



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA BRASIL SORRIDENTE EM FORTALEZA-
CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE**

FORTALEZA

2025

ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA BRASIL SORRIDENTE EM FORTALEZA-CEARÁ: UMA
AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Orientadora: Prof.^a Dra. Eliana Costa Guerra

Coorientadora: Prof.^a Dra. Ivana Cristina Vieira de Lima Maia

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M139a Maciel, Roberta Vitorino Belchior.
Avaliação da política brasil sorridente em Fortaleza-Ceará : uma avaliação em profundidade / Roberta Vitorino Belchior Maciel. – 2025.
155 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2025.
Orientação: Profa. Dra. Eliana Costa Guerra.
Coorientação: Profa. Dra. Ivana Cristina Vieira de Lima Maia.

1. Saúde bucal. 2. Políticas públicas. 3. Avaliação em política pública. I. Título.

CDD 320.6

ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA BRASIL SORRIDENTE EM FORTALEZA-CEARÁ: UMA
AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Aprovada em: 26/06/2025

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliana Costa Guerra (Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Profa. Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Raul Elton Araújo Borges
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda sabedoria e vida, pela presença constante em minha caminhada, sustentando-me nos momentos de desafio e renovando minhas forças com esperança e fé.

Aos meus pais e irmãos, ao meu esposo e aos meus filhos, por serem meu porto seguro. A paciência, o amor e o incentivo de vocês foram fundamentais, para que eu pudesse trilhar esta etapa com coragem e serenidade.

À minha orientadora, Profa. Dra. Eliana Costa Guerra, pela orientação firme e generosa, pelo olhar atento e pelas valiosas contribuições que enriqueceram cada etapa deste trabalho. Sua escuta sensível e comprometida foi inspiração constante ao longo desta jornada.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Ivana Cristina Vieira de Lima Maia, pela dedicação, pelo apoio incondicional e pela expertise, essenciais para o desenvolvimento desta pesquisa. Seu exemplo de excelência acadêmica e sensibilidade humana deixará marcas indeléveis em minha trajetória.

Aos professores da banca examinadora, Profa. Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho e Prof. Dr. Raul Elton Araújo Borges, meus sinceros agradecimentos pela leitura atenta, pelas contribuições criteriosas e pela generosidade intelectual no aprimoramento deste trabalho. Suas observações enriqueceram ainda mais este percurso formativo.

Aos profissionais da Equipe de Saúde Bucal e a uma usuária da Unidade de Atenção Primária Carlos Ribeiro, que participaram como atores-chave desta pesquisa, meu sincero agradecimento. Suas experiências e seus relatos foram fundamentais para construção deste estudo e fornecimento de voz à realidade dos serviços de saúde bucal no SUS.

Aos colegas do Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP), por partilharem comigo essa rica e desafiadora caminhada. Em especial, à Leide Daiana, pela amizade, pelo incentivo e companheirismo que tornaram os dias mais leves e os desafios mais possíveis.

A todos professores e professoras do MAPP, pela seriedade, pelo compromisso e pela dedicação na formação de profissionais críticos, éticos e comprometidos com a transformação da realidade social. Levarei comigo cada ensinamento como parte do legado que construímos juntos.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a Política Nacional em Saúde Bucal Brasil Sorridente, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em Fortaleza-Ceará, Brasil. A pesquisa buscou identificar avanços, desafios e limitações da política desde a implantação em 2004, com ênfase na ampliação do acesso aos serviços odontológicos, na melhoria da qualidade da atenção e na redução das desigualdades regionais. A metodologia adotada foi a avaliação em profundidade, que combina diferentes estratégias de análise para captar a complexidade dos processos avaliados. Utilizou-se da análise documental das atas do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), abrangendo o período de 2004 a 2024. Paralelamente, foram realizadas entrevistas com atores-chave envolvidos na operacionalização da política no município, incluindo cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal atuantes na Coordenadoria Regional de Saúde I (CORES I), técnicos e gestores da SMS responsáveis pela Rede de Atenção à Saúde Bucal e uma usuária da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Carlos Ribeiro. A abordagem qualitativa permitiu compreender percepções, experiências e tensões vividas por esses sujeitos, revelando as transformações na rede de serviços, ao longo de três gestões municipais distintas. Os resultados evidenciaram processo de consolidação inicial, marcado pela valorização profissional e ampliação da cobertura, seguido por períodos de fragilidade na manutenção dos insumos, precarização dos vínculos laborais e descontinuidade de ações. A pandemia da Covid-19 também impactou negativamente a visibilidade da saúde bucal, embora algumas atividades tenham sido mantidas. A análise revelou ainda que a participação do controle social oscilou, conforme o contexto político local, influenciando diretamente o planejamento e a efetividade das ações em saúde bucal. A pesquisa apontou para existência de desigualdades territoriais na cobertura e nos indicadores de saúde bucal, especialmente, nas regiões periféricas da cidade. A partir dos resultados, foram formuladas recomendações voltadas ao fortalecimento da rede de atenção à saúde bucal no município, com destaque para o investimento em infraestrutura, valorização das equipes, qualificação da gestão e ampliação do controle social. Os resultados deste estudo podem contribuir para o aprimoramento das políticas públicas no campo da saúde bucal, oferecendo subsídios técnicos e políticos para gestores, profissionais e pesquisadores comprometidos com a equidade e a integralidade da atenção à saúde no SUS.

Palavras-chave: saúde bucal; políticas públicas; avaliação em política pública.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the National Oral Health Policy "Brasil Sorridente" within the context of the Unified Health System (SUS) in the municipality of Fortaleza, Ceará. The research sought to identify the policy's advancements, challenges, and limitations since its implementation in 2004, with an emphasis on expanding access to dental services, improving the quality of care, and reducing regional inequalities. The methodology adopted was in-depth evaluation, which combines different analytical strategies to capture the complexity of the processes under assessment. Document analysis was carried out using meeting minutes from the Fortaleza Municipal Health Council and Annual Management Reports (RAG) from the Municipal Health Department (SMS), covering the period from 2004 to 2024. In parallel, interviews were conducted with key actors involved in the implementation of the policy in the municipality, including dentists and oral health assistants working in the Regional Health Coordination I (CORES I), technicians and managers from the SMS responsible for the Oral Health Care Network, and a user of the Carlos Ribeiro Primary Health Care Unit (UAPS). The qualitative approach enabled the understanding of perceptions, experiences, and tensions experienced by these actors, revealing transformations in the service network throughout three different municipal administrations. The results highlighted an initial consolidation process, marked by professional recognition and expanded coverage, followed by periods of fragility regarding the maintenance of supplies, precarious employment conditions, and discontinuity of actions. The COVID-19 pandemic also negatively impacted the visibility of oral health, although some activities were maintained. The analysis further revealed that social control participation fluctuated according to the local political context, directly influencing the planning and effectiveness of oral health actions. The research pointed to the existence of territorial inequalities in service coverage and oral health indicators, particularly in the city's peripheral areas. Based on the findings, recommendations were formulated to strengthen the oral health care network in the municipality, with emphasis on investment in infrastructure, valuing health teams, enhancing management capacity, and expanding social control mechanisms. The results of this study may contribute to the improvement of public policies in the field of oral health, providing technical and political support for managers, professionals, and researchers committed to equity and comprehensive health care within the SUS.

Keywords: oral health; public policy; policy evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Sistemas de saúde fragmentados e as redes poliárquicas de atenção à saúde	32
Figura 2 -	Eixos centrais da Política Nacional de Saúde Bucal	35
Figura 3 -	Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASb)	35
Figura 4 -	Avaliação dos fluxos e serviços da Rede de Atenção Odontológica de Fortaleza, Ceará	36
Figura 5 -	Mapa das regionais de Fortaleza (CORES)	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Síntese temporal (2006–2019)	17
Quadro 2 -	Planejamento de ações para a saúde bucal em Fortaleza conforme o SB Brasil	23
Quadro 3 -	Eixos centrais, seus elementos constituintes e fontes de informação ..	48
Quadro 4 -	Linha do tempo das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde no período de 2005 a 2023	71
Quadro 5 -	Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023	76
Quadro 6 -	Dados sociodemográficos e ocupacionais dos participantes da pesquisa	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
APD	Auxiliar de Prótese Dentária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CE	Ceará
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEOP	Centro de Especialidades Odontológicas da Polícia Militar
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMSF	Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
COVID-19	Doença causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EMAP	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ICEPES	Instituto de Ciências, Ensino e Pesquisa do Estado do Ceará
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IJF	Instituto Dr. José Frota
ISGH	Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MNPSUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
OSS	Organização Social de Saúde
PADEF	Política Pública Municipal de Atenção às Pessoas com Deficiência
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PSB	Promoção da Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família

RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RASb	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RPA	Recibo de Pagamento a Autônomo
SB	Saúde Bucal
SER	Secretaria Executiva Regional
SESA	Secretaria da Saúde do Estado
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSE	Sistema Municipal Saúde Escola
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
TPD	Técnico de Prótese Dentária
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UOP	Unidade Odontológica Portátil

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	A pesquisadora e a temática	13
1.2	A saúde bucal no âmbito do SUS na contemporaneidade brasileira: algumas configurações básicas	15
1.3	Adentrando no arcabouço legal e institucional	18
2	DELIMITANDO O OBJETO DA PESQUISA AVALIATIVA	24
3	PERSPECTIVA EM DISPUTA NO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: HEGEMÔNICAS E CONTRA-HEGEMÔNICAS	26
3.1	Políticas públicas como campo em disputa	26
3.2	Políticas públicas na saúde: a construção coletiva de um direito universal	28
3.3	Política nacional de saúde bucal: desafio histórico para enfrentar as iniquidades no acesso à saúde bucal e aos serviços odontológicos no Brasil	32
3.4	Política Nacional de Saúde Bucal em Fortaleza-Ceará: desafios contemporâneos para garantia de direitos	43
4	AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COMO CAMPO INVESTIGATIVO	48
4.1	Análise de contexto	52
4.2	Trajectoria institucional	53
4.3	Análise de conteúdo	54
4.4	Análise do espectro temporal e territorial	54
4.5	Aspectos éticos	56
5	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL SORRIDENTE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE, NA PERSPECTIVA DA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE	57
5.1	Avaliação das atas das reuniões do conselho municipal de saúde	57
5.1.1	<i>Período 2005-2012: gestão Luiziane Lins - os primeiros passos da implementação da PNSB</i>	57
5.1.1.1	<i>Contexto político e administrativo</i>	57
5.1.1.2	<i>Problemas identificados e desafios estruturais</i>	58
5.1.1.3	<i>Ações relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal</i>	59

5.1.1.4	<i>Dinâmica do controle social e participação</i>	60
5.1.1.5	<i>Legado e significado histórico</i>	61
5.1.2	<i>Período 2013-2020: gestão Roberto Cláudio - consolidação e tensões na implementação</i>	62
5.1.2.1	<i>Contexto político e mudanças administrativas</i>	62
5.1.2.2	<i>Problemas estruturais e desafios operacionais</i>	62
5.1.2.3	<i>Ações de consolidação e expansão da PNSB</i>	64
5.1.2.4	<i>Tensões no controle social e gestão participativa</i>	65
5.1.2.5	<i>Avanços e contradições</i>	66
5.1.3	<i>Período 2021-2024: gestão José Sarto - desafios contemporâneos e redefinições</i>	66
5.1.3.1	<i>Contexto da pandemia e transformações políticas</i>	66
5.1.3.2	<i>Limitações na abordagem da saúde bucal</i>	67
5.1.3.3	<i>Problemas e desafios identificados</i>	68
5.1.3.4	<i>Ações limitadas, mas significativas</i>	68
5.1.3.5	<i>Tensões políticas e administrativas</i>	69
5.1.3.6	<i>Impactos da pandemia na saúde bucal</i>	70
5.1.3.7	<i>Perspectivas e continuidades</i>	70
5.2	<i>Avaliação dos relatórios anuais de gestão</i>	74
5.2.1	<i>Gestão Luizianne Lins (2005–2012)</i>	74
5.2.2	<i>Gestão Roberto Cláudio (2013–2020)</i>	74
5.2.3	<i>Gestão José Sarto (2021–2023)</i>	75
5.3	<i>Quem são os atores-chave que subsidiaram a compreensão multifacetada da avaliação da política Brasil Sorridente, no município de Fortaleza-CE</i>	93
5.4	<i>Trajetória institucional da política Brasil Sorridente em Fortaleza-CE, na perspectiva de atores-chave</i>	95
5.4.1	<i>Categoria 1: dificuldades e desafios no acesso e na cobertura dos serviços de saúde bucal</i>	95
5.4.2	<i>Categoria 2: Recursos humanos: qualificação, valorização e condições de trabalho</i>	98
5.4.3	<i>Categoria 3: Infraestrutura e insumos</i>	100
5.4.4	<i>Categoria 4: Modelo de assistência e foco da odontologia no SUS</i>	102

5.4.5	<i>Categoria 5: Evolução histórica e impacto das políticas de saúde bucal em Fortaleza</i>	105
6	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL SORRIDENTE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE: DISCUSSÃO SOBRE OS ELEMENTOS DA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE	110
6.1	Gênese, objetivos e contexto político da Brasil Sorridente em Fortaleza	110
6.2	Relações de forças políticas e econômicas e modelos de gestão	110
6.3	Fragilidades da política nacional de saúde bucal Brasil Sorridente, no âmbito do SUS, no município de Fortaleza-CE	111
6.4	Potencialidades política nacional de saúde bucal Brasil Sorridente, no âmbito do SUS, no município de Fortaleza-CE	112
6.5	Recomendações para melhoria da política nacional de saúde bucal Brasil Sorridente, no âmbito do SUS, no município de Fortaleza-CE	113
6.6	Limitações do estudo	113
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS: POTENCIALIDADES E LIMITES DA POLÍTICA BRASIL SORRIDENTE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE	115
	REFERÊNCIAS	117
	GLOSSÁRIO	131
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL (PROFISSIONAIS DA SAÚDE E GESTORES)	138
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL	141
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – CIRURGIÃO-DENTISTA	143
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	145
	APÊNDICE E – TCLE – GESTOR	147
	APÊNDICE F – TCLE – USUÁRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	149
	ANEXO A – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	151

1 INTRODUÇÃO

1.1 A pesquisadora e a temática

Minha aspiração profissional de integrar o serviço público floresceu desde cedo, nutrida pela experiência familiar, em que a dedicação de meus pais como servidores ecoava em meu cotidiano. Essa influência precoce moldou meu desejo de contribuir ativa e exclusivamente para a sociedade, através de uma carreira no setor público.

Assim, quando prestava serviço como cirurgiã-dentista no Programa Saúde da Família (PSF), no município de Itapajé-Ceará, e me dedicava à especialização em Periodontia pela Universidade de Fortaleza (Unifor), em 2004, surgiu um convite que se revelaria um marco significativo em minha trajetória: integrar o quadro de profissionais dentistas do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município de Sobral-Ceará. Esse momento coincidiu com o lançamento da emblemática política Brasil Sorridente pelo então Presidente da República, contexto que me permitiu vivenciar desde o início a implementação de uma Política Nacional de Saúde Bucal. Nesse período, infelizmente, não pude assumir a prestação de serviço, mas logo iniciei a atuação como dentista no município de Fortaleza-Ceará, inicialmente, por meio de contrato, via cooperativa, passo que antecedeu os trâmites administrativos da prefeitura para participação no Concurso Estadual com base municipal. Essa experiência inicial no serviço público municipal reforçou minha convicção na importância de uma atuação dedicada e qualificada.

Movida por essa convicção e pela oportunidade de ingressar de forma efetiva no serviço público, dediquei-me intensamente aos estudos quando o Estado do Ceará lançou o concurso para o PSF, denominação da época para a atual Estratégia Saúde da Família (ESF). A busca por uma das 460 vagas ofertadas para o cargo de cirurgião-dentista do PSF representou período de grande empenho e foco, culminando na minha aprovação e no início da minha atuação na ESF, em Fortaleza, onde trabalho desde então, vivenciando diariamente a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito municipal.

Como cirurgiã-dentista, integrada à ESF do município de Fortaleza-CE, minhas experiências profissionais têm acendido forte interesse em otimizar a qualidade da assistência odontológica oferecida à população, tanto na minha unidade de saúde quanto em âmbito municipal. Essa vivência prática, aliada à minha incursão teórica sobre o tema, revela a inegável relevância desta investigação.

Em termos assistenciais e políticos, esta pesquisa se propôs a fornecer *insights*

valiosos para o aprimoramento dos serviços de saúde bucal em Fortaleza-Ceará, subsidiando a tomada de decisões com base em evidências concretas. Ao identificar os pontos fortes e as áreas de melhoria na implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), os gestores de saúde poderão direcionar recursos de forma mais eficiente e otimizar o sistema, beneficiando diretamente os usuários do SUS.

No plano social, este estudo contribui significativamente para o planejamento e o desenvolvimento da PNSB, com foco especial no fortalecimento da promoção da saúde bucal a longo prazo. A compreensão dos desafios enfrentados pela população de Fortaleza-Ceará, ao acessar e utilizar os serviços odontológicos municipais, permite que gestores e profissionais da ESF planejem e executem ações mais eficazes para garantir acesso equitativo e a qualidade dos cuidados em saúde. O resultado almejado é uma melhoria substancial na saúde bucal da comunidade, com a conseqüente redução das desigualdades em saúde e a promoção do bem-estar geral dos usuários do SUS.

Do ponto de vista acadêmico, esta pesquisa se fundamenta em metodologia de avaliação em profundidade, representando contribuição inovadora para a investigação em saúde bucal e as políticas de saúde. Ao demonstrar a aplicabilidade e a eficácia dessa abordagem metodológica, espera-se incentivar outros pesquisadores a utilizarem-na em diferentes contextos, gerando novos conhecimentos e *insights* para o aprimoramento de políticas e práticas de saúde bucal em nível nacional. Ademais, os resultados e as conclusões desta dissertação servirão como alicerce para futuras investigações sobre o tema, oferecendo referência para estudos subsequentes.

Dessa forma, o estudo enriqueceu meu aprendizado e minha formação acadêmica, além da possibilidade de gerar conhecimento relevante para gestores e profissionais da saúde, fortalecendo a articulação entre a teoria e a prática na área da saúde bucal.

A gênese da pergunta de pesquisa reside em minhas observações e vivências, ao longo de anos dedicados à saúde bucal, no contexto do SUS em Fortaleza e em outros municípios do Ceará. Apesar do inegável marco que representou a inserção da odontologia na ESF e da promulgação da Política Brasil Sorridente, percebo que parcela considerável da população ainda enfrenta desinformação e barreiras significativas para acessar cuidados odontológicos adequados.

Essa constatação se agudiza diante da realidade de poucos profissionais atuando no setor público em relação à demanda existente, resultando em cobertura assistencial ainda aquém do ideal e perpetuando desigualdades sociais no acesso à saúde bucal. A própria natureza da odontologia, especialidade que demanda considerável investimento financeiro e estrutural,

muitas vezes, esbarra nas limitações de recursos e na priorização de outras áreas da saúde.

Ademais, noto que as formas de orientação acadêmica e a lógica do sistema capitalista frequentemente direcionam o foco da atuação profissional para o atendimento privado e particular, em detrimento do fortalecimento do setor público. A ausência de carreira estruturada no SUS e piso salarial adequado para os cirurgiões-dentistas contribui para desvalorização da atuação nesse âmbito, impactando a motivação e a fixação de profissionais qualificados.

Diante desse cenário complexo, permeado por avanços inegáveis, mas também por desafios persistentes, surgiu a minha inquietação em avaliar em profundidade a implementação da Política Brasil Sorridente, no município de Fortaleza. Acredito que análise detalhada dos avanços, dos desafios e das limitações é essencial para identificar gargalos, propor soluções e, em última instância, contribuir para redução das desigualdades no acesso à saúde bucal e melhoria da qualidade da assistência oferecida à população fortalezense. Essa busca por compreender a fundo a efetividade da PNSB, em contexto local específico, foi a faísca que acendeu a minha curiosidade e impulsiona esta jornada de pesquisa.

Ressalta-se que para fins de melhor compreensão e conceitos, as definições relativas às palavras sublinhadas constam no início dessa dissertação, no item “Glossário”.

