⁹. A TFD tem a finalidade de gerar uma explicação teórica para um processo, uma ação ou uma interação a partir das concepções que os sujeitos expressam sobre o fenômeno estudado²⁰. É adequada por possuir caráter exploratório, quando pouco se sabe sobre o objeto do estudo, por possuir capacidade de gerar uma teoria com forte embasamento na realidade local²⁰ e por ter seu foco na compreensão interpretativa dos significados e nas experiências dos sujeitos¹⁹. O resultado encontrado é uma teorização de nível substantivo²⁰. Essa pesquisa, por ser derivada de dados, oferece melhor discernimento e entendimento sobre o fenômeno¹⁹.

O referencial teórico foi elaborado com base na análise crítica e sistemática da PNSB constituindo um eixo básico político para reorientação do modelo assistencial na micropolítica⁷.

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

Local do estudo

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

Em dezembro de 2020, o município apresentava cobertura estimada da população por serviços de saúde bucal de 11,35% na atenção básica, com nenhuma eSB inserida na ESF. JF conta com cinco CEO distribuídos nas regiões de saúde centro, oeste, norte e sul e 183 dentistas

atuando no SUS. Em relação a condição de saúde bucal da população, não foram identificados dados epidemiológicos representativos.

Sujeitos do estudo

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

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

Coleta de dados

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

dependências da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A solicitação foi atendida considerando a relevância da contribuição do participante. Nesse caso, foram adotadas as medidas de biossegurança recomendadas na prevenção à covid-19. As entrevistas foram agendadas em momentos confortáveis para os participantes. A duração média foi de 40 minutos.

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

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

Análise dos dados

A análise e a coleta dos dados foram concomitantes, assim como a elaboração de sucessivos memorandos¹⁹. A análise ocorreu de forma livre e criativa, utilizando as ferramentas e procedimentos analíticos sistematizados provenientes do método permitindo a emergência de categorias, códigos e conceitos^{19,20}. A revisão da literatura foi realizada durante o percurso da

pesquisa e os pesquisadores mantiveram a “mente aberta” em relação aos dados e para os seus significados¹⁹.

Após a transcrição, foi iniciado o processo de análise dinâmico e fluido por meio da codificação. Seguiu o método comparativo de análise indutiva, marcada pela comparação entre dados, códigos e categorias¹⁹. A codificação foi realizada em três etapas; codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Essas etapas têm como objetivo encontrar a conceituação e a categorização dos dados que representam o fenômeno¹⁹.

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

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

RESULTADOS

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

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

Categoria Central:		
Consequência de uma concepção hegemônica doença-centrada da saúde para o modelo de atenção à saúde bucal.		
Categorias	Subcategorias	Exemplos de dados brutos

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

		<p>e aqui no centro você trabalhar com UOR, que já existem mesmo com atenção básica – P05</p> <p>(Em 2018) a gente montou um estudo de impacto financeiro, para a contratação desse profissional odontólogo e do auxiliar (...). – P05</p> <p>Sempre a gente propunha a implantação das eSB. A gente fazia os projetos para apresentar para as gestões administrativas (...) 10 equipes, no final eu passei para 5 (...) – P06</p> <p>Nós temos aí no nosso Plano Municipal de Saúde previsto (...) 2021 mais 2, integralizando 6 eSB até o final de 2021. – P05</p>		
Diferentes concepções do modelo de atenção à saúde bucal	a. A concepção de modelo assistencial do Conselho Municipal de Saúde é contra hegemônica	<p>Saúde da família não se faz com médico. Se faz com médico, enfermeiro, assistente social, com cirurgião-dentista, com atenção primária, para você ter a prevenção – P08</p> <p>Nós nunca concordamos com esse processo de regionalização (UOR). (...) Vai de contramão com o que o sistema preconiza (...). Tive embates seríssimos nessa questão do processo de regionalização, não concordei, criei até animosidades com as pessoas – P08</p> <p>Olha, a gente percebe isso desde a minha primeira gestão no Conselho em 2001.(...) Pronto para implantar, a gente tentou adequar a legislação para que o cirurgião pudesse fazer 40 horas. E somente agora, em 2016 que a legislação está pronta – P02</p>		
		b. A expectativa do Conselho Municipal de Saúde pela inserção da atenção à saúde bucal na ESF não encontra respaldo na população e entre os cirurgiões-dentistas	<p>Mas não existe uma certa pressão dos usuários, do povo. (...) não se mobilizam pela Odontologia – P01</p> <p>Não há uma demanda evidente de cuidado em saúde bucal. Você procurou ocorrências de saúde bucal na ouvidoria? Não precisa, porque não tem. Grande parte da população não busca a saúde bucal, parece que não há uma necessidade de saúde bucal expressa pela população – P11</p> <p>Então, não é uma demanda comum nos conselhos locais e regionais, no municipal aparece nessas condições por meio de um representante do controle social que tem grau de instrução elevado e conhecimento de causa – P11</p> <p>Não percebo desejo em grande parte do corpo de dentistas para implantar a saúde bucal na saúde da família, a categoria não quer essa mudança. – P11</p> <p>E também é muita falta de coesão social. (...) Isso demonstra a fragilidade. (...) do quanto que ainda é incipiente a discussão da saúde bucal no cenário da importância dessa atenção para a população – P09</p>	
			c. Modelo assistencial à saúde bucal atende ao perfil profissional e às expectativas dos cirurgiões-dentistas	<p>A formação do cirurgião-dentista é muito voltada para a especialização. (...) ele sai querendo ser um especialista, pouquíssimas pessoas têm (disposição para o serviço público) – P03</p> <p>Tem a valorização profissional (...) tem a formação, tem a carreira e tem (...) um certo comodismo, é mais fácil ficar do jeito que está (...). Então talvez com essas coisas todas, a gente não tem uma mobilização forte para conseguir implantação da saúde bucal na ESF – P03</p> <p>A leitura que faço hoje é que os colegas cirurgiões-dentistas da prefeitura aprovam o modelo que está sendo conduzido e ofertado – P11</p>
	a. Escolhas da gestão quanto a aplicação dos recursos oriundos da PNSB			<p>(Em 2004) o financiamento era suficiente, a gente (...) demonstrava que o gasto compensaria... só que com o passar do tempo, com a redução do financiamento do Governo Federal, hoje certamente ele não faz frente mais aos gastos com o profissional. Então equipamento odontológico que era uma coisa caríssima, (...) com a política de saúde de 2004 isso baixou muito o preço. A gente conseguiu comprar muito equipamento... – P03</p>

proporcionada pela PNSB		Ainda temos um caminhar, (...) porque foi com a gestão da saúde bucal (em 2006) (...) quando o governo federal concebeu o Programa Brasil Sorridente, e ele trouxe uma oportunidade de financiamento para odontologia que antes não havia (...) então a gente tinha muita dificuldade com insumo, muita dificuldade de infraestrutura, a partir do Brasil Sorridente as coisas começaram a modificar, e aí nós recebemos financiamentos para implantação de CEO – P05
	b. Emenda Constitucional 95: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento da saúde	É um município que sofre como todos os outros com um grave problema de subfinanciamento do SUS – P01
		O recurso federal de custeio de eSB da ESF, é um recurso pequeno (...) não é suficiente para implantar tudo que se precisa – P07
		O entrave, talvez, mais importante, tem a ver nos últimos anos com o declínio do financiamento – P03
		Então eu não vejo uma grande esperança, que essa possibilidade, de isso ocorrer agora. Ainda mais (...) com a Emenda constitucional 95 que congelou o gasto público nos próximos 19 anos – P01

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

De acordo com os participantes da pesquisa, historicamente, o município configurava-se como um polo tecnológico de saúde, ofertando, até os dias atuais, muitos serviços de alta e média complexidade. A “herança da municipalização” é apresentada pelos sujeitos como uma das condições responsáveis pela manutenção do modelo biomédico, centrado na alta e média complexidade. O financiamento da saúde do município responde a essas prioridades restando insuficientes recursos para a atenção primária. Em função disso, a atenção básica obteve um crescimento tímido ao longo do tempo e apresenta infraestrutura inadequada em grande parte das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dificultando a organização da atenção à saúde bucal na ESF. Na atenção primária, a atenção à saúde bucal é precarizada e é descrita como onerosa e de difícil manutenção.

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

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

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

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

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

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

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

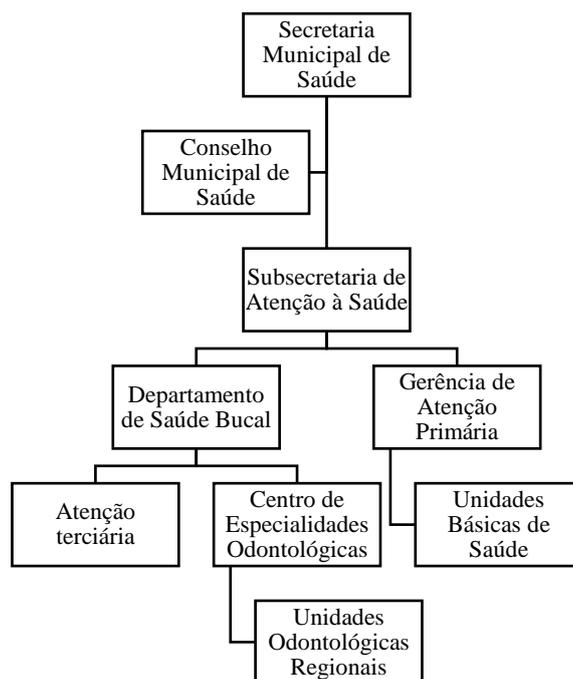
Não há mobilização entre os CD pela inserção da atenção à saúde bucal na ESF, e transparece um certo comodismo dos profissionais em não se engajarem em mudanças na atenção à saúde bucal. Essa concepção é reforçada pelo fato desses profissionais terem alcançado a redução de jornada de trabalho semanal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

A categoria *Perda de janela de oportunidade proporcionada pela PNSB* apresenta fatores internos do município que resultaram na perda de oportunidade do fortalecimento da saúde bucal na APS e de financiamento para a implantação da política. Também apresenta fatores externos relacionados à conjuntura macropolítica e econômica do país, como dificultadores do processo de inserção da saúde bucal na ESF. A conjuntura do desfinanciamento recente foi mais sentida porque faltou o investimento em períodos anteriores. A essa categoria foram associadas como subcategorias: a) escolhas da gestão quanto a aplicação dos recursos oriundos da PNSB e b) Emenda Constitucional 95: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento da saúde.

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

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

Figura 1. Organograma construído a partir dos dados, apresenta a atenção à saúde bucal na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde



DISCUSSÃO

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

Municípios de médio e grande porte, que constituíam polos regionalizados do sistema assistencial do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com um aparato de serviços de média e alta complexidade²⁸ e contratualizações com a iniciativa privada²⁹, passaram pelo processo da municipalização sem que houvesse uma mudança de modelo dos serviços de saúde²⁸. O município estudado foi um polo do INAMPS, permanece como referência na oferta de serviços de saúde pública e privada de alta e média complexidade

e compartilha com outros municípios brasileiros a experiência de hegemonia da reprodução de práticas do modelo biomédico. A não superação desse paradigma tem consequências para a organização dos serviços e a prática dos profissionais de saúde^{12,13,15}.

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

No município, o modelo assistencial biomédico é reproduzido na atenção à saúde bucal em desalinho ao que foi proposto originalmente nas diretrizes da PNSB. Segundo a PNSB⁷ o conceito de cuidado e a concepção ampliada de saúde devem ser o eixo da atenção à saúde com ações de proteção e promoção da qualidade de vida.

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

significa a não superação do modelo biomédico hegemônico e a concepção de saúde centrada na doença e em procedimentos^{13,15}.

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

Os municípios, proporcionalmente, têm maior gasto em saúde dentre as três esferas de governo³⁶. O subfinanciamento crônico do SUS impacta na manutenção da oferta do cuidado em saúde onde se inclui a remuneração dos profissionais⁴, com diminuição significativa nas perspectivas de ampliação de serviços de saúde bucal no país^{6,33,34}. O cenário da precarização da infraestrutura das UBS está presente em todo o território brasileiro³⁵ e impede a ampliação da atenção à saúde bucal na atenção primária.

Com a PNSB⁷, a gestão da saúde bucal no município teve a oportunidade de obter incentivos financeiros para implementação e expansão dos serviços de saúde bucal^{8,9,36}. Ao passo que muitos municípios brasileiros inseriram a saúde bucal na ESF com qualificação da atenção básica^{9,10,16,36}, o município em estudo direcionou recursos para o fortalecimento e implementação dos CEO e consolidação das UOR, apesar de haver uma proposta oriunda do DSB, com apoio do CMS, para a inserção da saúde bucal na ESF.

No município não há mobilização dos CD vinculados ao serviço pela inserção da saúde bucal na ESF. Parece haver conformidade desses profissionais em relação ao modelo assistencial estabelecido pela gestão. Essa postura pode estar associada à formação profissional marcada pela especialização onde prevalece a prática curativista e tecnoassistencial^{12,5,8,37}. Nesse sentido, o CD pode apresentar baixa adesão para o serviço público pois essa ocupação não responderia às expectativas de realização profissional³⁹. É preciso que haja uma formação

pautada nos fundamentos da ESF e na produção do cuidado, em que a centralidade na clínica seja o usuário^{12,38}. Chaves e Silva³⁹ apontam que a hegemonia do setor privado parece influenciar a prática dos CD no setor público. A redução de carga horária semanal concedida em 2016 aos CD no município, pode indicar uma predileção de atuação profissional na clínica privada, estando de acordo com o *modus operandi* da prática odontológica no Brasil^{12,14,37} e no mundo¹³, onde a oferta de serviços de mercado e a forte influência do modelo liberal na Odontologia ainda é predominante^{13,15}.

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

A gestão verticalizada, além de comprometer a proposição participativa e democrática das políticas públicas⁷, pode ocasionar a desmotivação, falta de comprometimento dos profissionais e falhas na oferta dos serviços⁴¹. No município, além da gestão ser exercida de forma centralizada e desarticulada, também existe o distanciamento em relação ao controle

social. Essa condição dificulta a participação popular na gestão do SUS, respostas efetivas aos problemas de saúde, e a definição de modelos de atenção e gestão segundo as demandas sociais e necessidades de saúde⁸.