1.2 A saúde bucal no âmbito do SUS na contemporaneidade brasileira: algumas configurações básicas

No contexto contemporâneo, o SUS segue orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, definidos pela Constituição de 1988 e pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (Brasil, 1988, 1990a, 1990b). A descentralização federativa continua sendo fundamental para adaptar serviços às realidades locais, o que é essencial para complexidade epidemiológica brasileira (Barreto *et al.*, 2019). A gestão participativa, garantida por conselhos e conferências, fortalece a *accountability* social (Pereira; Fiúza, 2021).

Historicamente relegada no SUS, a saúde bucal era limitada a procedimentos restritos, especialmente exodontias (Brasil, 2022). Em 2004, o Programa Brasil Sorridente foi instituído, reorganizando a Atenção Primária com equipes de Saúde Bucal (eSB) na ESF, serviços odontológicos móveis, Centros Especializados (CEOs), Laboratórios de Próteses (LRPD), vigilância epidemiológica e fluoretação (Brasil, 2024).

Em Fortaleza-CE, essas bases institucionais se traduzem em sistema de saúde

pública marcado por desigualdade intraurbana, com grande concentração populacional em favelas e periferias (GINI = 0,61) e deficiências na infraestrutura em regiões vulneráveis (IBGE, 2022; Cidade de Fortaleza, 2022).

Nesse município, o Brasil Sorridente foi implementado a partir de 2004, com incentivos a eSB vinculadas à ESF, substituindo progressivamente a odontologia mutiladora pelo atendimento integral (Silva; Lima, 2021). Os CEO surgiram como estratégia para mitigar desigualdades regionais, principalmente nas regiões periféricas, alinhando-se às diretrizes federais (Pacheco, 2022).

A implementação envolveu articulações entre União, Estado, Municípios, entidades profissionais e movimentos sociais. A priorização da saúde bucal em Fortaleza se relaciona com alianças políticas locais entre poder municipal e lideranças sanitárias, assegurando recursos e alinhamento estratégico. A participação dos conselhos municipais articulou demandas da base, influenciando credenciamento de eSB e CEO, em regiões periféricas.

A evolução da cobertura das eSB por CORES, no período de 2011 a 2012, evidencia desigualdade na distribuição das Equipes de Saúde Bucal entre os territórios de Fortaleza. As áreas correspondentes às CORES II, III e IV apresentaram cobertura em torno de 43 %, 45,2 % e 48,7 %, respectivamente. Por outro lado, as regiões vinculadas às CORES I e V registraram os menores índices de cobertura, com, aproximadamente, 37,1 % e 38,5 % (Lima, 2016).

Já em 2019, dados do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, que avaliou 1.509 escolares de 12 anos, indicaram que as desigualdades persistiram. As CORES III e VI alcançaram os melhores indicadores, com 78,4 % e 72,0 % das crianças livres de cárie (CPO-D igual a zero). Em contrapartida, nas CORES I, IV e V, os percentuais de crianças com pelo menos um dente afetado (CPO-D maior que 1) foram significativamente mais elevados: 38,8 %, 34,6 % e 41,4 %, respectivamente (Prefeitura de Fortaleza, 2019).

Diante da restrita cobertura dos serviços de saúde bucal e da elevada prevalência de cárie, as regiões correspondentes às CORES I, IV e V devem ser priorizadas na análise da pesquisa. Os dados sugerem relação direta entre a baixa cobertura de eSB, em determinadas regiões, e os piores resultados em saúde bucal, refletindo desigualdade no acesso e na efetividade das ações preventivas e assistenciais (Lima, 2016; Fortaleza, 2019).

Além disso, as desigualdades socioeconômicas acentuam esse cenário, uma vez que, nas regiões mais favorecidas, as crianças tendem a acessar serviços privados de saúde bucal, enquanto nas áreas de maior vulnerabilidade, há maior dependência exclusiva da rede pública. Soma-se a isso a influência da escolaridade dos pais e responsáveis, que pode favorecer maior atenção e valorização dos cuidados preventivos em saúde bucal, contribuindo para

ampliar as disparidades entre os diferentes territórios (Lima, 2016; Fortaleza, 2019).

Quadro 1 - Síntese temporal (2006–2019)

Período	Indicadores chave
2006–2007	CPO-D médio aos 12 anos: entre 1,13 (CORES II) e 1,87 (CORES IV); dados do plano 2006–07
2011–2012	Cobertura eSB: CORES II/III/IV entre 43–48 %, CORES I e V em torno de 37–39 %
2019	CPO-D-0 nas CORES III e VI acima de 72 %; CORES I/IV/V com prevalência de CPO-D>1 entre 34–41 %

Fonte: Autora própria.

Estudo realizado por Souza, Kusma, Moysés e Roncalli (2021), com objetivo de analisar estratégias de implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a possível influência sobre a morbidade bucal em capitais do Brasil, na primeira década do século XXI, afirmou que a cidade de Fortaleza apresentou avaliação satisfatória no componente “clínica odontológica”, sendo considerada uma das cinco capitais com melhores resultados nesse quesito entre as 13 avaliadas. No entanto, o desempenho global da capital cearense nos indicadores de saúde bucal entre 2003 e 2010 foi classificado como pouco satisfatório, com destaque para redução modesta no índice CPO-D aos 12 anos (-3,59%) e aos 15-19 anos (-5,58%). Além disso, observou-se aumento na necessidade de prótese e discreta melhoria no acesso aos serviços odontológicos entre adolescentes (15 a 19 anos), com incremento de 7,58%. Esses resultados evidenciaram avanços pontuais, porém limitados, refletindo a necessidade de aprimorar a integração entre a oferta de serviços, as estratégias de promoção da saúde bucal e o modelo de atenção adotado, de modo a garantir maior equidade e impacto positivo nos indicadores da população de Fortaleza.

Na comparação entre os indicadores de saúde bucal das capitais nordestinas entre 2003 e 2010, Fortaleza apresentou desempenho intermediário em relação às demais cidades da região. Observou-se redução moderada no índice CPO-D aos 12 anos (-3,59%) e aos 15-19 anos (-5,58%), resultados superiores aos de Maceió e Recife, porém inferiores aos de Teresina e Salvador. No índice de cuidados odontológicos aos 12 anos, Fortaleza teve crescimento modesto (2,47%), ficando atrás de São Luís e Maceió. Destacou-se positivamente no indicador de acesso ao serviço odontológico entre adolescentes (7,58%), sendo uma das melhores performances do Nordeste. Já em relação à necessidade de tratamento endodôntico, a capital cearense apresentou redução discreta (-2,75%), inferior à de Natal, que obteve melhoria significativa. Esses dados revelaram avanços importantes em Fortaleza, especialmente no

acesso aos serviços, mas também indicam a persistência de desafios, sobretudo na ampliação e qualificação da atenção e na promoção da equidade em saúde bucal.

A pesquisa proposta visa compreender essas dinâmicas e oferecer recomendações sólidas, contribuindo para o fortalecimento da PNSB e a garantia da equidade no acesso à saúde bucal.

1.3 Adentrando no arcabouço legal e institucional

A Constituição Federal de 1988 estabelece, no art. 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, instituindo a universalidade dos serviços públicos de saúde. O SUS foi regulamentado pela Lei nº 8.080/1990 — conhecida como Lei Orgânica da Saúde — e complementado pela Lei nº 8.142/1990, que normatiza a participação da comunidade e o repasse de recursos da União aos estados e municípios.

Essas leis definem os princípios fundamentais do SUS: universalidade, integralidade, descentralização com direção única em cada esfera (União, Estados, Municípios) e participação da comunidade. A descentralização, prevista no artigo 198 da Constituição, viabiliza a cooperação federativa e atribui ao município a responsabilidade pela execução dos serviços, ao Estado de coordenação e complementação, e à União, o papel de formulação de políticas e financiamento.

A participação da sociedade se operacionaliza por meio dos Conselhos de Saúde, instituídos pela Lei nº 8.142/1990, que conferem voz ativa a cidadãos, profissionais, prestadores e gestores na elaboração, fiscalização e avaliação das políticas.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), validada em 2006, no âmbito do Pacto pela Saúde, reorganizou o acesso prioritário, via Estratégia Saúde da Família, incluindo equipes multiprofissionais e definindo responsabilidades e fontes de financiamento para a Atenção Primária.

Antes do SUS, os serviços odontológicos eram restritos aos atendidos pela previdência social (Inamps) e raramente incluíam fluoretação pública. Em 2000, com a Portaria nº 1.444/GM, cirurgiões-dentistas foram inseridos no PSF, consolidando a saúde bucal na Atenção Primária.

Em março de 2004, lançaram-se as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também chamada “Brasil Sorridente”. A iniciativa buscou ampliar o acesso e qualificar serviços, por meio da ampliação da Atenção Básica com eSB; implantação de CEO; fortalecimento da fluoretação pública; e organização da vigilância em saúde bucal.

Do ponto de vista financeiro, os repasses federais à saúde bucal saltaram de R\$ 83,4 milhões, em 2003, para R\$ 916 milhões, em 2014 — incremento de aproximadamente 10 vezes. Essa expansão resultou em aumento substancial de CEO, laboratórios de próteses e na realização de centenas de milhares de procedimentos especializados.

Em 2023, a sanção da Lei nº 14.572/2023 elevou o Brasil Sorridente à categoria de política de Estado, garantindo a continuidade obrigatória, o que reforçou a estabilidade institucional e orçamentária. Essa legislação estabelece diretrizes voltadas à garantia do acesso universal, equânime e contínuo aos serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, promovendo a integração das ações preventivas, curativas e reabilitadoras. Entre os princípios, destacam-se a eliminação da demanda reprimida, o monitoramento sistemático dos indicadores de saúde bucal e a promoção da fluoretação das águas de abastecimento público. Com a nova lei, a atenção odontológica passou a ter respaldo legal definitivo, fortalecendo o financiamento público, a organização da rede de cuidados e a vigilância em saúde bucal, além de reafirmar o compromisso do Estado com a promoção da saúde como direito de todos e dever do poder público.

Assim, a contemporaneidade da saúde bucal no SUS representa construção social e institucional significativa, marcada por avanços notáveis, como a universalização do atendimento, qualificação técnica e consolidação como política pública. Em Fortaleza, embora haja potencial com eSB e CEO, permanecem desafios estruturais e operacionais que demandam atenção específica.

Essa inclusão formal obriga entes federados a manter ações em atenção básica, especializada e vigilância, garantindo continuidade e estabilidade ao serviço de saúde. O arcabouço legal do SUS, ancorado na Constituição de 1988 e fortalecido pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, estruturou a saúde pública no Brasil. A incorporação da saúde bucal, por meio do Brasil Sorridente, em 2004, e consolidação institucional e jurídica, em 2023, representam marco no reconhecimento do direito à saúde integral.

Apesar dos progressos, é importante enfrentar desigualdades regionais, fortalecer redes e manter vigilância e participação social para garantir que a saúde bucal continue integrada e equânime no SUS.

O SB Brasil 2023 reforça a importância dos levantamentos epidemiológicos como componentes cruciais da vigilância em saúde, fornecendo visão abrangente das condições de saúde bucal e direcionando ações para a melhoria do acesso aos serviços odontológicos e o fortalecimento das estratégias de promoção de saúde no país. A consolidação dos dados demonstrou que os dados de Fortaleza, Ceará, sobre a saúde bucal de diferentes grupos etários

revelaram tanto avanços quanto desafios, alinhando-se, em parte, às tendências nacionais (Brasil, 2023). A seguir, análise direta e quadro descritivo.

Entre as **crianças de 5 anos**, a incidência de dor de dente nos últimos seis meses foi de 22,66%. A experiência de cárie na dentição decídua (índice ceo-d) teve média de 1,25, com 86,67% dos dentes cariados e apenas 5,60% restaurados. Cerca de 60% dessas crianças estavam livres de cárie. Quanto à oclusão, a sobremordida normal foi observada em 48,76%, enquanto a mordida cruzada posterior estava ausente em 92,12%. Mais da metade (55,05%) das crianças buscou atendimento no serviço público de saúde bucal.

Para os **adolescentes de 12 anos**, 17,54% relataram dor dentária nos últimos seis meses. A maioria (61,90%) buscou e foi atendida em serviços de saúde bucal no último ano, sendo que 58,11% utilizaram o serviço público. A experiência de cárie na dentição permanente (CPO-D) teve média de 1,25, com alta prevalência de cárie não tratada (42,34%) e as consequências clínicas (6,52%). Condições periodontais como sangramento gengival (16,34%) e cálculo dentário (42,34%) foram observadas, e 88,09% não apresentaram traumatismo dentário.

A **faixa etária de 15 a 19 anos** apresentou 27,72% de prevalência de dor de dente e 20,95% de dor na face. Diferente das crianças e dos adolescentes mais jovens, a maioria (55,30%) buscou atendimento no serviço particular, com 28,29% utilizando o serviço público. A prevalência de cárie não tratada permaneceu em 42,34%. Em relação às condições periodontais, ao sangramento gengival (36,75%) e cálculo dentário (42,34%) foram comuns, com 2,43% apresentando bolsa rasa.

Entre os **adultos de 35 a 44 anos**, a dor de dente foi relatada por 40,72% e a dor na face por 31,95%. A necessidade de prótese dentária foi significativa, com 35,58% necessitando de prótese parcial em um maxilar e 36,50%, em dois. As condições periodontais mais frequentes foram cálculo dentário (51,90%) e sangramento gengival (38,72%), com a presença de bolsas periodontais rasas (12,94%) e profundas (3,91%).

Por fim, os **idosos de 65 a 74 anos** apresentaram dor de dente em 19,02% e dor na face, em 23,17%. A autopercepção da saúde bucal foi variada, com 36,75% considerando-a "Boa/Muito Boa" e 19,64% "Ruim/Muito Ruim". A prevalência de edentulismo foi de 48,16%. A necessidade de prótese dentária foi alta, similar aos adultos, com 35,58% necessitando de prótese parcial em um maxilar e 36,50%, em dois. As condições periodontais mais comuns foram cálculo dentário (39,90%) e sangramento gengival (23,17%).

Na perspectiva nacional, houve **redução significativa na perda dentária e no edentulismo**, com a prevalência de edentulismo em idosos caindo de aproximadamente 53%

(em 2003 e 2010) para 36,48%, em 2023. A média de dentes perdidos por adulto também diminuiu, indicando impacto positivo da Política Nacional de Saúde Bucal. Contudo, a **necessidade de próteses dentárias** permanece elevada nacionalmente (53,2%), apontando para necessidade de expandir a oferta de reabilitação nos serviços públicos. Além disso, observou-se **aumento na prevalência de oclusopatia muito grave em adolescentes de 12 anos**, sugerindo a necessidade de aprimorar a oferta de tratamento ortodôntico público.

Tabela 1 - Dados de saúde bucal em Fortaleza

(Continua)

Indicadores	Crianças de 5 anos	Adolescentes de 12 anos	Adolescentes de 15 a 19 anos	Adultos de 35 a 44 anos	Idosos de 65 a 74 anos
Dor de dente (últimos 6 meses)	22,66%	17,54%	27,72%	40,72%	19,02%
Dor na face (últimos 6 meses)	-	-	20,95%	31,95%	23,17%
Índice ceo-d (experiência de cárie decídua)	1,25 (86,67% cariados)	-	-	-	-
Livre de cárie (ceo-d=0)	60,00%	-	-	-	-
Utilização de serviço público de saúde bucal	55,05%	58,11% (atendidos)	28,29%	-	-
Índice CPO-D (experiência de cárie permanente)	-	1,25 (86,67% cariados)	-	-	-
Cárie não tratada	-	42,34%	42,34%	-	-
Consequências clínicas da cárie não tratada (PUFA≥1)	-	6,52%	-	-	-
Sangramento gengival	-	16,34%	36,75%	38,72%	23,17%
Cálculo dentário	-	42,34%	42,34%	51,90%	39,90%
Bolsa periodontal rasa	-	-	2,43%	12,94%	8,00%
Bolsa periodontal profunda	-	-	0,00%	3,91%	0,00%
Traumatismo dentário (ausente)	-	88,09%	-	-	-

Tabela 1 - Dados de saúde bucal em Fortaleza

(Conclusão)

Indicadores	Crianças de 5 anos	Adolescentes de 12 anos	Adolescentes de 15 a 19 anos	Adultos de 35 a 44 anos	Idosos de 65 a 74 anos
Necessidade de prótese dentária (parcial em 1 maxilar)	-	-	-	35,58%	35,58%
Necessidade de prótese dentária (parcial em 2 maxilares)	-	-	-	36,50%	36,50%
Edentulismo	-	-	-	-	48,16%
Autopercepção da saúde bucal "Boa/Muito Boa"	-	-	-	-	36,75%

Fonte: Brasil (2023).

Com esses dados obtidos, o Quadro 2 resume o planejamento de ações para a saúde bucal em Fortaleza, baseado no SB Brasil 2023, organizando as estratégias em três prazos: curto (0-1 ano), com foco em urgência e prevenção; médio (1-3 anos), voltado para fortalecimento do SUS e atenção integral; e longo prazo (3+ anos), com ênfase em sustentabilidade, redução de iniquidades e inovação. As ações incluem desde atendimento emergencial e campanhas educativas até expansão de serviços especializados e vigilância epidemiológica, alinhadas à Política Nacional de Saúde Bucal para garantir acesso universal e reduzir desigualdades.

Quadro 2 - Planejamento de ações para a saúde bucal em Fortaleza conforme o SB Brasil

Prazo	Foco	Ações Principais
Longo Prazo (3+ anos)	Sustentabilidade, Iniquidades e Inovação	<ul style="list-style-type: none"> - Integração intersetorial (Educação, Saneamento, Assistência Social); - Expansão da reabilitação oral (próteses dentárias para idosos); - Fortalecimento dos CEO e acesso a especialidades (ortodontia); - Sistema de vigilância epidemiológica contínua; - Pesquisas e inovações locais para redução de iniquidades.
Curto Prazo (0-1 ano)	Urgência, Prevenção e Sensibilização	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso rápido a atendimento de urgência (prioridade para adultos 35-44 anos); - Expansão de horários e slots em UBS/CEO; - Capacitação em manejo da dor e Tratamento Restaurador Atraumático (ART); - Escovação supervisionada em escolas/creches; - Campanhas educativas (mídias sociais, presencial); - Capacitação de ACS para multiplicação de informações.
Médio Prazo (1-3 anos)	Fortalecimento do SUS e Atenção Integral	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação de Equipes de Saúde Bucal (eSB) e otimização de agendamentos; - Avaliação da satisfação do usuário no SUS. - Protocolos de rastreamento e tratamento precoce de cárie e doenças periodontais. - Programas de educação permanente para profissionais; - Melhoria no registro de dados para monitoramento.

Fonte: Autoria própria, a partir de Brasil (2023).

Em síntese, a trajetória da saúde bucal no Brasil reflete avanços institucionais e legais significativos, especialmente com a consolidação do SUS e a criação da Política Nacional de Saúde Bucal, recentemente fortalecida pela Lei nº 14.572/2023. Apesar da ampliação do acesso e da melhora nos indicadores nacionais, persistem desafios expressivos em Fortaleza, como a elevada prevalência de cárie não tratada, condições periodontais e a alta demanda por próteses, sobretudo entre adultos e idosos. As desigualdades socioeconômicas e regionais ainda configuram barreiras relevantes, uma vez que parcelas mais favorecidas recorrem ao setor privado, enquanto populações vulneráveis dependem exclusivamente do SUS. Nesse contexto, torna-se fundamental direcionar políticas e estratégias locais que articulem prevenção, assistência e reabilitação, integrando ações de curto, médio e longo prazo, com vistas a reduzir iniquidades, qualificar a atenção e garantir a efetividade do direito à saúde bucal para toda a população.

2 DELIMITANDO O OBJETO DA PESQUISA AVALIATIVA

O SUS é um sistema público fundamentado em um projeto territorial descentralizado, hierarquizado e integrado regionalmente através das redes de atenção à saúde. A arquitetura desse sistema é alicerçada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, descritos nos dispositivos constitucionais do direito de todos à saúde, não importa em qual ponto do território a pessoa esteja, bem como no dever do Estado de oferecer as possibilidades para efetivação (Brasil, 1988).

A localização dos serviços no território deve obedecer aos princípios fundamentais da resolutividade e economia de escala, sendo tanto mais concentrados quanto mais especializados e vice-versa (Mendes, 2011).