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

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

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

O estudo apontou a necessidade de se estabelecer a Rede de Atenção à Saúde Bucal⁴⁰, pois a implantação das eSB na ESF não pode ser burocrática, mas parte de um conjunto de iniciativas na consecução da PNSB. Embora o cenário de desfinanciamento federal da saúde^{2,6,4} prejudique a manutenção e ampliação dos serviços de atenção à saúde bucal³⁴, o município deve estabelecer prioridades para a garantia da atenção à saúde com qualidade. Mobilizar atores sociais e fortalecer o controle social em direção a uma consciência sanitária é fundamental para o exercício da cidadania, do enfrentamento das iniquidades e desigualdades e manutenção da saúde como um direito.

CONCLUSÃO

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

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

REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011;377(9779):1778-97.
2. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, de Souza Noronha KVM, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* 2019;394(10195):345-356.
3. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate* 2016;40(108):204-218.
4. Paim JS. Thirty years of the Unified Health System (SUS). *Cien Saude Colet* 2018;23(6):1723-1728.
5. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
6. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate* 2019;43(esp. 5):58-70.
7. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004 [citado 10 ago. 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm
8. Scherer CI, Scherer MD. Advances and challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. *Rev Saude Publica* 2015;49:98.

9. Pucca GA Jr, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res* 2015;94(10):1333-7.
10. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF, Barros SG, Santos CML. Oral health policy in Brazil between 2003 and 2014: scenarios, proposals, actions, and outcomes. *Cien Saude Colet* 2017;22(6):1791-1803.
11. Soares CL, Paim JS. Critical issues for implementing oral health policy in the city of Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2011;27(5):966-74.
12. Pires FS, Botazzo, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde Soc* 2015;24(11):273-284.
13. Néttó OBS, Chaves SCL, Colussi CF, Pimenta RMC, Bastos RS e Warmling CM. Diálogos bucais. Reflexões em tempos pandêmicos. São Paulo: Editorial Pimenta, 2021. Disponível em: www.pimentacultural.com/livro/dialogos-bucais
14. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros TRA. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde em Debate* 2018;42(spe2):76-91.
15. Fertonani HP, de Pires DE, Biff D, Scherer MD. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Cien Saude Colet* 2015;20(6):1869-78.
16. Aquilante AG, Aciole GG. Building a “Smiling Brazil”? Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of São Paulo. *Cad Saude Publica* 2015;31(1):82-96.
17. Caldas AS, Cruz DN, Barros SG, Rossi TRA, Chaves SCL. The oral health policy in a municipality of Bahia: the agents of state bureaucracy. *Saúde em Debate* 2018;42(119):886-900, 2018.

18. Mattos GC, Ferreira EF, Leite IC, Greco RM. The inclusion of the oral health team in the Brazilian Family Health Strategy: barriers, advances and challenges. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):373-82.
19. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
20. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. São Paulo: Artmed; 2009.
21. Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Cien Saude Colet*, 2006; 11(1):105-114.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População estimada: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado 11 fev. 2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>.
23. Chaves ST. Estudo de caso a cidade de Juiz de Fora, MG: sua centralidade e problemas socioeconômicos. *Rev. GEOMAE* 2011;2(Esp. 1):155-70.
24. Secretaria Municipal de Saúde (Juiz de Fora, MG). *Plano de Saúde 2014-2017*. Juiz de Fora: Prefeitura Juiz de Fora, 20 set. 2012 [citado 10 ago. 2021]. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/arquivos/plano_saude_2014_2017.pdf.
25. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
26. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract* 2018;24(1):9-18.
27. Sah, LK, Singh, DR, Sah, RK. Conducting Qualitative Interviews using Virtual Communication Tools amid COVID-19 Pandemic: A Learning Opportunity for Future Research. *Journal of Nepal Medical Association*, 2020; 58(232):1103–1106.

28. Teixeira CF. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. *Rev Bras Enferm* 1991;44(1):10-15.
29. Marques R. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *PPP*, 2017;(49).
30. Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA; 2006 [citado 10 ago. 2021]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-8523204008.pdf>.
31. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. *J Hum Growth Dev* 2016;26(1):11-20.
32. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública* 2010;44(2):360-5.
33. Chaves SC, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo AC, Moura BL, Cangussu MC. Brazilian Oral Health Policy: factors associated with comprehensiveness in health care. *Rev Saude Publica*. 2010 Dec;44(6):1005-13.
34. Rossi TRA, Lorena Sobrinho JE, Chaves SCL, Martelli PJJ. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2019;24(12):4427-4436.
35. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad Saude Publica*, 2019; 35(2):e00099118.
36. Santos JLD, Ferreira RC, Amorim LP, Santos ARS, Chiari APG, Senna MIB. Oral health indicators and sociodemographic factors in Brazil from 2008 to 2015. *Rev Saude Publica* 2021;55:25.
37. Narvai PC. Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality. *Rev Saude Publica* 2006;40(Spec no.):141-7.

38. Graff, VA, Ceriotti Toassi, RF. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. *Revista Da ABENO* 2018;17(4): 63–72.
39. Chaves, SC, Silva LMV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2007;12(6):1697-1710.
40. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: *Organização Pan-Americana da Saúde*; 2012.
41. Andraus SHC, Ferreira RC, Amaral JHL, Werneck MAF. Organization of oral health actions in primary care from the perspective of dental managers and dentists: process of work, planning and social control. *Rev Gaúch Odontol* 2017;65(4):335-343.
42. Paiva FS, Van Stralen, CJ, Costa PH. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(2):487-98.
43. Ventura CAA, Miwa MJ, Serapioni M, Jorge MS. Participatory culture: citizenship-building process in Brazil. *Interface* 2017;21(63):907-20.
44. Magalhães, F. G. G. P.; Xavier, S. X. Processo participativo no controle social: um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (MG). *REAd* 2019;25(1):179-212.
45. Godoi H, Castro RG, Santos JLGD, Moyses SJ, Mello ALSF. Obstacles to public governance and their influence on oral healthcare in the state of Santa Catarina, Brazil. *Cad Saude Publica* 2020;36(11):e00184719.

5.2 Produto Técnico

Podcast: Saúde bucal no SUS

A atenção à saúde bucal é um direito de todos e é dever do Estado. A Política Nacional de Saúde Bucal regulamenta e orienta as ações da atenção odontológica no Sistema Único de Saúde brasileiro. A Rede de Atenção à Saúde Bucal é organizada de acordo com os três níveis de atenção, com destaque à prioridade em inserir as equipes de saúde bucal nas Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2004). Apesar de inúmeros avanços nos serviços de atenção à saúde bucal no SUS, na formação profissional, no controle social e no processo de trabalho, ainda há desafios e dificuldades em implementar a PNSB em diversos municípios brasileiros, necessitando de engajamento da gestão, dos profissionais da saúde e usuários para que as dificuldades sejam superadas. (SCHERER e SCHERER, 2015).

A translação do conhecimento é um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, a disseminação, o intercâmbio e a aplicação ética do conhecimento para prover e fortalecer os serviços de saúde (CIHR, 2004) Ela enfatiza os processos nos quais o conhecimento é gerado, circula e se transforma enquanto perpassa as esferas sociais. É multidirecional, a partir da troca e diálogo entre diferentes saberes, incluindo o científico e o popular (CLAVIER *et al.*, 2011; Hartz *et al.*, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), ao incorporar o conceito de translação do conhecimento, ressalta que ela é um paradigma emergente para o aprendizado e o agir em prol do preenchimento das lacunas entre o conhecimento produzido e utilizado. A translação do conhecimento pode incrementar o poder da evidência científica e a liderança para informar e transformar políticas e práticas (WHO, 2006).

Os cirurgiões-dentistas que integram o SUS, a rede privada, estudantes de graduação e pós-graduação, gestores e os agentes do controle social necessitam de canais de informação de qualidade que possibilitem a reflexão sobre as políticas de saúde bucal. Compartilhamento de experiências no serviço, na academia, na gestão e participação social pode fortalecer a ação política desses atores.

A internet, as plataformas e as mídias sociais têm sido utilizadas para a comunicação e a educação em saúde de forma efetiva, podendo ser utilizadas como “iniciativas pedagógicas de saúde criativas, inovadoras e ousadas, que vêm

fortalecendo a interface entre comunicação, ciência e sociedade” (FRANÇA, RABELLO e MAGNAGO, 2019, p. 107). Portanto, o uso das ferramentas de mídias digitais pode desempenhar um papel efetivo na articulação entre ensino-serviço-gestão-comunidade e o fortalecimento da PNSB.

O *Podcast* é uma mídia social capaz de transmitir sons por meio da internet, podendo ter vários programas ou episódios, um conteúdo de largo alcance e acessibilidade, possibilitando que as informações cheguem ao público de maneira rápida e gratuita (GOMES *et al.*, 2019).

Este produto técnico tem como objetivo fortalecer a PNSB no estado de Minas Gerais, por meio do compartilhamento de evidências científicas e reflexões sobre a política geradas em experiências exitosas da saúde bucal no SUS no estado de Minas Gerais, por meio de programas de *podcast*, tornando-as acessíveis a profissionais de saúde, gestores públicos e a sociedade em geral.

Visando viabilizar e manter a produção do *podcast*, o grupo de pesquisadores desse estudo propôs que ele se tornasse um projeto de extensão vinculado ao Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da UFMG. O projeto “*Podcast: Saúde bucal no SUS*” foi aprovado como uma ação de extensão em reunião do Conselho do CENE/FO/UFMG em 08/06/2021.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo representa a realização de um desejo anterior ao meu ingresso ao programa de Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da FAO/UFMG. Nasci em Juiz de Fora, onde me graduei em Odontologia pela UFJF e também tive a oportunidade de me especializar em saúde coletiva e vivenciar a prática no SUS por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFJF. Nesse caminho, experienciei a atenção à saúde bucal no serviço, de forma crítica e reflexiva, de modo que muitos questionamentos a respeito da organização, processo de trabalho e tomadas de decisão na Secretaria de Saúde e na atenção à saúde bucal do município me deixavam inquieta. Ao meu olhar de aluna, recém graduada na época, eu buscava explicações e respostas ao fato de não haver inserção das equipes de saúde bucal na ESF do município. Não havia respostas claras dos atores sociais da gestão e do serviço a respeito deste fenômeno. A dúvida e a inquietação me levaram ao Mestrado Profissional, o qual sou grata por ter acolhido meu anseio.

O percurso do mestrado profissional trouxe experiências gratificantes e únicas. Primeiro por estar na UFMG, uma instituição que admiro profundamente. Tive grandes oportunidades e trocas de saberes entre docentes e colegas, que contribuíram para minha formação profissional, como pessoa, bem como com a realização desse projeto. Participar do grupo de estudo da abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados, o qual construiu coletivamente e sistematicamente esse estudo, foi essencial para o desenvolvimento e apropriação do método e das discussões de cada etapa da pesquisa. O grupo foi composto por mim, quatro docentes e por uma aluna de iniciação científica da faculdade de Odontologia da UFMG. Participei e organizei eventos, apresentei trabalhos e ingressei ao grupo de extensão Translação do Conhecimento em Odontologia em Saúde Pública. Além de desenvolver o produto técnico, fruto desse estudo e da caminhada, o qual se transformou em um novo projeto de extensão.

O estudo, que inicialmente começou com a pergunta “Por que não há equipes de saúde bucal inseridas na ESF do município de Juiz de Fora?”, ampliou-se em direção à compreensão para além da não inserção de equipes, mas para o contexto da não inserção da atenção à saúde bucal na ESF. Optamos pelo método da Teoria Fundamentada nos Dados, a fim de construir uma teoria a respeito desse

fato, por avaliarmos que esse método contribuiria melhor para a explicação do problema, considerando a realidade sentida pelos sujeitos. Durante as entrevistas, elaboração dos memorandos e processo de análise, a cada descoberta e concepção revelada nos dados, nós, pesquisadores do grupo de estudo, ficávamos animados e ainda mais envolvidos.

Os resultados desse estudo permitiram, então, uma maior compreensão a respeito da atenção à saúde bucal no município de Juiz de Fora e das condições que não favorecem a inserção da saúde bucal na ESF. No momento, considerando a proposta de inserção da saúde bucal na ESF, corre-se o risco de que aconteça apenas no campo burocrático, não significando algum avanço na reorientação do modelo de atenção à saúde bucal atualmente centrado na clínica odontológica.

Para que haja uma reorientação do modelo assistencial à saúde é preciso decisão da gestão e efetivo empenho do CMS, que de forma paralela, precisa avançar no sentido de uma maior representatividade da população do município. Um caminho possível da gestão, no médio e longo prazo, é redesenhar o modelo assistencial considerando os princípios organizativos das RAS. Também é necessário avançar para um modelo de gestão democrático e participativo.

É preciso um outro direcionamento da atenção à saúde bucal à luz da PNSB incluindo a política na agenda do município, buscando a ampliação do acesso e da qualificação do serviço, a partir das necessidades da população, sejam elas epidemiológicas, sociais e culturais.

Ações de educação em saúde e educação popular, o fortalecimento e diálogo constante do controle social, do CMS, das instituições de ensino superior, da governança local e dos profissionais da saúde são imprescindíveis. É preciso engajamento em direção à criação da consciência sanitária e do entendimento da saúde bucal como um direito de todos e dever do Estado. Cumprir os princípios e direitos do SUS e as diretrizes da PNSB em âmbito municipal, frente ao cenário ideológico neoliberal, políticas de austeridade fiscal e de restrições de políticas sociais operantes no país, é um ato de resistência e configura um posicionamento político em prol da manutenção da vida e dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

ANDRAUS, S. H. C.; AMARAL, J. H. L.; WERNECK, M. A. F. **Organization of oral health actions in primary care from the perspective of dental managers and dentists: process of work, planning and social control.** Rev Gaúch Odontol, Porto Alegre, v.65, n.4, p. 335-343, out./dez., 2017

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. **Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde.** Rev Saúde Pública, v.44, n.2, p.360-365, 2010.