Pesquisas demonstram que a condição de saúde-doença bucal é reflexo da renda familiar (Salako, 1985; Matos, 2002), renda individual (Thompson *et al.*, 2004), acesso aos serviços de saúde e redes de comunicação social (Silva; Duran, 1990). Também, é observada relação da cárie com fatores como a origem étnica (Gilbert; Duncan; Shelton, 2003), ocupação da mãe (Vasconcellos *et al.*, 1993), local de moradia (Nörmark, 1993), presença de água encanada (Khan; Cleaton-Jones, 1998; Luz; Campos, 2003), inclusão no sistema educacional (Tomita; Torres, 2000) e grau instrucional dos pais (Al-Hosani; Rugg-Gunn, 1998; Patussi, 1999).

Essa desigualdade gera demanda no acesso aos serviços de saúde bucal, além do tratamento clínico, pois, segundo Mandú (2004), enunciam processos mais abrangentes, como condições sociais vividas e aspectos da intersubjetividade (conflitos, sofrimentos, questões psicoafetivas etc.) não traduzidos primariamente para cuidados específicos.

Diante do cenário contemporâneo no Brasil e, particularmente em Fortaleza-Ceará, o problema de pesquisa está fundamentado nas desigualdades que permeiam o acesso aos serviços odontológicos no Brasil e nas disparidades regionais que se refletem na cidade de Fortaleza. Apesar dos avanços promovidos pela PNSB, a persistência de bolsões de exclusão e as limitações na cobertura e resolutividade dos serviços indicam a necessidade de avaliação crítica e propositiva.

Em Fortaleza/CE, a Política Brasil Sorridente é realizada no âmbito do SUS, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com ações de gestão e planejamento, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), com ações preventivas, de promoção em saúde e assistenciais, nos CEO, com as ações especializadas em saúde bucal, e em alguns hospitais no

território do município para realizações de cirurgias odontológicas de maior complexidade. Práticas amparadas pela Lei Orgânica do município de Fortaleza, no artigo 297:

A saúde é direito de todos os munícipes e dever do poder público, assegurada mediante políticas sociais e econômicas que visem à eliminação de risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dessa forma, a seguinte pergunta norteia o estudo: quais avanços, desafios e limitações da Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente no município de Fortaleza, Ceará, no contexto de redução das desigualdades, no acesso aos serviços odontológicos e melhoria da qualidade da assistência? Como hipótese, partiu-se do pressuposto de que a PNSB promoveu avanços importantes na ampliação do acesso e na organização dos serviços odontológicos em Fortaleza-Ceará, mas enfrenta desafios relacionados à desigualdade no acesso, à continuidade do cuidado e à alocação de recursos.

Frente ao exposto, definiu-se como objetivo geral da pesquisa: avaliar a Política Nacional em Saúde Bucal Brasil Sorridente, no âmbito do SUS, em Fortaleza-Ceará, Brasil. Nesta perspectiva, configuraram-se como objetivos específicos: a) Analisar os aspectos relacionados à Política Brasil Sorridente, no âmbito do SUS, em Fortaleza-CE, considerando a gênese, os objetivos e as necessidades e dentro do espaço e contexto político em que está inserida; b) Investigar o contexto de relações de forças políticas e econômicas que atuaram diretamente na incorporação da Política Brasil Sorridente, no âmbito do SUS, em Fortaleza-CE; c) Investigar fragilidades e potencialidades da Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente, no âmbito do SUS, no município de Fortaleza-CE; e d) Recomendar ações para melhoria da Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente, no âmbito do SUS, no município de Fortaleza-CE.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para o aprimoramento de políticas públicas voltadas à saúde bucal, no âmbito de SUS, no município de Fortaleza-CE, fortalecendo as redes de atenção e do cuidado e favorecendo ambiente mais propício para o desenvolvimento e a execução de ações, segundo os ditames legais internacionais e nacionais.

3 PERSPECTIVA EM DISPUTA NO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: HEGEMÔNICAS E CONTRA-HEGEMÔNICAS

A avaliação de políticas públicas constitui campo em disputa, com hegemonia histórica de perspectivas positivistas e reducionistas. Neste sentido, cabe delinear o campo das políticas públicas e como têm se situado as perspectivas avaliativas, para, enfim, demarcar a perspectiva escolhida para nortear o presente trabalho, denominada avaliação em profundidade.

3.1 Políticas públicas como campo em disputa

Não há definição única ou superior do que sejam as políticas públicas. Mead (1995) as descreve como campo de estudo que examina a atuação do governo em relação a grandes questões públicas. Lynn (1980) as define como conjunto de ações governamentais que geram efeitos específicos. Peters (1986) considera políticas públicas como a soma das atividades governamentais que impactam a vida dos cidadãos, direta ou indiretamente. Dye (1984) sintetiza política pública como as decisões ou omissões do governo. Laswell (1936) apresenta definição amplamente conhecida, que vê políticas públicas como análises que respondem às perguntas: quem ganha o quê, por que e qual a importância disso.

Outras definições destacam o papel das políticas públicas na resolução de problemas. Para Souza (2003), críticos dessas definições, que valorizam excessivamente os aspectos racionais e procedimentais, afirmam que elas deixam de lado a essência da política pública, que envolve o confronto de ideias e interesses. Além disso, ao se concentrarem no papel dos governos, essas definições podem ignorar os aspectos conflitantes e as limitações das decisões governamentais, assim como as possibilidades de colaboração entre governos, instituições e grupos sociais.

Não é possível definir com precisão o momento exato do surgimento das primeiras medidas reconhecidas como políticas sociais. No entanto, entende-se que as raízes estão no final do século XIX, relacionadas às lutas e mobilizações trabalhistas de caráter social-democrata e à formação dos Estados-nação, na Europa Ocidental. A expansão mais ampla dessas políticas ocorreu durante a transição do capitalismo concorrencial para o monopolista, após a Segunda Guerra Mundial (Bonfim, 2010).

A caridade individual e a filantropia são exemplos de práticas assistenciais isoladas e podem ser consideradas formas rudimentares de políticas sociais. Essas ações, comuns em sociedades pré-capitalistas, tinham como objetivo combater a ociosidade e preservar a

estabilidade social (Behring; Boschetti, 2017). O desenvolvimento pleno das políticas sociais foi retardado pelo forte liberalismo que predominou entre a segunda metade do século XIX e o final do primeiro quarto do século XX. Durante esse período, o livre mercado era visto como regulador dos preços e das relações comerciais, enquanto o trabalho era tratado como mercadoria oferecida pelo trabalhador (Behring; Boschetti, 2017).

O liberalismo defende que a busca individual por objetivos econômicos, somada às ações de outras pessoas, gera o bem-estar comum, sustentado pela “mão invisível” do mercado (Smith, 2003). Desta forma, intervenção estatal mais ativa seria vista como interferência na capacidade do mercado de regular as relações sociais. Assim, propugna a limitação do papel do Estado à criação e manutenção de leis que orientem as ações individuais. Existe, portanto, tensionamento evidente na relação entre a burguesia liberal e o Estado, por este sempre ter sido necessário para viabilizar o sistema do capital, como também para direcionar ações para a classe trabalhadora, tensionado pelas mobilizações dos trabalhadores.

Cada país possui trajetória própria no desenvolvimento de políticas sociais. É evidente, que estas não surgem de forma isolada, mas como resposta a demandas e aos desafios específicos. No Brasil, estas políticas evoluíram em contexto marcado por desigualdades, ambiguidades e tensões entre o patrimonialismo, que protege os privilégios das elites, e o liberalismo formal (Fernandes, 2020).

As definições mais simples de políticas públicas apontam para o espaço em que se desenrolam confrontos de interesses, ideias e preferências: os governos. Para Souza (2003), apesar das diferentes abordagens, as definições de políticas públicas frequentemente adotam visão holística, considerando o todo mais importante que a soma das partes, e reconhecendo a relevância de indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses, embora existam discordâncias quanto à importância relativa de cada fator. Deste modo, do ponto de vista teórico-conceitual, as políticas públicas, em geral, e as políticas sociais em particular, constituem áreas multidisciplinares que buscam entender a natureza e os processos envolvidos nas políticas públicas. Uma teoria abrangente de políticas públicas implica integrar conhecimentos da sociologia, ciência política e economia, dado que essas políticas impactam a economia e a sociedade, explicando as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade.

As políticas públicas, enquanto instrumentos de governo, desempenham papel fundamental na concretização dos direitos da cidadania. Ao traduzir princípios constitucionais e demandas sociais em ações concretas, elas moldam a realidade social e econômica de um país. No que tange à classificação, as políticas relacionadas aos Direitos Econômicos e Sociais (DES)

distinguem-se das voltadas para os Direitos Cívicos e Políticos (DCP). As primeiras visam garantir condições mínimas de vida digna, como acesso à saúde, educação, trabalho e moradia, enquanto as segundas asseguram liberdades individuais e participação política. Essa distinção é crucial, pois as políticas para DES demandam investimentos contínuos e ações afirmativas do Estado, enquanto as relacionadas aos DCP exigem a garantia de ambiente livre de restrições e a promoção da participação cidadã (Bucci; Souza, 2022).

A Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, representou marco histórico para o Brasil, ao consagrar diversos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde. O artigo 6º desta Constituição estabelece que são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. Ao incluir a saúde nesse rol, a Constituição reconhece que o acesso a serviços de saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado (Brasil, 1988).

3.2 Políticas públicas na saúde: a construção coletiva de um direito universal

Entre 1897 e 1930, a responsabilidade pelos assuntos de saúde pública no Brasil era do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, sendo administrada pela Diretoria Geral de Saúde Pública. Médici (1994) aponta que, até a década de 1930, o Estado se limitava a atuar em ações de saneamento e controle de endemias. Durante esse período, consolidou-se o modelo sanitarista-campanhista, política de saúde pública que perdurou até o final dos anos 1940 e visava apoiar o modelo econômico agrário-exportador, assegurando condições de saúde para os trabalhadores no setor de produção e exportação. As campanhas sanitárias tinham por objetivo o combate a doenças endêmicas, como peste, cólera e varíola, entre outras (Martin; Carvalho; Cordonni, 2001). Com o tempo, o Estado ampliou a intervenção na saúde, assumindo, após a Segunda Guerra Mundial, responsabilidades financeiras pela assistência à saúde da população.

No Brasil, a saúde pública passou por significativas mudanças até a criação do SUS, em 1988. Durante muitos anos, o atendimento aos doentes era realizado predominantemente pelas Santas Casas de Misericórdia, dirigidas pela Igreja Católica, como atos de caridade. Ao Estado, cabia apenas o controle de epidemias. Em 1923, o acesso à saúde pública passou a ser vinculado à contribuição dos trabalhadores à previdência social. Esse modelo permaneceu até 1988, quando a Constituição Federal criou o SUS. O SUS resultou de uma das lutas maiores e mais articuladas da sociedade civil brasileira, permitindo que a discussão sobre saúde

ultrapassasse as questões técnicas. Envolvendo estudantes, pesquisadores, trabalhadores da saúde, parlamentares, sindicatos e entidades comunitárias, a saúde foi definida como direito fundamental para garantia da cidadania. A intimidação ao SUS representa ameaça à história, aos anos de luta e à construção coletiva (Santos *et al.*, 2020).

As propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) foram formalizadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Essa conferência consolidou diretrizes para um sistema de saúde baseado no direito universal, no acesso igualitário, na descentralização e na participação social ampla. À época, já indicava a municipalização como estratégia para implementar a descentralização. Esta conferência, que contou com a participação de mais de 5.000 pessoas e produziu relatório fundamental para inclusão da saúde como direito na Constituição de 1988, sendo então estabelecidas as bases do SUS (Conferência Nacional de Saúde, 1986).

A Constituição Federal de 1988 reformulou a saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo, ao contrário do período anterior, em que era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas, e a assistência passou a ser concebida de forma integral, abrangendo ações preventivas e curativas (Brasil, 1988).

As Leis 8.080/90 e 8.142/90 são fundamentais para o novo modelo de saúde no Brasil, funcionando como estatuto para o SUS. A Lei 8.080/90 consolidou as diretrizes constitucionais do sistema (Brasil, 1990a). Já a Lei 8.142/90 estabeleceu o papel da comunidade na gestão da saúde, criando conferências e conselhos de saúde como instâncias de orientação, deliberação e controle social, em cada nível governamental (Brasil, 1990b). As normas operacionais emitidas pelo Ministério da Saúde, em 1991, 1993 e 1996, também foram relevantes, pois direcionaram o novo modelo, inclusive no que se refere ao financiamento (Brasil, 1991; Brasil, 1993a; Brasil, 1996b).

A Atenção Básica (ABS) é o único nível da atenção que estará presente em todo o território nacional e através dela, das pactuações intermunicipais e dos sistemas regionais, as pessoas poderão acessar os demais níveis do cuidado, assim designados secundário e terciário. Portanto, todo o projeto territorial do SUS depende da constituição de uma base que deve funcionar como porta de entrada e centro de comando do sistema (Faria, 2020).

Desde a década de 1990, colocava-se a questão de como planejar territorialmente a Atenção Básica a Saúde (ABS), hoje Atenção Primária à Saúde do SUS. Compreendeu-se que toda a estrutura e o próprio modelo assistencial dependem não apenas de como são alocados os

serviços, mas como são organizadas territorialmente ações, sobretudo, as de prevenção e promoção (Teixeira; Pam; Vilasboas, 1998). Por isso, era necessário mais do que apenas delimitar territórios para os serviços, devendo haver relação de vinculação e pertencimento entre a população e os serviços. Essa concepção, assim designada territorialização políticas estratégicas em torno da ESF e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Faria, 2020).

A territorialização está hoje presente nos documentos reguladores da ABS do SUS e incorpora em si mesma o modelo de atenção a ser adotado. Mas, os contextos político-ideológicos e os processos econômico-institucionais inviabilizaram, até agora, a reorientação para um modelo assistencial territorializado. Por isso, a territorialização da ABS não se completou e, por conseguinte, não se completou também o desenho da porta de entrada do SUS no Brasil. E isso traduz-se em inúmeras consequências que se mostram contra os princípios da ABS legalmente previstos e historicamente construídos (Faria, 2020).

A territorialização é uma política fundamental para dar consequência aos princípios do SUS no Brasil. Todavia, convive-se, ainda hoje, com modelos de atenção desterritorializados e fragmentados em ações descontínuas, casuísticas e pouco resolutivas. A convergência assistencial, no sentido de criar redes de atenção territorializadas a partir da ABS, é uma proposta constitucional que foi sistematizada em diversos documentos, ainda na década de 1990. Todavia, o Brasil demorou muito para unificar o modelo de atenção. O país tardou também em pensar os sistemas locais em relação aos sistemas regionais e a constituir mecanismos coerentes de modelagem das redes e da própria regionalização do SUS (Faria, 2020).

No Brasil, o SUS foi concebido e é organizado por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços e ações, que tem por objetivo garantir a saúde como direito constitucional. No processo de construção, inúmeras normativas têm induzido arranjos organizativos a partir de diretrizes, como a descentralização, a municipalização, a regionalização, a participação da sociedade e a gestão interfederativa, caracterizando inovações na estrutura do Estado e na administração pública do país (Brasil, 2010).

Apesar do atual cenário político nacional de inflexão de políticas públicas e da supressão de direitos, o que se observa é a materialização das diretrizes organizacionais da descentralização e regionalização, o que propiciou avanços e também desafios na estruturação do sistema de saúde (Mendes, 2010). A partir de 2010, o modelo de organização do SUS passou a ter como principal referência as RAS, modelo fundamentado nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), preconizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (Brasil, 2011a). Este modelo vem sendo utilizado em países em processo de transição demográfica e epidemiológica

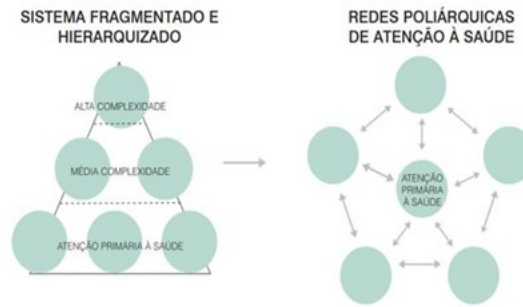
em que predominam condições e agravos crônicos (Brasil, 2011b) e vem sendo apresentado como alternativa à fragmentação dos sistemas de saúde (Brasil, 2011c), indicando a centralidade da atenção primária nas redes (Brasil, 2012, 2014, 2022a).

As principais justificativas para implantação das RAS são a necessidade de organização de sistemas para dar respostas à tríplice carga de doenças – infecto contagiosas, crônicas e causas externas – e a obtenção de melhores resultados econômicos, epidemiológicos e de integralidade do cuidado em saúde (Brasil, 2011b). Para tanto, propugna-se a organização de redes constituídas por diversos pontos de atenção à saúde, com centralidade da atenção primária, sistemas logísticos e de apoio (Brasil, 2022b).

A implantação das RAS se justifica também pela necessidade de cuidados continuados em saúde para pessoas com condições crônicas, como estratégia para garantia da integralidade e pela perspectiva da economia de escala e de escopo (Brasil, 2022b). A normativa legal que instituiu as Redes de Atenção à Saúde no Brasil propôs modelo poliárquico de sistema constituído por diferentes pontos de atenção à saúde e pelas ligações que os comunicam, com objetivo de se obter melhores resultados epidemiológicos e de integralidade do cuidado em saúde (Brasil, 2018).

Ao longo dos anos, diferentes modelos de organização têm sido propostos e implementados, cada um com as características e desafios, com destaque para os seguintes modelos: os sistemas de saúde fragmentados e as redes poliárquicas de atenção à saúde. Os sistemas de saúde fragmentados são caracterizados por organização desarticulada dos serviços, com pouca ou nenhuma coordenação entre os diferentes pontos de atenção. Nesse modelo, os serviços de saúde funcionam de forma isolada, sem lógica integrada de cuidado. Por sua vez, as redes poliárquicas de atenção à saúde representam alternativa aos sistemas fragmentados, buscando integrar os diferentes pontos de atenção em torno do cuidado ao paciente. Nesse modelo, os serviços de saúde são organizados em torno de uma lógica de cuidado coordenado e contínuo (Brasil, 2018). A Figura 1 compara as características desses dois modelos.

Figura 1 – Sistemas de saúde fragmentados e as redes poliárquicas de atenção à saúde



Fonte: Mendes *et al.* (2011).

Conforme evidenciado, a construção de políticas públicas efetivas para saúde exige abordagem integrada, que considere os determinantes sociais da saúde. A promoção de políticas públicas que atuem sobre os fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam a saúde da população é fundamental para garantir a equidade e a justiça social. A experiência do SUS demonstra a importância da participação social na formulação e implementação de políticas públicas, evidenciando que a construção de um sistema de saúde mais justo e equânime é um processo contínuo e desafiador, que exige o compromisso de todos os envolvidos. Assim, a trajetória do Brasil na construção de um sistema de saúde universal demonstra avanços significativos, mas também revela desafios persistentes.

3.3 Política nacional de saúde bucal: desafio histórico para enfrentar as iniquidades no acesso à saúde bucal e aos serviços odontológicos no Brasil

Em 1986, o levantamento epidemiológico constituiu importante avanço na epidemiologia de saúde bucal no Brasil, questionando a ideia predominante de que não era essencial diagnóstico mais preciso dos problemas bucais da população. Até então, acreditava-se que bastava ter noção da extensão dos problemas de saúde bucal no país. Esse estudo, contudo, evidenciou a necessidade de avaliação mais detalhada e precisa (Brasil, 1986; Roncalli, 2006).

No Brasil, depois de oito anos desde o começo dos estudos em Grand Rapids (Arnold et al, 1962), a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), vinculada ao Ministério da Saúde, implementou, em 31 de outubro de 1953, o primeiro sistema de fluoretação de água no país. A adição de flúor à água é obrigatória desde 1974, conforme a Lei Federal nº 6050. No entanto, Alves (2012) menciona que a documentação sobre a fluoretação nas diferentes cidades é escassa, o que torna difícil entender como ocorre o acesso a esse benefício em várias

regiões do país, apesar da expansão desse acesso ser uma das prioridades da PNSB. Inicialmente, a principal ação em saúde bucal era a fluoretação da água. Ao longo dos anos, no Brasil, a saúde bucal enfrenta muitos desafios, mas também importantes progressos, sendo marco significativo na criação do SUS, em 1988, com a ampliação da oferta de atendimento odontológico. O SUS representou passos importantes, mas ainda é insuficiente para atender toda a demanda de uma população historicamente desassistida em relação à atenção odontológica, o que motivou o Brasil a ser conhecido como um país de "banguelas" (Chaves *et al.*, 2017; Bahia, 2018; Brasil, 2021).