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. **Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista.** Cadernos de Saude Publica, v.31, n. 1, p. 82-96, 2015.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. **Concepts and movements in health promotion to guide educational practices.** Journal of Human Growth and Development, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016.

BENEDICT, L. et al. **Podcasting as a Tool for Health Communication? The Public Health Insight Podcast and Emergent Opportunities.** Global Health: Annual Review, v.1, n.6, 2021.

BIRKS, M.; MILLS, J. **Grounded theory: A practical guide.** 2ª edição. Londres: SAGE, 2015. 208p.

BOUSQUAT, A. *et. al.* **Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: Os 5 r.** Cadernos de Saude Publica, v. 33, n. 8, 2017.

BOUSQUAT, A. *et. al.* **Iniquities in the built environment related to physical activity in public school neighborhoods in Curitiba, Paraná State, Brazil.** Cadernos de Saude Publica, v. 35, n. 5, 2019.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2004. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>> Acesso em 03 de abr. 2021

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Lei n.º 8080, 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.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 1., 1986, **Ottawa. Carta de Otawa.** Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. 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).

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CELAYA, I. et al. **Usos del podcast para fines educativos. Mapeo sistemático de la literatura en WoS y Scopus (2014-2019).** *Revista Latina De Comunicación Social*, v.77, p.179-201, 2020.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa.** São Paulo: Artmed Editora S.A., 2009. 271p.

CALDAS, A. S. *et al.* **A política de saúde bucal em um município baiano: os agentes da burocracia estatal.** *Saúde Debate*, v.42, n. 119, p. 886-900, 2018.

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

CECÍLIO, *et al.* **Gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios.** *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.* Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.200-207, jul./dez., 2007

CHAVES, S. T. **Estudo de caso a cidade de Juiz de Fora, MG: sua centralidade e problemas socioeconômicos.** *Rev. GEOMAE.* v. 02, n. Esp. 01, 2º SEM/2011

CHAVES, S. C. L. *et al.* **Brazilian Oral Health Policy: Factors associated with comprehensiveness in health care.** *Revista de Saude Publica*, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, 2010

CHAVES, S. C. L. *et al.* **Política de saúde bucal no Brasil 2003-2014: Cenário, propostas, ações e resultados.** *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1791–1803, 2017.

CHAVES, S. C. L. *et al.* **Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017.** *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe2, p. 76-91, 2018

CLAVIER, C. *et al.* **A theory-based model of translation practices in public health participatory research.** *Sociology of Health & Illness*, Bethesda, v. 34, n. 5, p. 791-805, set. 2011.

DAIN, S. **Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, p.1851-1864, 2007.

FERTONANI, H. P.; DE PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; DOS SCHERER, M. D. A. **The health care model: Concepts and challenges for primary health care in Brazil.** *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FLEURY-TEIXEIRA, P. **Uma introdução conceitual à determinação social da saúde.** Saúde em Debate, v. 33, n. 83, p. 380-389, 2009

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 408p.

FRANÇA, T.; RABELLO, E. T.; MAGNAGO, C. **As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 43, v. especial 1, p. 106-115, ago. 2019.

GODOI, H. *et al.* **Obstacles to public governance and their influence on oral healthcare in the state of Santa Catarina, Brazil.** Cadernos de Saude Publica, v.36, n. 11, 2020.

GOMES, R. M. C.M. *et al.* **Café com saúde: podcast como ferramenta de ensino nos cursos de saúde.** IV Congresso sobre Tecnologia na Educação, Recife, Pernambuco, Brasil, 28 a 30 ago. 2019.

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. **Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.551-570, 2010.

GRAFF, V. A.; CERIOTTI TOASSI, R.F. **Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia.** Revista Da ABENO, v.17, n.4, p.63–72, 2018.

HARTZ, Z. *et al.* **From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices.** In: POTVIN, L.; MCQUEEN, D. (Org.). Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research. New York: Springer, p. 101-120. 2008.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. **Evolução do financiamento da atenção à 197 saúde bucal no SUS: Uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais.** Physis, v. 21, n. 1, p. 197–215. 2011.

LORENZETTI, J. *et al.* **Gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 23n. 2, p. 417-25, abr./jun. 2014.

MACHADO, C. V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T. W. F. **Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS** In: qualificação dos gestores do SUS, ENSP FioCruz, 2009. Disponível em:
http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf

MAGALHÃES, F. G. G. P.; XAVIER, S. X. **Processo participativo no controle social: um estudo de caso do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora (MG).** Read, Porto Alegre, v. 25, n.1, p. 179-212, jan./abr. 2019

MATOS, T. C. C.; FERREIRA, M. D'A.M. **Participação e controle social no Brasil recente: influência do pensamento gramsciano.** Em Pauta, Rio de Janeiro, v. 13, n. 35, p. 65- 79. 2015

MARQUES, R. **Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do sus.** Planejamento e políticas públicas, n. 49, jul./dez. 2017.

MATTOS, G. C. M.; FERREIRA, E. F.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da família: Entraves, avanços e desafios.** Ciencia e Saude Coletiva, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, A.; CARNUT, L. **Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira.** Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.4, p.1105-1119, 2018.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; CHIORO DOS REIS, A. A. **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública –austeridade versus universalidade.** Saúde Debate, v. 43, n. ESPECIAL 5, p. 58-70, 2019.

MOSER, A.; KORSTJENS, I. **Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis.** European Journal of General Practice, v.24, n.1, p.9-18, 2018.

NARVAI, P. C. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** São Paulo: Mimeo, 1992.

NARVAI, P. C. **Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade.** Revista de Saúde Pública, v. 40, n. spe, p. 141–147, 2006.

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

NÉTTO, O. B. S. *et al.* **Diálogos bucais. Reflexões em tempos pandêmicos.** São Paulo: Editorial Pimenta, 2021. Disponível em: www.pimentacultural.com/livro/dialogos-bucais Acesso em: 9 jan. de 2022.

NICKEL, D.A.; LIMA, F.G.; DA SILVA, B. B. **Dental care models in Brazil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 2, p. 241–246, 2008

OLIVEIRA, R.T. Diários da quarentena: a experiência do podcast em tempos de isolamento social. São Caetano do Sul, SP. **Comunicação & Comunicação & Inovação**, v.21, n. 47, p. 199-215, 2020.

OUVERNEY, A. L. M. *et al.* **Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 7, p. 75-91, dez. 2019.

- PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil.** In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.V.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 459-491, 2012.
- PAIM, J. S. **Urna análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.
- PAIM, J.S. **Políticas de descentralização e atenção primária à saúde.** In: ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO: Epidemiologia e saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. 570p. p.489-503.
- PAIM, J.P.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** The Lancet, v.377, n.9779, p.1778-1797, 2011.
- PAIM, J. S. Thirty years of the unified health system (SUS). **Ciencia e Saude Coletiva**, 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.
- PAIVA, F. S.; VAN STRALEN, C. J.; COSTA, P. H. A. **Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 487-498, 2014.
- PESTANA, M. V. C S.; MENDES E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa.** Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, [s. n.], 2004. 80 p.
- PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. **Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n.5, p.1511-1524, 2016.
- PIRES, F.S.; BOTAZZO, C. **Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal.** Saúde Soc, v. 24, n.11, p.273-84, 2015.
- PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al.* **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, 2015.
- RITCHIE, J.; LEWIS, J.; ELAM, G. **Designing and selecting samples.** In: RITCHIE, J.; LEWIS, J. Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers. Thousand Oaks: SAGE, 2003. p. 77-108.
- ROSSI, T. R. A. *et. al.* **O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017.** Saúde em Debate, v. 42, n. 119, p. 826-836, 2018
- ROSSI, T. R. A.; SOBRINHO, J. E. L.; CHAVES, S. C. L.; MARTELLI, P. J. L. **Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 12, p: 4427-4436, 2019.

- RONCALLI, A. G. **Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.1, p. 105-114, 2006.
- ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.13, n.6, p.1027–1034, 2005.
- SAH, L. K.; SINGH, D.R.; SAH, R.K. **Conducting Qualitative Interviews using Virtual Communication Tools amid COVID-19 Pandemic: A Learning Opportunity for Future Research.** *Journal of Nepal Medical Association*, v.58, n.232, p.103–1106, 2020.
- SANTOS, J. L. G. *et. al.* **Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados.** *Rev Esc Enferm USP*, v. 52, 2018. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100600. Acesso em: 10 ago. 2021.
- SANTOS, B. A. D.; VICENTINE, F. B.; LAGO, L. P. D. M.; MESTRINER JUNIOR, W. **A práxis desenvolvida no âmbito do Conselho Municipal de Saúde em um município de São Paulo.** *Saúde em Debate*, v. 44, n. 127, p. 976-988, 2020.
- SANTOS, J.L.; FERREIRA, R.C.; AMORIM, L.P.; SANTOS, A.R.S.; CHIARI, A.P.G.;
- SENNA, M.I.B *et al.* **Oral health indicators and sociodemographic factors in Brazil from 2008 to 2015.** *Rev Saude Publica.*, v.55, n.25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/d5mFW6xZqxXdx7BwM3HtRc/?lang=en> Acesso em: 10 jul. de 2021.
- SILVA JÚNIOR, A. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, [s.n], 1996, 150p.
- SILVA et al. **A relação público-privada em uma região de saúde: influências sobre a organização da oferta e da demanda de média complexidade no Sistema Único de Saúde em pequenos municípios.** *Saúde Soc. São Paulo*, v.29, n.4, 2020.
- SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. dos A. **Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program.** *Revista de Saude Publica*, v. 49, n. 98, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bH5MT6TgT8NjTmcSxBVs8RM/?lang=pt&format=pdf>. Acessado em: 10 mai. 2020
- SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S. **Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 5, p. 966-974, 2011

- SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. D. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal.** Saúde em Debate, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016
- SOUZA, D. O. **Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 71-81, dez. 2019.
- STRAUSS, A.; CORBIN J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.
- TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online].** Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p.
- TEIXEIRA, C. F. **Municipalização da saúde - os caminhos do labirinto.** R. Bras. Enferm., Brasília, v. 44, n. 1, p.10-15, 1991
- THUROW, L. L.; CASTILHOS, E. D. D.; COSTA, J. S. D. D. **Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, 24, n. 3, p. 545-550, 2015
- VENTURA, C.A.A.; MIWA, M.J.; SERAPIONI, M.; JORGE, M.S. **Participatory culture: citizenship-building process in Brazil.** Interface (Botucatu)., v.21, n.63, p. 907-920, 2017.
- VIANA, A.L.D'Á. *et al.* **Regionalização e Redes de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v.23, n.6, p.1791-1798, 2018.
- VINUTO, J. **A amostragem em Bola de Neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto.** Temáticas, Campinas, v. 44, n. 22, p. 203-220, ago./dez. 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Bangkok charter for health promotion in the globalized world.** Geneve: WHO; 2005. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/ Acesso em: 10 jan. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Community participation in local health and sustainable development: approaches and techniques [internet].** Genebra: WHO; 2002 [acesso em 2016 out 28]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/101065/E78652.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Bridging the "Know-Do" Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health.** Geneva: WHO, 2006.

APÊNDICE A – Roteiro semiestruturado utilizado como guia para as entrevistas do estudo

QUADRO DE QUESTÕES ABERTAS PARA ENTREVISTAS	
Primeiro momento “quebra-gelo”	<p>Conte um pouco da sua trajetória de vida, formação, quais locais percorreu...?</p> <p>Como aconteceu a sua inserção _____ (no cargo, no campo político/comissionado, no concurso público, no conselho)?</p> <p>Há quanto tempo você está no serviço/conselho/cargo/movimentos sociais?</p>
Segundo momento	<p>Desde quando você acompanha (se lembra) a saúde pública de Juiz de Fora?</p> <p>Como você percebe a saúde pública do município?</p> <p>Quais ações (principais – gestor) você acha que se destacam na saúde pública no município?</p> <p>Como você percebe a APS do município? Como você percebe a ESF?</p> <p>Como funciona o serviço odontológico público no município (dentista sozinho, auxiliar, técnico...)? Desde quando é dessa forma? Como você avalia a atenção à saúde bucal?</p> <p>Como tem sido a implementação/adesão no município à políticas de incentivo do MS para a saúde bucal?</p> <p>O que você pensa sobre isso? (não inserção da ESB na ESF) O que você pode me dizer sobre como aconteceu?</p> <p>Quais seriam os fatores que você acha que contribuíram para isso?</p> <p>O que você pensou na época?</p> <p>Como foi o envolvimento dos gestores, dos profissionais da saúde bucal, e dos usuários? Houve alguma participação dos movimentos sociais e do conselho municipal de saúde na época?</p> <p>Como está essa ideia da inserção da ESB na ESF está hoje no município?</p> <p>Você considera possível implementar a SB na ESF?</p>
Questões finais – desdobramentos	<p>Há algo mais que você queira dizer que possa contribuir para essa pesquisa?</p> <p>Há alguma coisa que você tenha pensado durante a entrevista e que não havia pensado antes?</p> <p>Há algo que você gostaria de me perguntar?</p>

APÊNDICE B – Exemplo de codificação aberta

Falas significativas (microanálise e conceituação, <i>notas teóricas</i>)	Codificação palavra-palavra	Codificação linha-linha	Codificação aberta (categorias iniciais)
<p>“Juiz de Fora, é quase que uma ilha né? Com um sistema de saúde completamente complexo e incompleto. Juiz de Fora historicamente concentrou muito serviço de saúde, de média e alta complexidade. Então tem um parque tecnológico muito bom, tem acesso a procedimentos de média e alta complexidade, quase em sua totalidade. Pouca coisa o município manda para outros municípios, outras referências (...)”</p>	<p>Historicamente SS complexo SS incompleto Parque tecnológico? Média complexidade Alta complexidade Referência</p>	<p>Considerando historicamente o sistema de saúde de Juiz de Fora complexo e incompleto, com concentração dos serviços de alta e média complexidade, sendo autossuficiente.</p>	<p>Modelo assistencial centrado na média e alta complexidade</p>
<p>“Porém, é um município que sofre como todos os outros com um grave problema de subfinanciamento do SUS. A alta complexidade, a média e alta complexidade em Juiz de Fora, consome mais de 85%, quase 90% dos recursos da saúde. (<i>problemas de subfinanciamento</i>) (<i>concentração de destinação dos recursos para a alta e média complexidade</i>)</p>	<p>Sub-financiamento da saúde Concentração de recursos na alta complexidade</p>	<p>No município o SUS é subfinanciado e os recursos estão concentrados na média e alta complexidade</p>	<p>Prioridade no gasto com a alta e média complexidade</p>
<p>“todas as programações anuais de saúde, a partir de 2000, sistematicamente propuseram a implantação de equipes de saúde bucal na saúde da família e isso até hoje não se viu.” Desde 2001. (<i>Historicamente há uma luta para a inserção da ESB na ESF</i>)</p>	<p>Inserção da eSB em todas as programações de saúde Desde 2001 Implantação não efetivada</p>	<p>A implantação de eSB na ESF é proposta em todas as programações anuais de saúde desde 2001, mas não é efetivada.</p>	<p>Proposição oficial de inserção da eSB na ESF que não se efetiva.</p>

APÊNDICE C – Exemplo de memorando

Memorando referente ao fenômeno “A categoria CD não se interessa pela inserção da eSB na ESF em JF (concepção de modelo de saúde bucal dos CD é mercadológica)”

22-06-21

Parece não haver um interesse e motivação por parte do cirurgião-dentista (já vinculados à prefeitura) na inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Essa atitude parece estar relacionada ao perfil de prática profissional marcada pela especialização (P03-81,84); à falta de conhecimento dos princípios da APS e do SUS, como educação em saúde e suas competências no serviço (P11-3,6);. Além disso, nos serviços, os salários são baixos não condizendo com uma idealização de carreira que não poderia ser alcançada no serviço público (P03-83). Os CD parecem atendidos em suas expectativas quanto ao regime de trabalho de 12,5 h semanais. Em 2016 houve uma mobilização dos profissionais dos serviços quando alcançaram a redução da carga horária semanal de 20 h para as atuais 12,5 sem perda de vencimentos. Hoje, a carga horária semanal de 12,5 h é incompatível com o regime de trabalho na ESF (P03,P04, P80).

A concepção de prática profissional e de projeto de vida dos CD parece orientá-los para o trabalho individual e autônomo.

Em relação aos CD, o “contexto” parece ser desfavorável no sentido da inserção da saúde bucal na estratégia de saúde da família: condição salarial, redução de jornada, perfil de prática e formação profissional.

Parece haver uma “acomodação” das expectativas dos CD em relação ao modelo assistencial operante o que dificulta uma mobilização deles para a inserção da eSB na ESF (Aqui temos uma referência cruzada ao modelo assistencial)

Em relação à inserção houve mobilização por meio do sindicato dos odontologistas, mas, ao mesmo tempo, parece haver uma falência estrutural do órgão. O discurso político pela inserção não vem acompanhado de uma mobilização efetiva (P03-76), ou seja, parece haver pouca força/poder por aqueles que se mobilizam. (Aqui referência cruzada à participação social)

Abordagens a serem exploradas:

A categoria possui estratégias para manutenção desse fenômeno como a redução da carga horária para 12,5h o que distancia a possibilidade da inserção e caminha contra o modelo assistencial defendido pela política nacional, bem como a ausência de movimentação ou mobilização da classe para isso, já que não há uma defesa ideológica coletiva para essa forma de prática odontológica. A categoria se organizou para reduzir sua carga horária sem perda de seus vencimentos e isso infere um posicionamento da classe de não priorizar o serviço público odontológico. Outra estratégia observada é o fato de os profissionais parecerem estar de acordo com o modelo assistencial ofertado pela gestão da saúde bucal, não havendo mobilizações para romper com esse modelo.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Consentimento para participação em projeto de pesquisa

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa cujo título é **“Limites à inserção da Atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: estudo de caso”**. Nesta pesquisa pretendemos investigar, a partir da percepção dos agentes públicos, trabalhadores da área da saúde e agentes do controle social, as razões da não inserção da atenção à saúde bucal do município de Juiz de Fora, na Estratégia de Saúde da Família.

Caso concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades: o Sr. (a) participará de uma entrevista que será gravada tanto por áudio quanto por imagem pela pesquisadora de forma individual, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, e tomadas todas as precauções em relação ao necessário distanciamento e proteção individual do entrevistado e pesquisador. A entrevista terá duração em média de 40 minutos. Serão respeitados o local e o horário compatíveis com as rotinas da pesquisadora e do entrevistado. A entrevista, na medida do possível, será feita em local tranquilo e neutro que não cause constrangimento. Seguiremos um roteiro norteador, o qual abordará três eixos fundamentais: informações individuais, sua trajetória profissional e o processo da não-inserção da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. Haverá preservação do anonimato e da imagem do participante da pesquisa. Neste sentido, o roteiro da entrevista não será identificado por nome, para que se preserve a confidencialidade dos dados. A identificação será feita por um código numérico definido na ordem da realização das entrevistas. Após as entrevistas, a pesquisadora irá transcrever as entrevistas gravadas e analisará os dados obtidos. Posteriormente, será elaborado o relatório com a discussão e as considerações finais do estudo, as quais estarão disponíveis para consulta dos participantes quando finalizadas. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação e não terá sua imagem e áudio divulgados em publicações científicas e também não receberá retribuição financeira ou outro benefício direto pela participação na pesquisa. Não haverá também benefício financeiro ou qualquer outro benefício direto para outros membros da comunidade. Este estudo poderá contribuir com o processo de trabalho da gestão em saúde do município, a fim de possibilitar a implementação mais efetiva da Política Nacional de Saúde Bucal, ampliando o acesso ao cuidado para a população juizforana, estando em consonância com as diretrizes do SUS.

Os riscos inerentes a essa pesquisa serão mínimos, sendo eles a possibilidade de ocorrer invasão de privacidade, constrangimento, divulgação de dados confidenciais e tomar o tempo do sujeito ao responder à entrevista, os quais serão minimizados por meio da codificação dos sujeitos da pesquisa, mantendo o sigilo dos participantes; respeitando os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos do participante; tendo cautela ao tempo de realização da entrevista de modo a ser compatível à rotina do entrevistado.

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, pode retirar o consentimento, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa **“Limites à inserção da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: estudo de**

caso”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante

Data

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

Data

Assinatura do pesquisador

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: (31) 3409-4592.

Horário de atendimento: de 9h às 11h e de 14h às 16h.

Em caso de dúvidas e para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, você poderá consultar os pesquisadores responsáveis:

Pesquisadores Responsáveis:

Elisa Lopes Pinheiro

Endereço: Rua Professor Freire, 54/101 – São Mateus.

CEP: 36025-250 – Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 3026-3412/ (32) 98509-2643

E-mail: elisalp92@gmail.com /

João Henrique Lara do Amaral

Endereço: Rua Califórnia 900, apto 403. Bairro Sion.