Em 2002, o Ministério da Saúde realizou novo levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal. Os dados desse levantamento permitiram o planejamento e a avaliação das ações de saúde bucal no Brasil. O estudo revelou a alta incidência e gravidade dos problemas bucais na população brasileira, além de evidenciar as persistentes desigualdades regionais e a condição de saúde bucal relacionada a essas desigualdades (Fischer *et al.*, 2010).

Fischer *et al.* (2010, p. 127) destacam que,

[...] Estudos em nível individual revelam que os fatores de risco sociais, tais como baixa escolaridade materna e baixa renda familiar, são comuns à cárie dentária e a outras doenças e agravos infantis. Em estudos ecológicos esta relação também tem sido evidenciada, constatando-se que a experiência de agravos bucais é susceptível às desigualdades sociodemográficas e geográficas, sugerindo a existência de iniquidades em saúde bucal. Estas iniquidades em saúde refletem-se, inclusive, no acesso e utilização dos serviços de saúde, observadas em estudos internacionais e nacionais (Fischer *et al.*, 2010, p. 127).

De acordo com Junqueira, Frias e Zilbovicius (2004), o Projeto SB Brasil, iniciado em 2003, apresentou o perfil de saúde bucal dos brasileiros e mostrou que crianças de 12 anos tinham índice CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) abaixo de 3, atendendo aos padrões e às metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Confederação Dentária Internacional para o ano 2000. Contudo, esses dados não refletiam uniformemente a realidade de todas as regiões do país.

Lançada em 2004, sob o nome Brasil Sorridente, a PNSB estabeleceu diretrizes para organizar o atendimento em saúde bucal com base no princípio da integralidade do cuidado. A política priorizou a Atenção Primária à Saúde (APS) para estruturar a rede de serviços, destacando a ESF como porta de entrada dos usuários no sistema de saúde (Brasil, 2004).

Reconhecida como a maior política pública de saúde bucal do mundo, desde o lançamento, em 2004, a PNSB expandiu e criou novos serviços de saúde bucal, além de reorientar o modelo assistencial com a implantação de uma rede que articula os três níveis de

atenção e promove ações multidisciplinares e intersetoriais (Brasil, 2004, 2015).

A odontologia se mantém distante e alheia a remodelação assistencial, até o ano 2001, quando por portaria ministerial, é incluída na ESF, instituindo recursos financeiros específicos para incorporação de cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicas em saúde bucal, constituindo as Equipes de Saúde Bucal (ESB) (Basso *et al.*, 2019).

Porém, a validação da assistência odontológica junto ao SUS ocorreu, em 2004, pela edição da PNSB, que passa a ser reconhecida por Brasil Sorridente, destinando recursos financeiros específicos para implantação de novas ESB, construção de Centros de Especialidades Odontológica (CEO) e ainda Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (Mendes, 2010). Porém, a distribuição geográfica desigual dos pontos de atendimento de média e alta densidade tecnológica dão origem a um novo princípio organizador, pautado nas regiões de saúde, como garantia da integralidade e acesso contínuo a todas as linhas de cuidado. Neste contexto que, em 2010, surgiram as RAS (Simoura *et al.*, 2019).

Definidas a partir do desenho organizado e poliárquico inter relacionando todas as unidades assistenciais, as redes se fortalecem a partir de vínculos e compromisso no cumprimento de missão e propósitos comuns: cooperação e independência; financiamento adequado e relações horizontais entre os serviços; integralidade, assegurada pela conexão entre os níveis crescentes de densidade tecnológica do processo assistencial; valorização da integralidade, profissionais inseridos, humanização e adscrição de clientela. As RAS preconizam que a Atenção Primária em Saúde (APS) ordene e coordene o acesso dos usuários às linhas de cuidado, materializando, assim, a valoração sanitária da população assistida (Mendes *et al.*, 2011).

Nesse modelo de saúde, a identificação dos postos de atendimento, o estabelecimento das respectivas responsabilidades e a definição dos fluxos de referência e contrarreferência são essenciais, assim como são fundamentais para continuidade do cuidado o monitoramento dos projetos terapêuticos individualizados, de modo a atender às reais necessidades de saúde, do indivíduo e da comunidade. Sob esta perspectiva, a APS associa assistência e progresso social (Almeida *et al.*, 2018; Tesser; Norman; Vidal, 2018).

Nesse contexto, a assistência odontológica, baseada na rede temática de Saúde Bucal, segue os mesmos princípios norteadores do SUS, sendo amparada ainda pelos eixos centrais da PNSB, editada pelo Ministério da Saúde, em 2004, tornando-se nacionalmente reconhecida como Brasil Sorridente. Esta política objetiva a remodelação da assistência odontológica, historicamente marcada pela limitação de acesso, práticas mutiladoras e indisponibilidade de serviços especializados e fornecimento de próteses dentárias. O Brasil

Sorridente se consolida à medida que incorpora os profissionais de saúde bucal à ESF, investe na construção de CEO e Laboratórios de Prótese Dentária. Este trabalho objetiva a abordagem das redes, identificando e priorizando os componentes da rede temática de saúde bucal, conceituando e discutindo os processos de trabalhos adotados pela APS e CEO.

A Figura 2 apresenta os eixos centrais da PNSB e os elementos da rede, distribuídos em: reorganização da atenção básica em saúde bucal; ampliação e qualificação da atenção especializada; assistência na atenção terciária; promoção e prevenção; reestruturação e qualificação; vigilância e monitoramento.

Figura 2 - Eixos centrais da Política Nacional de Saúde Bucal



Fonte: Vivalavida (2024).

Na Figura 3, é possível observar os elementos da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASb), constituídos por: Centro de Especialidades Odontológicas; Serviços de Diagnóstico; Laboratório de Prótese Dentária; Farmácias; Atenção Domiciliar; Hospital. Conforme demonstrado, a RASb se estrutura em torno de diferentes pontos de atenção, cada um com especificidades e responsabilidades.

Figura 3 - Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASb)



Fonte: Brasil (2018).

OMS, em algumas áreas, a meta para a faixa etária de cinco anos ainda não foi alcançada, conforme os últimos levantamentos epidemiológicos nacionais. Os dados de 2003 e 2010 mostraram que, respectivamente, 40,6% e 46,6% das crianças de 5 anos estavam livres de cáries, sem atingir o objetivo de 50% das crianças livres de cárie (FDI,1982) para o ano 2000 (Brasil, 2004b, 2012).

Os princípios e as diretrizes da PNSB permanecem os mesmos desde a criação, e houve crescimento significativo das ESB implantadas no país. Em dezembro de 2004, havia 8.234 equipes de modalidade I na ESF, aumentando para 22.309, em setembro de 2015, conforme dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2015). A expansão das ESB na APS tem incentivado estudos empíricos e reflexões sobre a atenção em saúde bucal, principalmente quando a forma de financiamento das ações em saúde bucal. Harzheim (2020) escreveu que o financiamento de custeio da Atenção Básica (AB) tem sido tema em constante evolução, sendo debatido há mais de duas décadas. O modelo inicial de financiamento, que combinava o Piso da Atenção Básica (PAB), PAB Fixo e o PAB Variável, estipulava que o PAB Fixo fosse calculado multiplicando o número de habitantes do município pelo valor *per capita*, enquanto o PAB Variável era determinado pelas ações e pelos serviços realizados pelos municípios. Esse modelo perdurou até 2017, quando houve revisão significativa da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual trouxe novas diretrizes para a organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando outros recursos para o financiamento.

Em 2019, com a criação do programa Previnde Brasil, um novo modelo de financiamento foi implementado para a Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do SUS. Instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o Previnde Brasil tem como principal objetivo aumentar o acesso dos usuários e fortalecer o vínculo com os serviços de saúde. Nesse modelo, indicadores eram avaliados de forma quadrimestral, resultando em repasse aos municípios, conforme o desempenho alcançado. Harzheim (2020) afirmou que o novo modelo alterava os critérios de repasse financeiro aos municípios, introduzindo três principais componentes: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas, além de critério populacional para distribuição dos recursos. Para o autor, o novo modelo gerou muitos questionamentos e discussões, pois alguns críticos apontaram que, embora os municípios tivessem se concentrado no aumento do número de cadastros, a grande maioria não conseguiu ampliar o apoio às equipes de saúde, o que acabou ocasionando sobrecarga de trabalho.

Em 8 de maio de 2023, no governo do Presidente Lula, a publicação da Lei nº 14.572 institui a Política Nacional de Saúde Bucal no SUS e alterou a Lei nº 8.080, de 19 de

setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS (Brasil, 2023). Estabeleceu dez diretrizes para a atenção à saúde bucal, no Sistema Único de Saúde (SUS), que incluem (Brasil, 2023):

- Estimular a gestão participativa e o controle público ou social na formulação e discussão de estratégias de saúde bucal;
- Reger todas as ações pelos princípios universais da ética em saúde;
- Assegurar o acesso universal, equânime e contínuo a serviços de saúde bucal de qualidade;
- Desenvolver ações, considerando o princípio da integralidade em saúde;
- Estimular a prática da gestão participativa e o controle público ou social;
- Possibilitar o acesso universal, equânime e contínuo a serviços de saúde bucal de qualidade;
- Realizar pesquisas nacionais periódicas;
- Possibilitar a obtenção e alocação dos recursos destinados à eliminação da demanda reprimida na área;
- Assegurar que todas as redes de atenção à saúde possuam serviços relacionados ao cuidado oral;
- Estabelecer diretrizes e normas para estruturação física e organizacional dos serviços de cuidado bucal.

Assim, essa norma configurou importante marco histórico da PNSB na atualidade, pois, com a promulgação, a saúde bucal passou a ser direito garantido por lei a todos os brasileiros, fortalecendo o compromisso do governo com o cuidado integral da população, sendo oficialmente transformada em política de Estado (Brasil, 2023).

Outro aspecto relevante foi que, em julho de 2023, houve nova alteração nos indicadores de financiamento da Saúde Bucal na Atenção Primária, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria GM/MS nº 960, de 17 de julho de 2023 (Brasil, 2023). Essa portaria instituiu o pagamento por desempenho, o que implica que os municípios passarão a receber adicional mensal com base nos resultados alcançados, avaliados a partir do monitoramento de 12 indicadores, além do custeio mensal regular.

Os indicadores foram divididos em estratégicos e ampliados, sendo eles: cobertura de primeira consulta odontológica programada, razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programadas, proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos preventivos e curativos realizados, proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na APS em relação ao total de gestantes, proporção de pessoas

beneficiadas em ação coletiva de escovação dental supervisionada em relação ao total de pessoas cadastradas na eSB, proporção de crianças beneficiárias do Bolsa Família, com atendimento odontológico realizado na APS, em relação ao total de crianças beneficiárias do Bolsa Família, proporção de atendimentos individuais pela eSB, em relação ao total de atendimentos odontológicos, proporção de procedimentos odontológicos individuais preventivos em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais, proporção de Tratamentos Restauradores Atraumáticos (ART), em relação ao total de tratamentos restauradores, proporção de atendimentos domiciliares realizados pela eSB em relação ao total de atendimentos odontológicos individuais, proporção de agendamentos pela eSB, em até 72 horas, e satisfação da pessoa atendida pela eSB.

Em abril de 2024, nova portaria do Ministério da Saúde foi publicada com a instituição de nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, 2024). Esses critérios estão organizados em seis eixos principais: componente fixo, recurso para implantação, vínculo e acompanhamento territorial, componente *per capita* com base populacional, componente para implantação e manutenção de programas e serviços, e componente de qualidade. Entretanto, há poucos estudos que refletem as experiências das equipes de saúde frente aos indicadores de desempenho. Nessa ótica, torna-se importante a mensuração dos indicadores de desempenho, a fim de fornecer resultados das equipes de saúde atuantes no município que possibilitem aos gestores medidas para organização estratégica e qualificação da assistência.

Embora os resultados da PNSB sejam positivos em âmbito nacional, destacam-se algumas questões: (a) as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie são notáveis, apontando para necessidade de políticas que promovam a equidade na atenção; (b) a redução da cárie em dentes decíduos foi pequena, com 80% dos dentes afetados ainda sem tratamento; (c) o déficit entre idosos permanece elevado, apesar da diminuição das necessidades de próteses entre adolescentes e adultos; e (d) a prevalência de oclusopatia em 15,3% dos adolescentes, o que indica a necessidade de ampliar a oferta de procedimentos ortodônticos (Scherer; Scherer, 2015 apud Nascimento *et al.*, 2009; 2013). Esses resultados refletem o perfil da prática odontológica, predominantemente clínica, com foco em ações restauradoras e iniciativas preventivas para escolares, que se mostraram insuficientes para atender às necessidades da população (Scherer; Scherer, 2015).

Dessa forma, é relevante situar o histórico e a evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil, considerando que esses fatores influenciam a maneira de pensar e atuar de diferentes categorias profissionais ao longo do tempo. As formas de organização em

modelos, ou a ausência deles, condicionam os métodos de planejamento dos serviços, suas articulações, desenvolvimento e avaliação (Vasconcelos; Fratucci, 2014).

Cabe ressaltar que, durante o governo Temer (2016-2018), o cenário no Brasil era de instabilidade política e econômica. Assim, a contrarreforma atingiu a política de saúde intensificada com a continuidade do projeto privatista e a defesa do SUS “completamente subordinado ao mercado” (Bravo; Pelaez; Menezes, 2019, p. 1). Vale mencionar que Michel Temer (MDB) chegou à Presidência da República após o golpe sofrido por Dilma Rousseff (PT), em 2016, golpe provocado pela reorganização e pelo fortalecimento do conservadorismo no Brasil, repercutindo na perda dos direitos conquistados pela classe trabalhadora. Nessa fase de avanço do neoliberalismo, particularmente com a crise de 2008, o sistema capitalista precisava “de um governo genuinamente burguês, capaz de não ceder o mínimo aos trabalhadores, de lhes retirar o pouco que conquistaram” (Braz, 2017, p. 87-88 apud Soares, 2020, p. 282).

Após o golpe, “[...] observa-se o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros” (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, p. 13).

Barros e Brito (2019, p. 79-80) relatam que antes mesmo de assumir a presidência da república, Michel Temer, por meio do documento intitulado “Travessia Social” que apresentava as propostas de Temer para a área social, buscou “[...] afirmar a necessidade de focalização do atendimento na parcela da população que não pode pagar planos privados de saúde; e nesse caminho, estimular o aumento de cobertura dos planos privados”.

A justificativa na época foi de que seria impossível sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde e que seria necessário repensar tais direitos, pois não havia capacidade financeira para isso (Bravo; Pelaez; Menezes, 2019). Assim, como proposta para a APS, foi apresentado o plano de saúde simplificado e/ou acessível que consiste:

[...] na cobertura para a atenção primária, restrita a consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina – CFM e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade e o Plano ambulatorial [...] para a cobertura de toda a atenção primária (Bravo; Pelaez; Menezes, 2019, p. 3- 4).

O objetivo maior era “reagir” à perda de usuários dos planos de saúde, propondo, então, planos de saúde capazes de atingirem a todas as camadas sociais (Silva; Santos; Correia, 2021, p. 204). Esse pensamento ideológico, voltado para o fortalecimento do setor privado, como alternativa de qualificação no atendimento às necessidades de saúde, vem constituindo o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais

alcançou patamar de suficiência e estabilidade, ao passo que as empresas privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, p. 14).

Com relação ao financiamento das políticas sociais, teve-se o congelamento dos recursos orçamentários, por meio da Emenda Constitucional - EC 95/2016 - também conhecida como a emenda constitucional do teto dos gastos públicos que institui novo regime fiscal no Brasil. A EC 95/2016 vem repercutindo no aprofundamento do subfinanciamento da política de saúde.

Como justificativa da necessidade de enfrentar o desequilíbrio fiscal, a EC 95/2016 promoveu a redução da dimensão pública do Estado e ampliou a participação do setor privado no atendimento às necessidades de saúde. Conforma-se, assim, o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS” (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, p. 14). A EC 95/2016 trouxe implicações também na proposta de revisão da PNAB, iniciada em 2016 e publicada em 2017.

Ainda, em 2017, foi divulgado o documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”. Para Silva *et al.* (2021, p. 206), o documento propôs a construção de um novo sistema de saúde, com a parceria entre o setor público e privado, para formar rede integrada de cuidados contínuos. Neste caso, o setor privado ficaria sendo o principal responsável por gerir esses serviços. Essa proposta aponta diretamente para extinção do princípio da universalidade da saúde, por meio da proposição da cobertura universal, com a manutenção do SUS e a proposição de arranjos e modelos de gestão que incorporem grupos privados para essa cobertura. Assim, não há interesse em pautar a destruição do SUS, haja vista que mesmo com tal sistema, o Estado é o maior patrocinador de planos de saúde privados, significativo nicho de lucratividade do capital, apesar do advento do SUS (Bravo; Pelaez; Menezes, 2019).

A reforma trabalhista de 2017, instituída pela Lei nº 13.467/2017, trouxe modificações significativas à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), introduzindo novas formas de contratação e flexibilizações nas relações laborais. Essas alterações repercutiram diretamente nas Organizações Sociais de Saúde (OSS), que atuam na administração de serviços de saúde, por meio de contratos com o setor público. Entre os principais impactos, destacam-se aqueles relacionados à gestão de recursos humanos e à dinâmica das relações de trabalho estabelecidas entre essas organizações e os colaboradores (Brasil, 2017).

Ainda segundo a literatura, essa proposta se coaduna com os ideários do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM) para Cobertura Universal de Saúde

(CUS), “[...] prevendo o fim da universalidade e gratuidade do SUS e a sua substituição por um sistema misto estatal-privado, assim como o favorecimento da gestão por parte das Organizações Sociais – OS” (Silva *et al.*, 2021, p. 206).

Para Moraes *et al.* (2018, p. 2), por mais que as OS sejam consideradas como “[...] de não-lucratividade das entidades do terceiro setor não podem esconder seus claros interesses econômicos, materializados via isenções de impostos e outros subsídios estatais [...] não deixam de ser organizações privadas ditas de interesse público contribuindo para a privatização do SUS”.

Desse modo, o principal beneficiado com as propostas do governo Temer para o setor saúde não foi a população usuária do SUS, mas o setor empresarial nacional e internacional e o capital financeiro que busca incansavelmente a valorização e expansão, e encontrou nesse governo todas as possibilidades para tal. O governo posterior não fugiu a essa realidade, pelo contrário, defendeu com maior afinco a privatização da saúde e a desresponsabilização do Estado com a saúde pública.

O programa de governo de Jair Messias Bolsonaro (PSL) intitulado “O caminho da Prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos”, ao citar a relação com o setor privado, enfatizou “a defesa da privatização em geral, como forma de alcançar a eficiência econômica, bem-estar, distribuição de renda e o equilíbrio das contas públicas” (Bravo; Pelaez; Menezes, 2019, p. 6). Desse modo, frente à defesa do fortalecimento do setor privado na saúde, o então Ministro da Economia, Paulo Guedes, defendeu a criação de um *voucher* da saúde, espécie de vale ou cheque entregue pela União a usuários que desejavam ser atendidos em serviços de saúde com valor que não chegou a ser definido pelo Ministério da Economia. O atendimento passou a ser ofertado pelas empresas privadas, desobrigando o Estado de manter estrutura pública para a oferta de tais serviços (Bravo; Pelaez, 2020).

Essa proposta induz ao fim da APS, uma vez que o usuário dificilmente usaria o vale para consultas de exames de prevenção de doenças, deixando para utilizar o vale nas condições de saúde que requerem maior densidade tecnológica (UPA e Hospitais), prescindindo do acompanhamento da atenção básica ao longo da vida. Posteriormente, foi publicado o Decreto N° 10.530/2020 que determinou o seguinte: Art. 1º Fica qualificada, no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República - PPI, a política de fomento ao setor de atenção primária à saúde, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para a construção, a modernização e a operação de Unidades Básicas de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 2020).

Com o discurso de modernização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o decreto

determinou a criação de um modelo de privatização para as unidades básicas de saúde, passando as mesmas a serem geridas pelo setor privado, “reafirmando a política de saúde como fonte de lucro para o capital” (Silva *et al.*, 2021, p. 206).

De fato, a PNSB Brasil Sorridente contribuiu de forma expressiva para ampliar o acesso e qualificar a atenção em saúde bucal no país. Ainda que as condições permaneçam aquém do esperado, em razão das décadas de negligência histórica no setor e da persistência de problemas que não podem ser superados de forma imediata, a criação de uma política específica voltada para essa área demonstrou ser possível ofertar assistência odontológica integral e de qualidade no âmbito do SUS. Mais recentemente, a elevação do Brasil Sorridente à condição de política de Estado, durante o governo Lula, por meio da Lei nº 14.572/2023, representa um marco fundamental, ao garantir maior estabilidade institucional, continuidade orçamentária e segurança para a manutenção do acesso universal, equânime e contínuo aos serviços de saúde bucal, reforçando o compromisso do Estado com a promoção da saúde como direito de todos.

3.4 Política Nacional de Saúde Bucal em Fortaleza-Ceará: desafios contemporâneos para garantia de direitos

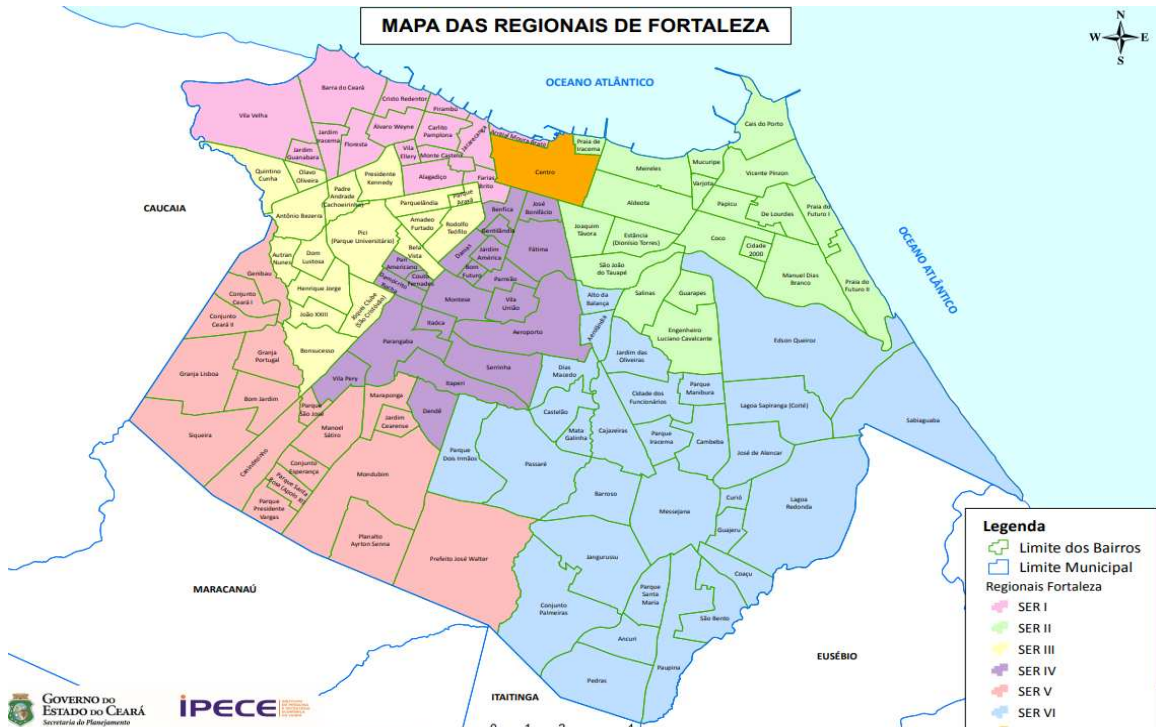
Em 2022, Fortaleza, continha população estimada em 2.428.708 habitantes, conforme os registros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 1.126.929 homens e 1.301.779 mulheres, com densidade demográfica de 7.775,52. (IBGE, 2024). Esta população está distribuída em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES), as quais apresentam perfis sociodemográficos distintos, inclusive em relação à densidade populacional. A variação populacional média entre as CORES é significativa, variando de 306.584 habitantes na menor CORES até 589.080 habitantes, correspondentes a maior CORES (Fortaleza, 2019).

Observa-se, em alguns bairros com melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade, a presença de bolsões de miséria, nos quais a população vive em condições precárias. Historicamente, os bairros da zona leste (CORES II e parte da CORES VI) abrigam predominantemente a população de classe alta, que desfruta de maior acesso a serviços e infraestrutura urbana de qualidade. Já a parte oeste da cidade (parte das CORES I, III e V) é ocupada majoritariamente por bairros com população de baixa renda, em que predominam favelas estabelecidas em loteamentos clandestinos e irregulares, construídas através de autoconstrução habitacional, o que caracteriza a expansão da periferia urbana e metropolitana (Fortaleza, 2017).

Conforme o último Anuário do Ceará, apenas 18% dos 121 bairros de Fortaleza

apresentavam Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) situado entre 0,500 e 0,953. Os demais bairros da cidade ostentavam índices considerados baixos e muito baixos (entre 0 e 0,499) (Fortaleza, 2017).

Figura 5 - Mapa das regionais de Fortaleza (CORES)



Fonte: https://desenvolvimentosocial.fortaleza.ce.gov.br/images/Mapa_Regionais_Fortaleza.pdf.

O município de Fortaleza-Ceará destaca-se como a quinta capital do país em população e, segundo estimativas do Sistema de Monitoramento Diário de Agravos de Notificação (SIMDA) que faz projeção anual da população, segundo dados do IBGE, nesta capital, vivem 2,6 milhões de habitantes, distribuídos em 121 bairros, divididos em 12 Regiões Administrativas e seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) (Fortaleza, 2019). Entre as cidades do Brasil, Fortaleza é a segunda mais desigual, atrás apenas de Goiânia, e é a quinta cidade mais desigual do mundo, com a pior distribuição de renda entre as cidades da América Latina, chegando a essa condição essencialmente por conta do processo migratório do homem do campo para a capital, iniciado nos anos 1960, em meio a um contexto brasileiro e cearense de grande concentração de renda e riqueza (Fortaleza, 2017, 2013).

Em 2022, a taxa de mortalidade infantil foi de 11,73, refletindo os desafios na redução de óbitos em crianças menores de um ano. Em 2023, a cobertura da Estratégia Saúde da Família alcançou 93,76%, demonstrando ampla abrangência desse serviço essencial. No

mesmo ano, em novembro, os repasses do Sistema Único de Saúde (SUS) para a Atenção Primária totalizaram R\$ 11.497.333,16, evidenciando o investimento destinado ao fortalecimento das ações básicas de saúde no território (Anuário do Ceará, 2024/2025).

Na Atenção Primária de Fortaleza-Ceará, as primeiras equipes de saúde bucal na ESF foram implantadas em 2004 para as áreas consideradas de risco ambiental, como áreas de invasão, com risco de desabamento e/ou inundação. Em 2006, com a realização do concurso público, foram convocados 250 cirurgiões-dentistas para a ESF, sendo acrescido mais 100, por meio de nova convocação, em 2012 (Fortaleza, 2012). Em 2015, foi realizado concurso para contratação de Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e Técnicos em Saúde Bucal (TSB), sendo convocados 250 profissionais (Fortaleza, 2016).

Fortaleza é uma das capitais brasileiras com razoável cobertura da ESF, que teve modesta ampliação da cobertura de ESF (< 50%, em 2006 e atingiu cerca de 62%, em 2019), na qual optou-por modificações incrementais no regime de administração das UAPS para o modelo de gestão por OSs.

Por seu turno, a evolução da APS do município de Fortaleza, no período de 2006 a 2012, a ESF foi implementada sob a égide dos conceitos da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), mas ainda de forma incipiente, como na maioria das capitais do Brasil (Brasil, 2006, 2011). Recentes relatórios de Fortaleza apontaram a expansão de 27% do número de equipes EqESF (2013-2019), com atingimento de 62% da cobertura populacional da ESF (Fortaleza, 2020).

Desde 1995, no Brasil, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) iniciou reforma pública brasileira. Esse modelo gerencial voltado para os resultados estabeleceu três instituições administrativas base, as agências reguladoras, as agências executivas e as Organizações Sociais (OS) (Brasil, 1995). Os processos de qualificação de Organizações Sociais (OS) advém da era Fernando Henrique Cardoso através da Lei nº 9.367, de 15 de maio de 1998. O Modelo de gestão por OSS tem se disseminado em 23 estados brasileiros, o Distrito Federal e mais de 200 municípios. com mais de 800 unidades de saúde e mais de 15 mil leitos sendo geridos por OSS (IBROS) (Macedo, 2018).

No Ceará, a qualificação de OS foi regulamentada pela Lei nº 12.781/1997 (sucendida pela Lei nº 14.158/2008), e, dentre outras, OS motivou a criação e qualificação do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) (Viana, 2010).

Por sua vez, na saúde de Fortaleza, os problemas sobre gestão por OS aparentemente são relatados ao menos desde julho de 2009, em contratos de gestão em saúde superiores a R\$ 5,5 milhões/anuais e cinco mil funcionários terceirizados geridos pela OS,

denominada Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Apoio à Gestão e Saúde (IDGS), que segundo foi noticiado, encerrou-se o convênio com o IDGS, em junho de 2013 (Lima, 2013). Em 2018, foi aprovada a Lei nº 513/2018 (Cabral, 2019), sobre a qualificação de Organizações Sociais (OSs), que flexibilizou os artigos 2 e 3 da lei 10.029/2013 (sucedânea da lei nº 8.704/2003). Nesse período, houve acirramento das disputas dentro do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, relatados por Moita *et al.* (2021), nos debates nas exigências de controle e no acompanhamento e dos estudos que gerem evidências científicas das vantagens da terceirização das unidades, conforme acórdãos do TCU (acórdãos nº 3.239/2013, nº 352/2016, nº 1.215/2016 e nº 2.444/2016). Mesmo assim, a Figura 2 mostra os avanços do modelo, com repasse financeiro que ultrapassou R\$252 milhões em 2019.

Em 2019, o MS estruturou o Programa Previne Brasil (Brasil, 2019). Herzheim (2020) alega a radicalização dos atributos da APS, o financiamento por capitação ponderada para induzir a vinculação dos usuários da APS para indução à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem, além da definição de carteira de serviços da APS. O Previne Brasil é focado em resultados na avaliação da APS, por meio de três macro indicadores: o Net Promoter Score (NPS)1-mede afiliação, fidelização e confiança (longitudinalidade) entre as pessoas e as equipes de APS, O PDRQ-9 (Wollmann *et al.*, 2018) mede a qualidade e a confiança da relação entre as pessoas e o médico de família e comunidade (longitudinalidade). Por sua vez, o PCATOOL-Brasil determina a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação), além de dois atributos derivados (orientação comunidade e centralidade na família) (Harzheim, 2020). Apresenta apenas sete indicadores da clínica/epidemiologia para o “Pagamento por Desempenho”, relativos às ações estratégicas de saúde da mulher, pré-natal, saúde da criança e hipertensão arterial e diabetes mellitus para 2020/2021, projetando atingir 21 indicadores até 2022.

No âmbito do município de Fortaleza, embora tenha sido constatada tendência declinante da incidência de cárie dentária, conforme evidenciado por levantamentos epidemiológicos de escopo nacional e local conduzidos em 2006/2007, subsiste lacuna significativa de conhecimento acerca da prevalência de cárie e outros distúrbios relacionados à saúde bucal em crianças de cinco anos, bem como a distribuição geográfica neste contexto municipal, caracterizado por marcadas disparidades socioeconômicas (Brasil, 2004b, 2012; Boletim Epidemiológico, 2010; Fundação Demócrito Rocha, 2010; Meyer *et al.*, 2021).

Salienta-se que a presença de patologias bucais em crianças de tenra idade pode apresentar manifestações específicas e potencialmente danosas, influenciando tanto o bem-estar

individual quanto o coletivo. Estudo conduzido em Fortaleza investigou a distribuição de agravos bucais em escolares de cinco anos, revelando que, embora a maioria das crianças apresentasse ausência de cárie, a demanda por procedimentos restauradores era significativa, o que evidencia a necessidade de aprimoramento dos serviços de saúde bucal direcionados a essa faixa etária, bem como a promoção da equidade no acesso a tais serviços (Meyer *et al.*, 2021).

4 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COMO CAMPO INVESTIGATIVO

Ancorada na abordagem da avaliação em profundidade, que propõe leitura crítica e abrangente das políticas públicas, esta pesquisa incorpora dimensões históricas, sociopolíticas e institucionais, possibilitando análise minuciosa dos processos de formulação, implementação e efeitos (Rodrigues, 2008). O estudo busca resgatar a trajetória da política, por meio dos sentidos atribuídos pelos sujeitos que a experienciam, reconhecendo as ressignificações que emergem ao longo do tempo e em distintos contextos institucionais (Rodrigues, 2011, 2019).

De acordo com Rodrigues (2008), as ciências sociais, especialmente a antropologia, exerce papel fundamental especial para a área de estudos sobre políticas públicas, na medida em que oferece visão crítica sobre a formulação e implementação das políticas, fornecendo instrumentais teórico-metodológicos para concepção e condução de estudos avaliativos acerca das políticas públicas. Além disso, as ciências sociais promovem a reflexão contínua acerca das técnicas, dos conceitos e paradigmas para interpretação e análise de dados em pesquisas dessa natureza.

Esse tipo de avaliação engloba quatro eixos centrais: análise de conteúdo, de contexto da política, da trajetória institucional da política, espectro temporal e territorial. O Quadro 3 apresenta esses eixos centrais, os elementos constituintes e as fontes de informação. Esses eixos centrais foram considerados para apresentação das técnicas utilizadas na coleta e análise de dados na presente proposta de pesquisa.

Quadro 3 - Eixos centrais, seus elementos constituintes e fontes de informação

(Continua)

Eixos	Descrições	Fontes de informação
Análise de conteúdo	Formulação: objetivos, critérios, dinâmica de implantação, acompanhamento e avaliação; Bases conceituais: paradigmas orientadores e as concepções e valores que os informam, bem como os conceitos e as noções centrais que sustentam essas políticas; Coerência interna: não contradição entre as bases conceituais que informam o programa, a formulação da implementação e os itens priorizados para acompanhamento, monitoramento e avaliação.	Leis, portarias, documentos internos, projetos, relatórios, atas de reuniões, fichas de acompanhamento, dados estatísticos e outros

Quadro 3 - Eixos centrais, seus elementos constituintes e fontes de informação

(Conclusão)

Eixos	Descrições	Fontes de informação
Análise de contexto da política	Levantamento de dados sobre o momento político e as condições socioeconômicas em que foi formulada a política em estudo, com atenção para articulação entre as instâncias local, regional, nacional, internacional e transnacional. Apreensão do modelo político, econômico e social que sustentou a política à época da formulação. Levantamento de outras políticas e programas correlacionados à política em foco. Atenção ao marco legal que ampara a política, articulando-o ao contexto referido nos itens anteriores.	Levantamento de dados primários e secundários.
Análise da trajetória institucional da política	Reconstrução da trajetória da política: avaliar mudanças nos sentidos dados aos objetivos do programa e à dinâmica, conforme vai adentrando espaços diferenciados e, ao mesmo tempo, descendo nas hierarquias institucionais até chegar à base, que corresponde ao contato direto entre agentes institucionais e sujeitos receptores da política.	Pesquisa de campo com a realização de entrevistas com diferentes agentes e representantes de instituições envolvidas na formulação e implementação de uma mesma política.
Espectro temporal e territorial	Por meio desta dimensão analítica, procura-se apreender a configuração temporal e territorial do percurso da política estudada, de forma a confrontar as propostas/objetivos gerais da política com as especificidades locais e a historicidade.	Série de instrumentos metodológico-analíticos que possibilitem atingir maior nível de abstração, síntese e criatividade (gráficos, análise de indicadores, distribuição espacial).

Fonte: Rodrigues (2008).

A presente investigação adotou a triangulação metodológica como estratégia, articulando revisão da literatura, análise de documentos institucionais e realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais da Atenção Primária (cirurgiã-dentista e auxiliar de saúde bucal), gestor da área da saúde e uma usuária do sistema público. Essa combinação visou apreender distintas visões e compor quadro analítico mais amplo sobre a política de saúde bucal, no contexto do SUS, em Fortaleza/CE. Conforme argumenta Minayo (2006), a abordagem qualitativa é especialmente adequada para responder a questões que envolvem dimensões subjetivas, experiências vividas e percepções dos sujeitos, aspectos que não podem ser plenamente captados por métodos exclusivamente quantitativos.

As atividades de campo foram conduzidas em UAPS vinculada à CORES I e na

Secretaria Municipal de Saúde, em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas. O objetivo foi identificar os desafios operacionais, as adequações realizadas no território e os obstáculos institucionais presentes na rotina dos serviços, evidenciando possíveis descompassos entre a concepção da política e a implementação nas práticas de saúde bucal.

A abordagem metodológica adotada na construção da avaliação em profundidade parte do entendimento de que as políticas públicas não constituem estruturas fixas ou imutáveis, mas processos vivos e em constante transformação, moldados pelas práticas institucionais e pela atuação dos diferentes sujeitos envolvidos. Assim, o foco da metodologia não se limita à análise dos efeitos formais, mas se estende à compreensão de como a política é concretamente vivida e operacionalizada nos territórios, nas relações interpessoais e nos vínculos que sustentam a existência cotidiana.

Nesta pesquisa, o foco avaliativo ultrapassou a mera análise de indicadores quantitativos, buscando aprofundar-se nos significados construídos pelos profissionais que vivenciam e implementam cotidianamente a política. Os participantes selecionados foram profissionais com atuação direta — atual ou pregressa — na formulação, na execução e no monitoramento da política pública de saúde bucal, no município de Fortaleza.

Utilizou-se da técnica de amostragem por conveniência. O número de participantes das entrevistas se baseou na exequibilidade da pesquisa dentro período estipulado para finalização da dissertação por parte do MAPP. Apesar do limitado tamanho amostral, buscou-se garantir a representatividade de todos os atores da política.

A escolha desses sujeitos se fundamentou em vivência e trajetória prática desde o início da implementação da PNSB nesse município. A escuta qualificada dessas experiências possibilitou a construção de compreensão plural da política, contemplando desde o processo de criação e institucionalização até os entraves enfrentados na dinâmica diária dos serviços.

A primeira entrevista foi realizada com uma usuária da UAPS Carlos Ribeiro, sendo que o depoimento revelou percepções positivas em relação à qualidade do atendimento recebido nos serviços públicos de saúde bucal. Apesar das possíveis limitações estruturais, como o atendimento em áreas descobertas, a participante destacou o acolhimento e a atenção dispensada pelos profissionais como aspectos determinantes para satisfação com o cuidado recebido.

A fala de outra interlocutora, dentista, demonstrou que as mudanças de gestão municipal também interferiram na forma de contratação dos profissionais e como fator de fragilização das relações de trabalho e enfraquecimento da política de saúde bucal.

Um tópico demonstrou percepções ambivalentes acerca da integração entre os

profissionais das equipes de saúde da família e os integrantes da saúde bucal. Em alguns contextos, observou-se articulação efetiva, com desenvolvimento de ações conjuntas em espaços comunitários e escolares, como na fala da auxiliar de saúde bucal. Por outro lado, profissional relatou limitações na integração, atribuídas especialmente à sobrecarga de atendimentos clínicos, que inviabilizava o desenvolvimento de ações coletivas e interdisciplinares.

Durante a entrevista, o gestor, com olhar histórico, evidenciou crítica contundente ao estado atual da saúde bucal no setor público, sinalizando descompasso significativo entre a odontologia praticada no serviço público e os avanços consolidados na esfera privada. Essa afirmação denuncia a permanência de práticas consideradas ultrapassadas no atendimento odontológico público, revelando defasagem tecnológica dos serviços ofertados à população.

Além disso, o gestor apontou lacuna na valorização e visibilidade da odontologia como pauta de interesse público. Ele ressaltou o desafio de tornar a saúde bucal prioridade não apenas entre os profissionais da área, como também entre os usuários do sistema.

A escuta do gestor e profissionais em saúde bucal possibilitou reconstruir a trajetória recente da política, a partir de experiências vivenciadas em momentos políticos distintos. A triangulação metodológica revelou-se eficaz, ao permitir a comparação entre o que está previsto nos documentos oficiais e o que, de fato, é praticado nos espaços institucionais. A análise documental contribuiu para mapear as diretrizes legais e operacionais da PNSB, em Fortaleza-CE, enquanto os relatos da usuária aprofundaram a compreensão dos efeitos e sentidos da política nos territórios. Essa escuta plural foi essencial para análise em profundidade da política, conforme proposto por Rodrigues (2011).