CEP 30315-500 – Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 9957-2306

E-mail: jhamaral1@gmail.com

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LIMITES À INSERÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DESAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO.

Pesquisador: João Henrique Lara do Amaral

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35791320.2.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.357.912

Apresentação do Projeto:

O Programa Brasil Sorridente foi criado com o intuito de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal e garantir o direito à saúde para todos com base nos princípios do SUS, principalmente por meio da inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF). O município de Juiz de Fora, MG, não possui essa inserção. O objetivo do estudo é identificar as razões da não inserção da Equipe de Saúde Bucal na ESF, a partir do olhar dos agentes públicos, trabalhadores da saúde e do controle social do município. Será empregada metodologia qualitativa, com base nos princípios da Teoria Fundamentada em Dados. A coleta de dados se dará por meio de entrevista em profundidade com os agentes sociais que participaram do processo de não inserção e análise documental. O referencial teórico bourdieusiano auxiliará na análise dos dados, dando sentido e significado ao fenômeno. O estudo tem o potencial de contribuir para planejamentos futuros e novas tomadas de decisão de gestores, com a finalidade de ampliar o acesso e ofertar à população do município saúde bucal de qualidade e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar, a partir da percepção dos agentes públicos, trabalhadores da área da saúde e agentes do controle social, as razões da não inserção da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no Município de Juiz de Fora.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.357.912

Objetivos Secundários: Reconstruir, na percepção dos agentes públicos, o processo de implantação e desenvolvimento da ESF no Município de Juiz de Fora, a partir de 1998; caracterizar a história social, o espaço social e a trajetória dos agentes públicos, gestores e trabalhadores da área da saúde bucal, do SUS, no Município de Juiz de Fora; caracterizar o contexto histórico da atenção à saúde bucal no setor público no Município de Juiz de Fora, no período de 1998 a 2020; descrever a orientação da política pública na área da saúde no Município de Juiz de Fora, no período de 1998 a 2020.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos previstos são a possibilidade de ocorrer invasão de privacidade, constrangimento, divulgação de dados confidenciais, os quais serão minimizados por meio de: codificação dos participantes da pesquisa, manutenção do sigilo; respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos do participante e observação do tempo de realização da entrevista, compatibilizando-o à rotina do entrevistado. Não são previstos benefícios diretos aos participantes da pesquisa, mas indiretos para a comunidade, como: contribuição para as tomadas de decisão da gestão em saúde do município, a fim de possibilitar a implementação mais efetiva da Política Nacional de Saúde Bucal; e contribuição como referência para outros estudos semelhantes em municípios que apresentam o mesmo problema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo de caso, com abordagem qualitativa, na perspectiva da Teoria Fundamentada em Dados. Será também realizada análise de documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde. Os participantes do estudo serão agentes públicos e trabalhadores da saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, MG, e agentes do controle social. A seleção dos participantes será realizada usando o método da Bola de Neve. Estima-se amostra de 20 participantes, e a saturação poderá ocorrer quando não houver novos nomes oferecidos ou os entrevistados não acrescentarem informações novas. A análise de dados será feita por meio de codificação em três etapas: codificação aberta; codificação axial; codificação seletiva. A pesquisa documental será feita por meio de identificação e localização das fontes, obtenção do material e levantamento de informações. As fontes serão obtidas por meio de registros institucionais escritos. Será feita a construção da teoria e redação do relatório final.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: projeto de pesquisa completo; informações básicas

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.357.912

e comprovante de envio do projeto; parecer aprovado e carimbado pela Câmara Departamental; folha de rosto devidamente datada e assinada; carta de anuência do Gerente do Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde, da Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora, MG; TCLE, roteiro de entrevista.

Recomendações:

Todas as pendências foram respondidas satisfatoriamente e as modificações recomendadas no TCLE foram realizadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pelo exposto, emito parecer favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1534199.pdf	17/10/2020 12:29:25		Aceito
Outros	Parecer_aprovado_Elisa_Pinheiro_departamento.pdf	17/10/2020 12:28:35	ELISA LOPES PINHEIRO	Aceito
Outros	CartaResposta_ao_CEP.pdf	17/10/2020 12:26:06	ELISA LOPES PINHEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Projeto_Elisa_2_ANEXO_A.pdf	17/10/2020 12:25:11	ELISA LOPES PINHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Elisa_Pinheiro_Final.pdf	21/07/2020 21:50:19	ELISA LOPES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_Elisa.pdf	21/07/2020 21:48:35	ELISA LOPES PINHEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_coep_Elisa.pdf	22/04/2020 15:52:39	ELISA LOPES PINHEIRO	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.357.912

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 23 de
Outubro de 2020

Assinado por:

**Críssia Carem Paiva
Fontainha(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B – Carta de Anuência da Secretária de Saúde da PJF



JUIZ DE FORA Prefeitura de Saúde

Declaração

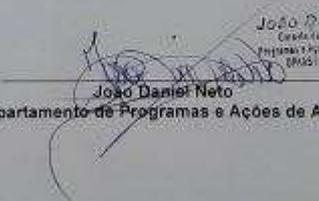
Eu, João Daniel Neto, Gerente do Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde, autorizo a realização da pesquisa de Mestrado Profissional da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, intitulada **"LIMITES À INSERÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO"** a ser conduzida sob a responsabilidade da Pesquisadora Elisa Lopes Pinheiro no município de Juiz de Fora desde que **superado o período de emergência em Saúde Pública em decorrência do Novo Coronavírus da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora** que exige medidas de distanciamento social e isolamento domiciliar.

E, DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que AUTORIZAMOS a divulgação do nome do município de Juiz de Fora no relatório de pesquisa e publicações científicas.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Solicita-se, assim que concluídos, o Relatório de Pesquisa e as Bases de Dados da referida pesquisa para apreciação e potencial utilização desta Secretaria de Saúde.

Juiz de Fora, 21 de julho de 2020.



João Daniel Neto
Gerente do Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde

Recebido em: ____ / ____ / ____	
Nome:	CPF:
Instituição:	
E-mail:	Telefone:
Assinatura:	

Secretaria de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde
Rua Halfeld, 1400 – 3º andar – Centro – Juiz de Fora – MG – Tel: (32) 3690-7711 – FAX: (32) 3690-7711

ANEXO C – Normas de submissão de artigo da revista *Ciência e Saúde Coletiva*



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista *Ciência & Saúde Coletiva* aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas destes servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio



dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideraram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos



Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Ciin Geral* 1997; 14:159-174. O



documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmjje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados



apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo cinco (5) palavras-chave, *palavras-chave/keywords*. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID ID.



Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).



Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).



5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*



2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF"¹¹ (p.38).

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências:

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.



Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual



HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. 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. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculotomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arg Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.] Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arg Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Masbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

ANEXO D – Comprovante de Submissão do artigo

 [Ciência & Saúde Coletiva](#)

[Home](#)

[Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2022-1250

Title
TEORIZAÇÃO SOBRE OS LIMITES À INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA

Authors
Pinheiro, Elisa
Vasconcelos, Mara
Gomes, Viviane
Matos, Flavio
Andrade, Caroline
Amaral, João Henrique

Date Submitted
01-Aug-2022

[Author Dashboard](#)