A escuta às profissionais da ponta e aos gestores estratégicos permitiu ainda identificar como a política pública se articula de forma prática no SUS, revelando potencialidades, limites e lacunas intersetoriais que desafiam a efetivação. Questões como a demora no acesso ao serviço, a precarização das relações de trabalho e a insuficiência de recursos humanos e de insumos para o atendimento integral foram elementos reiteradamente mencionados.

Portanto, o percurso metodológico delineado neste estudo não se reduziu à análise técnica da política, mas se propôs a compreender os significados no campo da experiência vivida, da atuação profissional e da luta por direitos. Ao reunir contribuições de diferentes atores da rede, a pesquisa construiu análise densa, situada e comprometida com a defesa da saúde pública e a valorização da saúde bucal no campo das políticas públicas.

4.1 Análise de contexto

Como destaca a literatura crítica sobre políticas públicas, compreender essas iniciativas vai além da simples descrição das estruturas institucionais. É necessário explorar as contradições internas, os conflitos e os significados atribuídos pelos diversos atores sociais envolvidos nos processos de formulação e execução. As políticas públicas, neste sentido, são arenas de disputa, marcadas por interesses divergentes e relações de poder em constante negociação. Os depoimentos dos entrevistados, nesse contexto, tornam-se elementos fundamentais para captar as dinâmicas que moldaram o surgimento, a consolidação e os desafios atuais enfrentados pela PNSB. Desta forma, compreende-se que o cenário em que essa política se desenvolve é dinâmico, permeado por múltiplas influências e embates, o que reforça a necessidade de abordagens analíticas sensíveis à complexidade do campo, como sugerido por Rodrigues (2011).

Foram avaliadas as atas do Conselho Municipal de Saúde disponíveis e os Relatórios Anual de Gestão, acesso a partir do site do Conselho Municipal de Saúde¹.

Para compreender a implementação e os desafios da saúde bucal em Fortaleza, o **processo sistemático de análise de conteúdo** das atas do Conselho Municipal de Saúde e dos relatórios de gestão foi adotado. O **acesso e download das atas** das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde, bem como os relatórios anuais de gestão, abrangendo o período de 2004 a 2024, foi realizado diretamente do *site* do CMSF¹.

Em seguida, realizou-se a **pré-análise** desses documentos, focando na identificação de menções e discussões relacionadas especificamente à saúde bucal. Essa etapa inicial permitiu reconhecimento do volume e da relevância das informações disponíveis. Na fase de **exploração do material**, foram organizados os documentos por período de gestão, o que facilitou a contextualização das discussões e ações ao longo do tempo.

O passo seguinte envolveu o **preenchimento de um quadro analítico**, em que a foi categorizado sistematicamente os **problemas identificados** na área da saúde bucal, conforme registrados nas atas e nos relatórios, as **ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal**, visando verificar a aderência e implementação das diretrizes federais no contexto local e a **análise do contexto político local**, buscando entender como fatores políticos podem ter influenciado as decisões e os resultados.

¹ Disponível em: <https://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br>

A partir dessas informações estruturadas, procedeu à **inferência e interpretação dos resultados**, procurando estabelecer conexões entre os problemas, as ações e o contexto, e, assim, avaliar a efetividade das políticas públicas de saúde bucal no município. Este processo rigoroso permitiu compreensão aprofundada da trajetória da saúde bucal em Fortaleza e os desafios que ainda persistem.

Ressalta-se que a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece diretrizes fundamentais para participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e define regras para transferência de recursos financeiros da União para os estados, o Distrito Federal e os municípios. Um dos principais dispositivos dessa lei é a obrigatoriedade da existência dos Conselhos de Saúde, em todas as esferas de governo, como condição para o repasse de recursos do SUS.

No que se refere especificamente à atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, a Lei nº 8.142/1990 determina que eles sejam instâncias colegiadas deliberativas e permanentes do SUS, com a atribuição de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Ou seja, os conselhos devem acompanhar, avaliar e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos na área da saúde, bem como garantir que as decisões tomadas estejam alinhadas às necessidades da população.

Portanto, a relação entre a Lei nº 8.142/1990 e os Conselhos Municipais de Saúde é direta e estrutural: a lei institucionaliza e regulamenta a existência e funcionamento, conferindo-lhes papel essencial no controle social do SUS, como mecanismo de democracia participativa e de transparência na gestão da saúde pública.

4.2 Trajetória institucional

A investigação sobre o percurso institucional da PNSB foi conduzida com base em entrevistas realizadas com profissionais diretamente envolvidos na execução e operacionalização no cotidiano dos serviços. O objetivo central foi captar de que maneira essa política se transformou ao longo do tempo, reconhecendo tanto os progressos alcançados quanto os entraves e retrocessos observados na prática. Trata-se de identificar, a partir da experiência concreta dos atores que atuam na linha de frente, os principais desafios que permeiam a implementação das ações de saúde bucal, no âmbito do sistema público (Gussi, 2016).

4.3 Análise de conteúdo

Com base na proposta metodológica de Rodrigues (2011), a análise de conteúdo possibilita leitura crítica das diretrizes normativas e programáticas que fundamentam política pública. Essa técnica analítica permite, ainda, evidenciar os valores que sustentam a política, as orientações estratégicas, os programas que a compõem e os dispositivos institucionais responsáveis pela efetivação.

A leitura do marco legal da PNSB, especialmente a partir da Lei nº 14.572/2023, evidencia a filiação à doutrina da proteção integral, conforme estabelecido nos marcos constitucionais federal, estadual e municipal. A análise normativa demonstra que a política se fundamenta em rede de atenção descentralizada e territorializada, buscando assegurar o atendimento em saúde bucal, no âmbito do SUS.

No entanto, esse compromisso legal e programático nem sempre se traduz plenamente na realidade cotidiana dos serviços. A partir dos relatos dos entrevistados, emergem contradições entre os objetivos prescritos e as condições concretas da implementação. A proposta de garantir o atendimento integral, por exemplo, encontra barreiras significativas, como a escassez de profissionais, o acesso limitado aos serviços e a sobrecarga da rede assistencial. Essas fragilidades indicam que, embora a política esteja orientada por princípios democráticos e inclusivos, a efetivação enfrenta limites relacionados à precariedade estrutural e à ausência de articulação intersetorial mais consistente.

4.4 Análise do espectro temporal e territorial

A avaliação aprofundada das políticas públicas requer a incorporação de múltiplas dimensões analíticas, entre as quais se destaca a perspectiva temporal e territorial, proposta por Rodrigues (2011, 2019). Diferentemente das abordagens mais tradicionais, centradas em mensurações pontuais de desempenho ou na verificação do cumprimento de metas formais, essa metodologia propõe leitura ampliada do percurso da política. Essa abordagem exige considerar as transformações que a política sofre ao longo do tempo e em diferentes contextos territoriais, bem como os sentidos simbólicos e institucionais que lhe são atribuídos em cada etapa. Ao reconhecer esses deslocamentos, torna-se possível compreender os impactos que essas variações exercem sobre a efetividade e capacidade de responder às demandas sociais, de forma contextualizada e dinâmica.

Para Rodrigues (2011), o espectro temporal e territorial se refere ao trajeto

percorrido por política pública, através dos espaços político institucionais e socioculturais nos quais ela é implantada, com atenção às dinâmicas que a atravessam, aos atores que a constituem e às ressignificações que ela sofre. Trata-se, portanto, de análise que vai além da linearidade histórica ou da distribuição geográfica da política, pois busca compreender os processos de construção, apropriação e disputa simbólica que determinam a configuração final em diferentes contextos.

A análise do espectro temporal, à luz da proposta de Rodrigues (2011), requer atenção à trajetória dos governos e aos modelos político econômicos que orientam as ações. Mudanças de governo, cortes orçamentários, realinhamentos ideológicos e instabilidades administrativas afetam diretamente os fluxos de financiamento, o foco das políticas e a mobilização das redes de proteção.

Do ponto de vista territorial, a análise deve considerar como a política se materializa em realidades socioculturais diversas, sujeita a múltiplas mediações e apropriações locais. Para Rodrigues (2011), o trânsito de uma política entre as esferas federal, estadual e municipal não ocorre de forma neutra, mas é mediado por relações de poder, disputas políticas, capacidades institucionais desiguais e repertórios culturais específicos. Essa dimensão territorial envolve, portanto, a análise da forma como a política é “traduzida” em contextos concretos, com destaque para atuação de gestores, técnicos, conselheiros e comunidades na efetivação ou no desvirtuamento.

Essas afirmações são percebidas no depoimento de um dos entrevistados, evidencia-se crítica relevante à ausência de centralidade no usuário nas discussões sobre a cobertura em saúde bucal, tanto no município de Fortaleza quanto em outras localidades. Para o profissional, o debate frequentemente se concentra em aspectos administrativos, como os modelos de contratação e gestão, enquanto a perspectiva do usuário permanece secundarizada ou mesmo invisibilizada.

Essas indagações revelam lacuna importante no planejamento e na avaliação das ações em saúde bucal — a falta de escuta ativa e de incorporação das necessidades e percepções da população usuária - como elemento estruturante da política pública. O relato aponta, portanto, para urgência de se repensar a formulação e a implementação da política, a partir de enfoque centrado no sujeito, orientado pelo princípio da integralidade do cuidado e pela efetiva participação social.

4.5 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, em 06 de junho de 2025, conforme parecer nº 7.622.600. Foi seguida a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (2012) sobre pesquisas que envolvem seres humanos, sendo respeitados os direitos e deveres do pesquisador e dos participantes do estudo; e os preceitos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (Anexo A).

5 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL SORRIDENTE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE, NA PERSPECTIVA DA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE

5.1 Avaliação das atas das reuniões do conselho municipal de saúde

A política pública de saúde bucal em Fortaleza, capital do Ceará, passou por transformações significativas, ao longo de quase duas décadas, refletindo diferentes abordagens administrativas, contextos políticos e desafios estruturais. Esta análise descritiva examina a evolução da PNSB, no município, através de três períodos distintos de gestão municipal, cada um caracterizado por particularidades políticas, administrativas e operacionais que influenciaram diretamente a organização e oferta dos serviços odontológicos no SUS local.

O presente estudo se baseia na análise sistemática dos excertos das atas do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF) referentes ao período de 2004 a 2024, documentos que registram discussões, deliberações e encaminhamentos relacionados à saúde bucal, no âmbito do controle social municipal. Por meio desta documentação, é possível identificar não apenas as ações implementadas, como também os problemas enfrentados, as tensões políticas e os avanços conquistados em cada período administrativo.

A periodização adotada corresponde aos mandatos dos prefeitos que administraram Fortaleza, durante este intervalo temporal: Luiziane Lins (2005-2012), Roberto Cláudio (2013-2020) e José Sarto (2021-2023). Cada gestão imprimiu características próprias à condução da política de saúde bucal, seja na forma de organização dos serviços, na relação com o controle social, na priorização de investimentos ou na abordagem dos desafios estruturais do setor.

5.1.1 Período 2005-2012: gestão Luiziane Lins - os primeiros passos da implementação da PNSB

5.1.1.1 Contexto político e administrativo

O período de 2005 a 2012, sob a gestão da prefeita Luiziane Lins, representou marco fundamental na história da saúde bucal em Fortaleza, caracterizando-se como a fase inaugural da implementação efetiva da Política Nacional de Saúde Bucal no município. Este período coincide com os primeiros anos de vigência da PNSB, lançada pelo Ministério da

Saúde, em 2004, como parte da estratégia nacional de reorganização da atenção odontológica no SUS, conhecida como "Brasil Sorridente".

A liderança da Secretaria Municipal de Saúde estava sob a responsabilidade do Dr. Odorico Monteiro de Andrade, figura reconhecida no cenário da saúde pública cearense e que desempenhou papel central na condução das primeiras iniciativas de estruturação da política municipal de saúde bucal. A presença de uma liderança técnica experiente na pasta da saúde foi fundamental para estabelecer as bases conceituais e operacionais que orientariam a implementação da PNSB, em Fortaleza.

O contexto político deste período foi marcado pela relação de colaboração e respeito mútuo entre a gestão municipal e o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza. As atas analisadas evidenciaram reconhecimento explícito, por parte da administração municipal, das competências e prerrogativas do CMSF, aspecto que se refletiu na condução participativa dos processos de planejamento e implementação das ações de saúde bucal.

5.1.1.2 Problemas identificados e desafios estruturais

O diagnóstico inicial da situação da saúde bucal em Fortaleza revelou cenário de significativas lacunas assistenciais e organizacionais que demandavam intervenções estruturantes. O principal desafio identificado foi o fato de que a política de saúde bucal municipal ainda se encontrava em fase de construção, passando por mudanças e adaptações constantes para adequar-se aos princípios e às diretrizes da PNSB.

Uma das constatações mais relevantes foi a ausência completa de dentistas cadastrados no PSF anteriormente à gestão, situação que evidenciava o grau de desorganização da atenção odontológica, na atenção básica. Esta lacuna representava não apenas um déficit quantitativo de profissionais, como também a inexistência de uma lógica de organização do trabalho odontológico integrada aos princípios da estratégia de saúde da família.

A carência de composição definitiva da equipe de saúde bucal constituía outro problema estrutural significativo. As discussões registradas nas atas do CMSF indicaram incertezas quanto à distribuição dos profissionais entre as regionais de saúde do município, bem como indefinições sobre os critérios de lotação e as atribuições específicas de cada categoria profissional da equipe de saúde bucal.

O cronograma de implantação da política ainda se encontrava em construção, refletindo as dificuldades inerentes ao processo de planejamento de uma política pública complexa que envolvia múltiplas dimensões: recursos humanos, infraestrutura, equipamentos,

insumos e articulação intersetorial. Esta situação de indefinição temporal gerava ansiedade entre os profissionais e limitava a capacidade de planejamento das ações.

A carência crítica de materiais de odontologia representava obstáculo operacional significativo para a oferta adequada dos serviços. As discussões no CMSF evidenciavam dificuldades recorrentes no abastecimento de insumos básicos para o funcionamento das unidades odontológicas, situação que comprometia a continuidade e a qualidade da assistência prestada.

Outro aspecto relevante identificado foi a necessidade de desenvolver estratégias específicas para o atendimento odontológico de grupos populacionais com necessidades especiais, particularmente pessoas com transtornos mentais e população carcerária. Esta demanda refletia compreensão ampliada do conceito de saúde bucal, que transcendia a abordagem tradicional centrada exclusivamente nos aspectos técnico-operacionais da assistência odontológica.

5.1.1.3 Ações relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal

O período de 2005 a 2012 foi caracterizado por conjunto de iniciativas que visavam estruturar e operacionalizar a PNSB em Fortaleza. Uma das ações mais significativas foi a aprovação, pelo CMSF, em 2009, das "Diretrizes da Política Municipal de Saúde Bucal 2010-2013", documento que estabeleceu os marcos conceituais, estratégicos e operacionais para organização da atenção odontológica no município.

A elaboração e aprovação destas diretrizes representaram marco na institucionalização da política municipal de saúde bucal, estabelecendo referencial normativo que orientaria as ações dos anos subsequentes. O processo de construção participativa deste documento, envolvendo gestores, profissionais e representantes do controle social, evidenciou o compromisso da gestão com os princípios da participação social e gestão democrática.

Paralelamente, foi desenvolvido e aprovado o projeto de "Ampliação e/ou Implantação do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial no Município de Fortaleza", iniciativa que visava ampliar a oferta de procedimentos especializados em odontologia. Este projeto foi posteriormente referenciado como "Projeto Residência Multiprofissional", indicando sua articulação com estratégias de formação e qualificação profissional.

A implantação e credenciamento dos CEOs constituiu uma das ações mais estruturantes do período. Foram estabelecidos o CEO Floresta e o CEOP (Centro de

Especialidades Odontológicas da Polícia Militar), unidades que ampliaram significativamente a capacidade municipal de oferta de procedimentos odontológicos especializados. O credenciamento destes CEO representou não apenas expansão quantitativa da rede, como também reorganização qualitativa da atenção secundária em saúde bucal.

O projeto de Cirurgia Bucomaxilofacial, aprovado sem restrições pelo CMSF, demonstrou o compromisso da gestão com a ampliação da complexidade assistencial na área odontológica. A aprovação do projeto como "Projeto Residência Multiprofissional" evidenciou a articulação entre assistência e formação profissional, estratégia fundamental para sustentabilidade das ações de saúde bucal.

A definição da composição da equipe de saúde bucal e a distribuição entre as regionais de saúde do município representou avanço organizacional importante. Esta ação envolveu não apenas aspectos quantitativos de dimensionamento de pessoal, como também definições qualitativas sobre perfis profissionais, atribuições e processos de trabalho.

O desenvolvimento de um **plano de implantação de equipes de saúde bucal nas áreas de risco** constituiu estratégia de priorização territorial que buscava reduzir as iniquidades no acesso aos serviços odontológicos. Esta abordagem refletiu compreensão epidemiológica da distribuição dos problemas de saúde bucal e orientação pela equidade na organização dos serviços.

A inclusão de dispositivos odontológicos no Programa de Órteses e Próteses municipal representou ampliação do escopo da atenção em saúde bucal, incorporando dimensões reabilitadoras que tradicionalmente não eram contempladas pelos serviços públicos de odontologia.

A articulação da saúde bucal com a Política Pública Municipal de Atenção às Pessoas com Deficiência (PADEF) evidenciou abordagem intersetorial e inclusiva, que reconhecia as especificidades das necessidades odontológicas de pessoas com deficiência e buscava garantir o acesso aos serviços especializados.

5.1.1.4 Dinâmica do controle social e participação

O período de 2005 a 2012 foi caracterizado pela participação ativa e propositiva do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza nas discussões sobre saúde bucal. A presença constante de representantes das entidades odontológicas no CMSF garantiu que as especificidades técnicas e profissionais da área fossem adequadamente representadas nas deliberações do controle social.

A realização de debates específicos sobre saúde bucal, incluindo a organização de fóruns populares e conferências temáticas, demonstrou o reconhecimento da importância da participação social na construção da política municipal. A recomendação, pelo conselheiro Vitor Ribeiro Neto, da realização de uma Conferência Municipal de Saúde Bucal evidenciou a maturidade do processo participativo e a compreensão da necessidade de espaços específicos para o debate das questões odontológicas.

A mobilização social foi reconhecida como elemento fundamental para melhoria das condições de saúde bucal da população. Esta compreensão refletiu abordagem ampliada da saúde bucal, que transcendia os aspectos puramente assistenciais e incorporava dimensões educativas, preventivas e de promoção da saúde.

O episódio da ação judicial movida pelo CMSF para garantir representatividade em nível nacional na Conferência de Saúde Bucal ilustrou o protagonismo do controle social municipal e a disposição para defender os direitos de participação da população fortalezense nos espaços nacionais de deliberação sobre saúde bucal.

A defesa do "corporativismo interdisciplinar" para o sucesso da Conferência Bucal em Fortaleza evidenciou compreensão madura sobre a necessidade de articulação entre diferentes categorias profissionais e segmentos sociais para o avanço da política de saúde bucal.

5.1.1.5 Legado e significado histórico

O período de 2005 a 2012 estabeleceu as bases conceituais, normativas e operacionais da política municipal de saúde bucal em Fortaleza. As ações implementadas neste período criaram infraestrutura institucional e assistencial que seria fundamental para os desenvolvimentos posteriores da política.

A aprovação das diretrizes municipais, a implantação dos primeiros CEO, a estruturação das equipes de saúde bucal na atenção básica e o estabelecimento de uma cultura de participação social nas decisões sobre saúde bucal constituíram conquistas duradouras que influenciariam os períodos subsequentes.

Esse período pode ser caracterizado como fase de construção e experimentação, na qual os atores envolvidos - gestores, profissionais e representantes do controle social - aprenderam a trabalhar colaborativamente na implementação de uma política pública complexa e inovadora.

5.1.2 Período 2013-2020: gestão Roberto Cláudio - consolidação e tensões na implementação

5.1.2.1 Contexto político e mudanças administrativas

O período de 2013 a 2020, sob a gestão do prefeito Roberto Cláudio, representou fase de consolidação e, simultaneamente, de tensões significativas na implementação da política municipal de saúde bucal em Fortaleza. Este período foi marcado por transformações administrativas profundas que impactaram diretamente a organização e a oferta dos serviços odontológicos no município.

O cenário político pós-eleitoral de 2012 estabeleceu novo paradigma na relação entre a gestão municipal e o controle social, caracterizado por tensões e conflitos entre o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza e a Secretaria Municipal de Saúde. Esta mudança na dinâmica política teve repercussões diretas sobre a condução da política de saúde bucal, influenciando desde aspectos operacionais até questões estratégicas de planejamento e implementação.

Uma das principais inovações administrativas deste período foi a introdução do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) como Organização Social responsável pela gestão de parte significativa dos serviços de saúde municipal. Esta mudança no modelo de gestão gerou controvérsias e debates intensos, particularmente, no que se refere à autonomia do CMSF e à participação do controle social nos processos decisórios.

A gestão Roberto Cláudio se caracterizou por abordagem mais tecnocrática da administração pública, com ênfase na eficiência operacional e modernização dos processos de gestão. Esta orientação, embora tenha trazido avanços em termos de organização administrativa, gerou tensões com os princípios participativos que haviam caracterizado o período anterior.

5.1.2.2 Problemas estruturais e desafios operacionais

O período de 2013 a 2020 foi caracterizado por um conjunto complexo de problemas que afetaram diretamente a qualidade e a oferta dos serviços de saúde bucal em Fortaleza. O principal desafio identificado foi a intensificação das tensões e conflitos entre o Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, situação que comprometeu a efetividade do controle social e a participação da sociedade civil nas decisões sobre saúde bucal.

A luta pela autonomia e pelo papel deliberativo do CMSF se tornou questão central deste período. Os representantes do controle social perceberam que a nova gestão não reconhecia plenamente a importância e as prerrogativas legais do Conselho, situação que gerou clima de desconfiança e confronto que permeou todas as discussões sobre políticas de saúde, incluindo a saúde bucal.

A carência crítica de materiais de odontologia, particularmente anestésicos, constituiu problema operacional grave que comprometeu a continuidade da assistência odontológica. As Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Especialidades Odontológicas solicitavam quantidades adequadas de insumos, mas recebiam apenas fração do pedido, situação que afetava diretamente a capacidade de atendimento e a qualidade dos serviços prestados.

A ocorrência de greve de dentistas do PSF evidenciou o grau de insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho e as questões salariais e contratuais. Esta mobilização profissional refletiu não apenas problemas específicos da categoria odontológica, mas também questões mais amplas relacionadas à política de recursos humanos da gestão municipal.

Os problemas de infraestrutura inadequada representaram outro desafio significativo. Foram identificados casos em que três médicos dentistas foram alocados em uma unidade após reforma, mas não tinham onde trabalhar, situação que evidenciou falhas no planejamento e na coordenação entre as ações de infraestrutura e recursos humanos.

As falhas do ISGH na distribuição regular de medicamentos e materiais odontológicos constituíram problema recorrente que afetou a continuidade da assistência. O contrato com o ISGH foi sistematicamente criticado pela incapacidade de garantir o abastecimento adequado das unidades de saúde, situação que comprometeu a qualidade dos serviços prestados.

A dependência excessiva de contratações por Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) na saúde municipal, incluindo profissionais de saúde bucal e técnicos de higiene dental, criou instabilidade nas equipes e comprometeu a continuidade das ações. Esta forma de contratação, embora proporcionasse flexibilidade administrativa, gerava insegurança profissional e dificultava o desenvolvimento de vínculos duradouros entre profissionais e comunidades.

5.1.2.3 Ações de consolidação e expansão da PNSB

Apesar dos desafios e tensões identificados, o período de 2013 a 2020 foi caracterizado por importantes ações de consolidação e expansão da Política Nacional de Saúde Bucal em Fortaleza. Uma das principais iniciativas foi a pressão exercida pelo CMSF para regularização de materiais e suprimentos para odontologia na Atenção Básica e Secundária, ação que visava garantir a continuidade e a qualidade da assistência odontológica.

A mobilização por concurso público ou seleções públicas para garantir vínculo e direitos aos trabalhadores da saúde, incluindo auxiliares de saúde bucal e dentistas, representou luta importante pela estabilização das equipes e pela melhoria das condições de trabalho. Esta demanda refletiu a compreensão de que a qualidade da assistência odontológica dependia fundamentalmente da valorização e estabilização dos profissionais.

A fiscalização sistemática do contrato do ISGH e o envio de pareceres a órgãos externos para garantir a qualidade do serviço prestado demonstraram o protagonismo do controle social na defesa dos interesses da população. Esta ação evidenciou a maturidade do CMSF e a capacidade de exercer efetivamente as funções de fiscalização e controle.

A capacitação de 130 profissionais, incluindo médicos, enfermeiros e dentistas, em saúde da pessoa idosa até dezembro de 2017, representou investimento importante na qualificação das equipes. Esta ação refletiu compreensão ampliada das necessidades de saúde bucal, incorporando as especificidades do envelhecimento populacional e as implicações para a organização dos serviços odontológicos.

A discussão do Plano Municipal de Saúde (PMS 2018-2021) com a saúde bucal como ponto de pauta específico evidenciou o reconhecimento da importância da área no planejamento municipal de saúde. Esta inclusão garantiu que as especificidades da atenção odontológica fossem contempladas no principal instrumento de planejamento da política municipal de saúde.

A definição de um indicador relacionado ao "Número de próteses dentárias entregues pelos CEO municipais" representou avanço na sistematização do monitoramento e da avaliação das ações de saúde bucal. Este indicador permitiu acompanhar quantitativamente uma das principais ações dos CEOs e avaliar a efetividade na resposta às necessidades da população.

A identificação da necessidade de realização de levantamento epidemiológico para entender a situação da saúde bucal na cidade demonstrou abordagem científica e baseada em evidências para o planejamento das ações. Esta iniciativa refletiu a compreensão de que o

planejamento efetivo da política de saúde bucal dependia de informações epidemiológicas atualizadas e confiáveis.

A discussão sobre a requalificação dos insumos odontológicos, como escova de dente e creme dental, considerados essenciais para prevenção, evidenciou abordagem ampliada da saúde bucal que incorporava dimensões preventivas e de promoção da saúde. Esta ação refletiu a compreensão de que a política de saúde bucal não deveria se limitar aos aspectos curativos, mas incluir estratégias de prevenção e promoção.

A consolidação da estrutura dos CEOs em Fortaleza, com seis unidades (três municipais e três estaduais) atendendo à população de Fortaleza e do interior, representou expansão significativa da capacidade municipal de oferta de procedimentos odontológicos especializados. Esta rede de CEO constituiu um dos principais legados do período, ampliando substancialmente o acesso da população a procedimentos de média complexidade em odontologia.

5.1.2.4 Tensões no controle social e gestão participativa

O período de 2013 a 2020 foi marcado por tensões significativas na relação entre a gestão municipal e o controle social, situação que teve impactos diretos sobre a condução da política de saúde bucal. O CMSF expressou forte desaprovação pelo fato de o contrato com o ISGH não ter passado pela aprovação do pleno do Conselho nem pela Comissão de Planos, Projetos e Programas, situação que foi interpretada como desrespeito às prerrogativas do controle social.

Os problemas de comunicação e gestão entre o ISGH e as unidades de saúde geraram impactos diretos sobre a oferta de serviços odontológicos, criando clima de desconfiança em relação à capacidade da Organização Social de cumprir adequadamente as responsabilidades contratuais.

As formas de contratação de pessoal continuaram sendo tema político sensível, particularmente no que se refere aos profissionais de saúde bucal. O CMSF manteve posição crítica em relação à dependência excessiva de contratações precárias, defendendo a realização de concursos públicos como forma de garantir estabilidade e qualidade na prestação dos serviços.

A presença contínua de representantes da Odontologia no CMSF, como a Conselheira Silvia Regina Pimentel Pereira, que ocupou o cargo de 1ª Secretária interina,

garantiu que as especificidades da área fossem adequadamente representadas nas discussões do controle social, mesmo em contexto de tensões políticas.

O objetivo expresso pelo Prefeito de "desmamar" a dependência de RPA, mencionando especificamente a Saúde Bucal e o Técnico de Higiene Dental, evidenciou o reconhecimento dos problemas gerados pela precarização das relações de trabalho e a intenção de buscar soluções mais estáveis para a contratação de profissionais.

5.1.2.5 Avanços e contradições

O período de 2013 a 2020 pode ser caracterizado como uma fase de avanços e contradições na implementação da política municipal de saúde bucal. Por um lado, houve expansão significativa da rede de serviços, qualificação profissional e sistematização de processos de monitoramento e avaliação. Por outro lado, as tensões políticas, os problemas de abastecimento e as dificuldades na gestão de recursos humanos comprometeram a efetividade de muitas ações.

A consolidação da rede de CEO representou avanço inquestionável, ampliando substancialmente o acesso da população a procedimentos especializados em odontologia. Esta expansão da rede secundária constituiu um dos principais legados do período, criando infraestrutura assistencial que seria fundamental para os desenvolvimentos posteriores da política.

As iniciativas de capacitação profissional e a inclusão da saúde bucal no planejamento municipal evidenciaram abordagem mais sistemática e qualificada da gestão da política. Estas ações refletiram maturidade institucional crescente na condução das ações de saúde bucal.

Entretanto, as tensões no controle social e os problemas operacionais recorrentes evidenciaram as limitações do modelo de gestão adotado e a necessidade de aperfeiçoamentos nos mecanismos de participação social e de garantia da qualidade dos serviços.

5.1.3 Período 2021-2024: gestão José Sarto - desafios contemporâneos e redefinições

5.1.3.1 Contexto da pandemia e transformações políticas

O período de 2021 a 2023, sob a gestão do prefeito José Sarto, foi profundamente marcado pelos impactos da pandemia da Covid-19, situação que redefiniu prioridades,

reorganizou processos de trabalho e influenciou significativamente as discussões sobre políticas públicas de saúde, incluindo a saúde bucal. Este contexto excepcional criou cenário político e administrativo complexo, no qual as questões relacionadas à resposta à pandemia dominaram a agenda do sistema de saúde municipal.

O ano de 2021, primeiro da gestão José Sarto, foi caracterizado por um cenário político complexo e debates intensos em diversas frentes no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza. A transição de governo ocorreu em um momento crítico da pandemia, quando o sistema de saúde enfrentava pressões extremas e demandava respostas rápidas e efetivas para o enfrentamento da emergência sanitária.

A pandemia da Covid-19 continuou a dominar a pauta das discussões no CMSF, impactando diretamente o funcionamento do SUS e as discussões sobre outras políticas de saúde. A resposta à pandemia, a alocação de recursos emergenciais e a organização da rede de atendimento se tornaram temas recorrentes e prioritários, relegando outras questões, incluindo a saúde bucal, a um segundo plano nas discussões do controle social.

5.1.3.2 Limitações na abordagem da saúde bucal

Uma das características mais marcantes deste período foi a limitação das menções diretas à saúde bucal nas atas do CMSF. Comparativamente aos períodos anteriores, observou-se redução significativa na frequência e profundidade das discussões específicas sobre políticas de saúde bucal, situação que pode ser atribuída tanto ao contexto da pandemia quanto a possíveis mudanças nas prioridades da gestão municipal.

A inexistência de discussões detalhadas sobre políticas específicas de saúde bucal, planos de ação clínica, programas de acesso a tratamento ou ações direcionadas ao enfrentamento das desigualdades sociais na área odontológica evidenciou possível redução na priorização da saúde bucal na agenda política municipal. Esta situação contrastou significativamente com os períodos anteriores, nos quais a saúde bucal ocupava espaço mais destacado nas discussões do controle social.

A análise dos excertos das atas de 2021 revelou que as únicas referências específicas encontradas sobre saúde bucal estavam relacionadas à estrutura de participação no controle social, particularmente à indicação de conselheiros do segmento de usuário para compor comitês específicos da área odontológica. Esta limitação na abordagem da saúde bucal pode refletir tanto uma mudança nas prioridades da gestão quanto possível institucionalização da política que reduziu a necessidade de discussões frequentes no CMSF.

5.1.3.3 Problemas e desafios identificados

O período de 2021 a 2023 foi caracterizado por um conjunto complexo de problemas que transcenderam a área específica da saúde bucal, mas que tiveram impactos indiretos sobre a organização e a oferta dos serviços odontológicos. O principal desafio identificado foi o impacto da pandemia da Covid-19 no funcionamento do SUS e nas discussões do Conselho, situação que alterou fundamentalmente as prioridades e os processos de trabalho do sistema de saúde municipal.

Os conflitos internos e as disputas processuais no CMSF constituíram outro problema significativo deste período. Foram identificados debates acalorados, discussões sobre a aplicação do regimento interno, pedidos de vista de matérias, questionamentos sobre o processo eleitoral de 2019 e questionamentos acerca da representatividade dos conselheiros. Estes conflitos comprometeram a efetividade do controle social e dificultaram a condução de discussões substantivas sobre políticas públicas.

Os questionamentos sobre a legalidade e adequação dos processos de aprovação de Termos Aditivos a Contratos de Gestão com Organizações Sociais, como os firmados com SPDM e ICEPES, evidenciaram a continuidade das tensões relacionadas ao modelo de gestão por OSS. Houve questionamentos sobre a legalidade e a adequação dos processos de aprovação desses termos, com conselheiros expressando insatisfação por não terem acesso prévio a documentos.

A necessidade de avaliação da eficiência e satisfação do usuário nas estruturas sob Contrato de Gestão foi reafirmada como recomendação do CMSF de 2019 e 2020, evidenciando a persistência de preocupações sobre a qualidade dos serviços prestados pelas OSS.

5.1.3.4 Ações limitadas, mas significativas

Apesar das limitações identificadas, o período de 2021 a 2023 foi caracterizado por algumas ações específicas relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal que evidenciaram a continuidade da articulação entre o controle social e as entidades odontológicas. A principal ação identificada foi a indicação de conselheiros do segmento de usuário para compor o Comitê de Ética em Pesquisa da Academia Cearense de Odontologia/Centro de Educação Continuada.

Essa ação evidenciou a existência de articulação entre o CMSF e entidades ligadas à odontologia, permitindo a participação de representantes dos usuários em comitês específicos, como o de ética em pesquisa. Esta articulação demonstrou a manutenção de vínculos

institucionais entre o controle social e as organizações profissionais da área odontológica, aspecto importante para continuidade da participação social nas questões relacionadas à saúde bucal.

O compromisso da nova gestão municipal de realizar avaliação por meio de pesquisa externa sobre eficiência e satisfação do usuário, atendendo à recomendação do CMSF de 2019 e 2020, representou resposta às demandas do controle social por maior transparência e *accountability* na gestão dos serviços de saúde.

A inclusão do "projeto do Centro de Especialidades Odontológicas da Universidade Federal do Ceará (CEO/UFC)" na lista de pautas pendentes para discussão em Reunião Extraordinária, marcada para agosto de 2024, evidenciou a continuidade do processo de expansão da rede de atenção secundária em saúde bucal, mesmo em um contexto de limitações nas discussões específicas da área.

5.1.3.5 Tensões políticas e administrativas

O período de 2021 a 2024 foi caracterizado por tensões significativas sobre a autonomia do CMSF e o cumprimento das deliberações, conforme previsto nas Leis nº 8.080 e nº 8.142. A relação entre o Conselho e a Secretaria Municipal da Saúde continuou sendo tema de debate, evidenciando a persistência de conflitos sobre o papel e as prerrogativas do controle social.

A discussão e aprovação de Termos Aditivos a Contratos de Gestão com OSS (SPDM e ICEPES) continuaram sendo pautas centrais e geraram debates significativos. Estas discussões evidenciaram a continuidade das controvérsias sobre o modelo de gestão por OSS e a necessidade de aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e fiscalização.

A controvérsia sobre a vacinação contra Covid-19 em farmácias privadas ilustrou as tensões entre diferentes concepções sobre o papel do setor público e privado na oferta de serviços de saúde. O CMSF se posicionou contrariamente a essa iniciativa, argumentando pela capacidade da rede pública municipal, a segurança dos dados e o manuseio das vacinas, e defendendo a gestão pública do SUS.

Os conflitos internos no CMSF, incluindo a interferência ou solicitação de auxílio ao Ministério Público para resolver questões internas do Conselho, evidenciaram o grau de polarização e as dificuldades de governança interna do controle social. Esta situação comprometeu a capacidade do CMSF de exercer efetivamente as funções de controle e participação social.

O apelo por parte de conselheiros, para que os debates no pleno se concentrassem nas políticas públicas para os usuários, em vez de "questões políticas internas", evidenciou a percepção de que os conflitos internos estavam prejudicando a efetividade do controle social na defesa dos interesses da população.

5.1.3.6 Impactos da pandemia na saúde bucal

Embora não explicitamente documentados nos excertos analisados, é importante reconhecer que a pandemia da Covid-19 teve impactos significativos sobre a organização e a oferta dos serviços de saúde bucal em Fortaleza. A necessidade de reorganização dos processos de trabalho, a implementação de protocolos de biossegurança específicos para a odontologia e a redução da demanda por procedimentos eletivos certamente influenciaram a dinâmica da atenção odontológica no município.

A priorização de recursos humanos, financeiros e logísticos para o enfrentamento da pandemia pode ter contribuído para redução da visibilidade da saúde bucal nas discussões do CMSF, situação que reflete as dificuldades inerentes à gestão de múltiplas prioridades em contextos de crise sanitária.

5.1.3.7 Perspectivas e continuidades

O período de 2021 a 2023 pode ser caracterizado como uma fase de transição e redefinições na política municipal de saúde bucal. A inclusão do projeto do CEO/UFC na agenda de discussões evidenciou a continuidade do processo de expansão da rede de atenção secundária, indicando que, apesar das limitações identificadas, havia perspectivas de desenvolvimento da política de saúde bucal.

A manutenção da articulação entre o CMSF e as entidades odontológicas, evidenciada pela participação em comitês de ética em pesquisa, demonstrou a persistência de vínculos institucionais importantes para continuidade da participação social nas questões relacionadas à saúde bucal.

Quadro 4 – Linha do tempo das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde no período de 2005 a 2023

(Continua)

Período	Problemas Identificados	Ações Diretamente Relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do Contexto Político Local
2005-2012 (Gestão: Luiziane Lins)	<ul style="list-style-type: none"> • Política de Saúde Bucal ainda em construção, passando por mudanças e adaptações; • Ausência de dentistas cadastrados no PSF anteriormente; • Necessidade de atendimento especial em saúde bucal para saúde mental e população carcerária; • Falta de composição definitiva da equipe de saúde bucal; • Cronograma de implantação da política ainda em construção; • Carência crítica de materiais de odontologia; • Necessidade de preocupação continuada com saúde bucal de grupos específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação das "Diretrizes da Política Municipal de Saúde Bucal 2010-2013" pelo CMSF em 2009; • Projeto de "Ampliação e/ou Implantação do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial"; • Implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs): CEO Floresta e CEOP; • Projeto de Cirurgia Bucomaxilofacial aprovado como "PROJETO RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL"; • Composição da equipe de Saúde Bucal e distribuição entre as regionais; • Plano de implantação de equipes de saúde bucal nas áreas de risco; • Programa de Órteses e Próteses incluindo dispositivos odontológicos; • Política Pública Municipal de Atenção às Pessoas com Deficiência (PADEF) com inclusão de saúde bucal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Início da implementação da PNSB em Fortaleza, durante a gestão Luiziane Lins; • Secretário Municipal de Saúde: Dr. Odorico Monteiro de Andrade; • Política em fase de implementação, não estava em formato definitivo; • Respeito às competências do Conselho de Saúde foi destacado; • Mobilização social considerada importante para melhorar a condição de saúde bucal; • Ação judicial movida pelo CMSF para garantir representatividade nacional; • Corporativismo interdisciplinar defendido para sucesso da Conferência Bucal; • Participação ativa de representantes das entidades odontológicas no CMSF.

Quadro 4 – Linha do tempo das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas Identificados	Ações Diretamente Relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do Contexto Político Local
2013-2020 (Gestão: Roberto Cláudio)	<ul style="list-style-type: none"> • Tensões e conflitos entre o Conselho Municipal de Saúde e a SMS; • Luta pela autonomia e pelo papel deliberativo do CMSF; • Carência crítica de materiais de odontologia (anestésicos); • Greve de dentistas do PSF, insatisfação com condições de trabalho; • Infraestrutura inadequada - profissionais alocados sem local adequado; • Falhas do ISGH na distribuição regular de medicamentos e materiais odontológicos; • Dependência de contratações por RPA na saúde municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regularização de materiais e suprimentos para odontologia na Atenção Básica e Secundária; • Pressão por concurso público para garantir vínculo aos trabalhadores da saúde bucal; • Fiscalização do contrato do ISGH e envio de pareceres a órgãos externos; • Capacitação de 130 profissionais, incluindo dentistas em saúde da pessoa idosa; • Discussão do PMS 2018-2021 com saúde bucal como ponto específico; • Indicador "Número de próteses dentárias entregues pelos CEO municipais"; • Necessidade de levantamento epidemiológico da saúde bucal; • Estrutura dos CEOs: 6 CEOs (3 municipais e 3 estaduais); • A Lei 10666/18 em Fortaleza, Ceará, refere-se à Lei Ordinária nº 10.666, de 2 de janeiro de 2018, que institui a Semana Branca, no âmbito do Município de Fortaleza, com objetivo de promover a saúde bucal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Período de transição pós-eleições de 2012 com tensões entre CMSF e SMS; • Gestão do ISGH emerge como ponto controverso central; • CMSF expressa desaprovação pelo contrato com ISGH não ter passado pelo Conselho; • Problemas de comunicação e gestão entre ISGH e unidades de saúde; • Formas de contratação de pessoal continuam sendo tema político sensível; • CMSF busca exercer papel de fiscalização mais ativo; • Presença contínua de representantes da Odontologia no CMSF; • Objetivo de "desmamar" dependência de RPA expressado pelo Prefeito.

Quadro 4 – Linha do tempo das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde no período de 2005 a 2023

(Conclusão)

Período	Problemas Identificados	Ações Diretamente Relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do Contexto Político Local
2021-2024 (Gestão: José Sarto)	<ul style="list-style-type: none"> • Menções diretas à saúde bucal limitadas nas atas do CMSF; • Falta de discussões detalhadas sobre políticas específicas de saúde bucal; • Impacto da pandemia da Covid-19 no funcionamento do SUS; • Conflitos internos e disputas processuais no CMSF; • Questionamentos sobre legalidade dos processos de aprovação de Termos Aditivos com OSS; • Necessidade de avaliação da eficiência e satisfação do usuário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicação de conselheiros para compor Comitê de Ética em Pesquisa da Academia Cearense de Odontologia; • Articulação entre CMSF e entidades ligadas à odontologia; • Compromisso de realizar avaliação por pesquisa externa sobre eficiência e satisfação; • Inclusão do "projeto do CEO/UFC" na lista de pautas pendentes (2024); • No seu governo, Sarto disse que ia criar a gerência, mas somente no governo atual esta foi criada (Decreto Nº 16.248, de 09 de abril de 2025). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cenário político complexo e debates intensos no CMSF; • Discussão de Termos Aditivos com OSS (SPDM e ICEPES) como pautas centrais; • Tensões sobre autonomia do CMSF e cumprimento de deliberações; • Pandemia da Covid-19 dominou discussões; • Controvérsia sobre vacinação em farmácias privadas; • Conflitos internos com interferência do Ministério Público; • Apelo para concentrar debates nas políticas públicas; • Menção limitada à saúde bucal comparada a períodos anteriores.

Fonte: Autoria própria.

5.2 Avaliação dos relatórios anuais de gestão

A análise documental dos Relatórios de Gestão permitiu identificar avanços, desafios persistentes e mudanças estruturais na condução da política de saúde bucal no município de Fortaleza, distribuídos ao longo de três gestões distintas. Cada período foi marcado por iniciativas próprias, com diferentes graus de aderência à PNSB e ao Programa Brasil Sorridente, refletindo os contextos políticos e institucionais de cada gestão.

5.2.1 Gestão Luizianne Lins (2005–2012)

Este período foi caracterizado pela implantação e consolidação inicial da saúde bucal na ESF. Houve a criação das primeiras 100 equipes de saúde bucal, com inserção em áreas de risco social, além da realização de concurso público que resultou na contratação de 250 cirurgiões-dentistas, promovendo a desprecarização das relações de trabalho. A estruturação da atenção especializada se iniciou com a implantação dos CEOs, como o CEO Floresta, que se destacou pela oferta de múltiplas especialidades e ações de prevenção ao câncer de boca.

No campo da promoção e prevenção, observou-se investimento em ações coletivas, como escovação dental supervisionada e distribuição de insumos nas farmácias básicas. Houve, ainda, esforços para mudar o perfil mutilador dos serviços, evidenciado pela redução nas taxas de exodontia. A formação profissional e a educação permanente também foram priorizadas, com a criação do Sistema Municipal Saúde Escola e parcerias com instituições acadêmicas.

5.2.2 Gestão Roberto Cláudio (2013–2020)

Nesta fase, verificou-se esforço para ampliar a cobertura populacional da saúde bucal na ESF, ainda que a meta de 36% não tenha sido atingida. A gestão promoveu a formalização de metas específicas a partir de 2018, com indicadores voltados para ampliação da primeira consulta odontológica, atendimento a gestantes e produção de próteses. A estrutura física das unidades básicas foi requalificada e novos equipamentos foram adquiridos.

O município também buscou valorizar os profissionais de saúde, por meio da contratação, via concurso público, e investimento em educação permanente. A humanização da atenção foi fortalecida com ampliação dos horários de funcionamento e implantação do prontuário eletrônico. No entanto, persistiram desafios relacionados ao excesso de

procedimentos mutiladores, à baixa cobertura de ações preventivas e à fragilidade na continuidade dos registros em saúde bucal.

5.2.3 Gestão José Sarto (2021–2023)

A atual gestão demonstrou continuidade nas diretrizes estratégicas, com ênfase no fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado. As metas de atendimento à população gestante e de tratamentos concluídos foram mantidas e, em parte, alcançadas. Destaca-se a criação e expansão do Projeto Bebê Clínica Odontológica, voltado à primeira infância, e a realização da Semana Branca da Odontologia, com foco em promoção da saúde.

A atenção especializada foi reforçada por meio de parcerias com o Estado, mutirões nos CEO e qualificação dos processos de regulação e agendamento. A busca ativa de lesões suspeitas de câncer bucal se manteve como estratégia prioritária. No âmbito da gestão do trabalho, foi desenvolvido o Plano de Valorização dos Trabalhadores da Saúde, e houve atuação articulada com o CEREST e comitês específicos.

A gestão, também, investiu em infraestrutura, insumos e ampliação de consultórios odontológicos, incluindo a aquisição de equipamentos portáteis. A utilização de dados epidemiológicos para direcionar atendimentos a grupos prioritários, como gestantes e população em situação de rua, reflete o compromisso com a equidade. Ainda assim, permanecem desafios na expansão das equipes, na qualificação dos registros e na cobertura de ações preventivas e educativas.

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continua)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
2005-2012 (Gestão: Luiziane Lins)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persistência de filas de madrugada para atendimentos odontológicos em 10 unidades básicas (2005), demonstrando desafios de acesso inicial. ▪ Desafios na construção de Centros Especializados de Odontologia (CEO) (2005). ▪ Filas de espera para atendimento em diversas especialidades odontológicas persistiram em 2006 e 2009.- Queda temporária nos procedimentos individuais a partir de 2008, devido a reformas em unidades de saúde e instalação de novos equipamentos, exigindo readequação da rede. ▪ A meta para a Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada não foi alcançada em 2011. 	<p>Fortalecimento da Atenção Básica e Integração com a Saúde da Família:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciou-se a reestruturação da odontologia na Atenção Básica em 2005, com a inclusão de ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) e inserção de cirurgiões-dentistas nas equipes de Saúde da Família em áreas de risco. ▪ Houve o desenvolvimento gradual de um fluxograma de assistência odontológica nos Centros de Saúde da Família (CSF), em conjunto com a Estratégia Saúde da Família (ESF). A gestão incluiu o fluxo assistencial para grupos com maior vulnerabilidade para doenças bucais, introduzindo o monitoramento de agravos. ▪ Em 2006, foram convocados 250 cirurgiões-dentistas aprovados em concurso público para a ESF (o concurso público de 2006 ofertou 460 vagas), o que foi visto como um avanço na "desprecarização do trabalho" e na criação de vínculo com as comunidades. 	<p>O contexto político local foi fortemente pautado pela implementação dos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, com a Atenção Primária à Saúde (APS) sendo vista como eixo central e a porta de entrada para minimizar as desigualdades sociais. A administração municipal buscou a "desprecarização do trabalho", através da contratação, via concurso público, visando criar vínculo mais estável entre as equipes de saúde e as comunidades, e melhorar a assistência humanizada. Houve reconhecimento explícito da necessidade de abordar as vulnerabilidades sociais, evidenciado por iniciativas como as "Cirandas da Vida", que articulavam as equipes de saúde com movimentos populares para enfrentar as "situações limite" apontadas pela população, e o acompanhamento das condicionalidades de saúde de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. A aprovação da Política Municipal de Saúde Bucal, em 2009, formalizou a direção da gestão, alinhando-se à Política Nacional de Saúde Bucal e ao Programa Brasil Sorridente. O município de Fortaleza enfrentava e reconhecia profundas desigualdades sociais, com a prevalência de IDH entre médio e baixo em grande parte da cidade, o que impactava diretamente as condições de saúde da população. A execução das políticas de saúde era descentralizada por meio das seis Secretarias Regionais (SER), também conhecidas como Distritos de Saúde (CORES).</p>

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
2005-2012 (Gestão: Luiziane Lins)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ A constituição de 100 equipes de saúde bucal, em 2005, ampliou a cobertura assistencial em procedimentos coletivos e preventivos. <p>Infraestrutura na Atenção Básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Foram pactuados critérios técnicos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo a construção de sala com lavatórios para higiene bucal, sala para instalação de RX odontológico, bombas de sucção a vácuo, bancadas e mesas auxiliares ergonômicas, e lavatórios para mãos e pias para instrumental. ▪ Houve investimento em infraestrutura e a aquisição e distribuição de 49 novos consultórios odontológicos completos e 351 equipamentos periféricos em 2012. 	<p>A distribuição das equipes de saúde da família, que incluíam os profissionais de saúde bucal, adotava critérios de priorização de áreas territoriais com condicionantes e determinantes de saúde, buscando a equidade no acesso aos serviços. A implantação do Programa Consultório na Rua, em 2010, visando atenção integral a uma população de alta vulnerabilidade, reforçou o compromisso com a redução das desigualdades.</p>

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
		<p>Expansão da Atenção Especializada (CEO):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A implantação de CEOs foi um componente de financiamento federal. Em 2008, a assistência especializada era realizada por três CEO. ▪ Em setembro de 2008, foi inaugurado o CEO Floresta, destacado como o primeiro CEO municipal, marco na integralidade das ações em Saúde Bucal. O CEO Floresta foi inaugurado com oferta em Endodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Periodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais e Estomatologia, o que viabilizou maior acesso ao diagnóstico precoce de lesões pré-malignas. ▪ A criação de laboratórios de prótese no serviço público foi uma direção da política de saúde bucal, em 2005, e o laboratório de prótese do CEO Floresta foi inaugurado em 2010, aumentando a produção de próteses totais. 	

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Houve ampliação de especialidades oferecidas (Endodontia, Prótese Dentária, Cirurgia oral) e a implantação do serviço de Odontopediatria para crianças de zero a três anos. <p>Promoção, Prevenção e Mudança do Modelo Assistencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Houve investimento na compra de materiais para procedimentos coletivos (2005). Foram realizados 50.401 procedimentos coletivos em 2005, melhorando a média de cobertura para a população de zero a 14 anos. ▪ Observou-se redução nas exodontias (extrações dentárias) de 14,8% (2004) para 12% (2005), refletindo o esforço para mudar o caráter mutilatório dos serviços. ▪ A distribuição de produtos de higiene bucal na farmácia básica foi planejada. O Programa de Saúde Escolar foi utilizado como centro de promoção da saúde bucal. 	

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Houve parceria com a UNIFOR para busca ativa, biópsias e laudos de lesões suspeitas de câncer de boca. Em 2009, houve "salto no número de procedimentos coletivos", atribuído a esforços em educação em saúde. ▪ Foi estabelecida a meta de implementar a busca ativa de câncer de boca em 100% dos Centros de Saúde da Família, com rotina para dentistas e ASB. ▪ Criou-se Comitê Técnico de Estomatologia para referência de casos e biópsias. A Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada se tornou indicador pactuado. <p>Recursos Humanos e Educação Permanente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A inserção de profissionais de saúde bucal na ESF motivou a elaboração de proposta de educação baseada na Educação Permanente em Saúde. 	

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em 2009, o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF) aprovou as diretrizes da Política Municipal de Saúde Bucal, inserindo a promoção da saúde bucal em um conceito amplo de saúde. A gestão implementou ações para regulação da assistência especializada. <p>Houve gestão da fila de espera para atendimentos odontológicos especializados. O Consultório na Rua foi implantado em 2010, com ações integradas à Atenção Básica para população em situação de rua.</p>	
<p>2013-2020 (Gestão: Roberto Cláudio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal não alcançou a meta inicial de 36% até 2015, apesar de ter aumentado de 23,90% (2013) para 30,21% (2015). ▪ A Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada apresentou resultados baixos em 2013 (0,74%) e 2015 (0,62%), sugerindo desafios na implementação ou registro consistente dessas ações preventivas em larga escala. 	<p>Fortalecimento da Atenção Primária como Eixo Estruturante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A administração manteve e buscou fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) como ordenadora do cuidado e eixo principal da estruturação do SUS, integrando a Saúde Bucal às equipes de Saúde da Família. ▪ Os RAGs de 2018 e 2019 reiteraram o objetivo de ampliar e qualificar o acesso na Atenção Primária. 	<p>A gestão do Prefeito Roberto Cláudio deu continuidade à estratégia de inserir a Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecendo-a como a porta de entrada do SUS e um ponto crucial para a redução das desigualdades no acesso. Houve um esforço em ampliar a cobertura das equipes de Saúde Bucal na ESF e, notavelmente a partir de 2018, uma formalização e maior detalhamento do planejamento para a área de saúde bucal, com a definição e implementação de metas e ações específicas tanto na atenção básica quanto na especializada.</p>

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A Proporção de Exodontia em Relação aos Procedimentos foi consistentemente acima das metas na maioria dos anos (ex.: 8,60% executado vs 1,20% meta em 2015), indicando uma alta carga de doenças que exigem extração ou a necessidade de fortalecer a prevenção e o tratamento restaurador. ▪ A meta de aumentar a cobertura de Primeira Consulta Odontológica para 3%, em 2021, ainda estava distante em 2019 (2,00%). ▪ A meta para realizar consulta odontológica em 40% das gestantes acompanhadas em 2019 não foi totalmente alcançada (35%). 	<p>Monitoramento por Indicadores Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os relatórios apresentaram indicadores específicos para a saúde bucal na Atenção Básica para avaliação do desempenho. 	<p>A política de investimento em recursos humanos focou na qualificação e na estabilização dos vínculos empregatícios dos profissionais, o que pode contribuir para a continuidade do cuidado e a valorização profissional. A gestão enfatizou a integralidade e a humanização da atenção, e demonstrou um foco em populações vulneráveis através de programas como o Bolsa Família e o "Consultório na Rua". No entanto, o período enfrentou desafios persistentes na universalização da cobertura e na efetividade das ações preventivas e conservadoras, o que pode refletir a persistência de problemas de acesso à prevenção e tratamento precoce, impactando a equidade. A gestão buscou expandir o acesso e qualificar o serviço, com foco crescente em metas e ações quantificáveis, na segunda metade do mandato.</p>

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A meta para realizar consulta odontológica em 40% das gestantes acompanhadas em 2019 não foi totalmente alcançada (35%). ▪ Os dados reportados para a oferta de vagas para próteses dentárias (1.039.045) e o número de atendimentos realizados nos CEO (1.210.138,00), em 2018, parecem conter erros de digitação, prejudicando a precisão da avaliação nesses pontos. ▪ Houve ausência de dados específicos de saúde bucal nos RAGs de 2016, 2017 e 2020 nos excertos fornecidos, dificultando uma análise completa da evolução durante todo o período. 	<p>Definição Explícita de Objetivos e Ações para Saúde Bucal (a partir de RAG 2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os RAG de 2018 e 2019 detalharam objetivos e ações específicas. O OBJETIVO N° 8.2 visava ampliar o acesso da população à Atenção Básica em Saúde Bucal, com ações como a realização de concurso público para contratação de cirurgiões-dentistas (meta de contratar mais 70 equipes), convocação de Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal (ASB/TSB), ampliação da quantidade de consultórios odontológicos devidamente equipados. ▪ Incluíram, também, a realização de atividades de Educação em Saúde, o aumento da cobertura de Primeira Consulta Odontológica (com meta de 3%, em 2021, e base de 1,75%), o aumento da proporção de tratamentos concluídos (com meta de 0,60, em 2021, e base de 0,40, em 2018) e a realização de consulta odontológica em gestantes (meta de 40% para 2019). 	

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desafios persistentes na expansão e efetividade das ações preventivas e conservadoras, que são fundamentais para enfrentar as doenças bucais de forma mais equitativa, especialmente em populações vulneráveis. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O OBJETIVO Nº 8.3 visava ampliar o acesso da população à Atenção Especializada em Saúde Bucal, com ações como a ampliação da oferta de vagas para próteses dentárias nos CEOs municipais (meta de 2.717 próteses em 2021), realização de nova seleção pública para Técnico de Prótese Dentária (TPD) e Auxiliar de Prótese Dentária (APD). ▪ Incluiu também o aumento do número de atendimentos realizados nos CEO e a garantia do fornecimento de insumos odontológicos. 	

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
		<p>Investimento em Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A gestão demonstrou foco na qualificação e fixação de profissionais para o SUS, incluindo contratação, via concurso público, para dentistas e ASB/TSB. ▪ Os RAG indicaram alto percentual de profissionais com vínculos empregatícios mais estáveis (cerca de 68% em 2019). ▪ Houve foco em processos de educação permanente, com menção explícita à participação de odontólogos em seminários (ex.: Saúde do Idoso, em 2013) e cursos. <p>Promoção da Integralidade e Humanização:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ As diretrizes gerais enfatizaram a atenção integral, o acesso com qualidade, resolutividade e humanização da atenção, com a revitalização do Acolhimento nas UBS e ampliação do horário de funcionamento. 	

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
		<p>Atenção a Populações Vulneráveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Houve continuidade do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família e implementação do "Consultório na Rua", demonstrando foco em populações em situação de desigualdade social. <p>Valorização dos Servidores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A valorização pode ser inferida pela política geral de "Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS" e "Desprecarizar o trabalho em saúde". ▪ A melhoria das condições de trabalho foi buscada através da reestruturação física das UBS, aquisição de novos equipamentos e implementação do Prontuário Eletrônico. ▪ A criação de uma Diretriz N° 8 específica para o "Fortalecimento da Política de Saúde Bucal no município de Fortaleza" no RAG de 2018 confere destaque e importância estratégica à área. 	

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
<p>2021-2024 (Gestão: José Sarto)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desafios para ampliar as primeiras consultas odontológicas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e aumentar o percentual de tratamentos concluídos. ▪ A implantação de uma Bebê Clínica Odontológica em um dos territórios (CORES IV) foi postergada para 2024. ▪ A realização de atividades de educação permanente com as equipes, enfatizando o registro adequado dos procedimentos, é um desafio para 2024. ▪ A ampliação da quantidade de consultórios odontológicos nas UAPS é um desafio identificado para 2024. ▪ A consolidação do Programa Bebê Clínica em todos os territórios é um desafio. ▪ A qualificação dos registros e tratamentos na APS também é um desafio. 	<p>Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A Diretriz 6 do Plano Municipal de Saúde (PMS) visa o fortalecimento da Atenção Primária como ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado. O Objetivo 6.2 busca ampliar e qualificar o acesso e a assistência em Saúde Bucal na Atenção Primária. ▪ Houve a convocação de cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal, através de seleção pública para compor as equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2023, alcançando a meta de cobertura para o ano. ▪ A meta quadriênia (2022-2025) é aumentar a proporção de tratamentos concluídos para 0,50. A meta quadriênia (2022-2025) é aumentar para 60% a proporção de gestantes cadastradas com consulta odontológica realizada, com a meta anual para 2023 (35%) sendo alcançada. 	<p>A gestão do Prefeito Sarto demonstrou compromisso contínuo com o fortalecimento da saúde bucal no SUS, alinhado às diretrizes do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025, que explicitamente busca a redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero e sociais. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) é um pilar estratégico para minimizar desigualdades, garantindo acesso mais próximo à população, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade social. Ações são direcionadas a grupos prioritários, como gestantes e crianças na primeira infância (com o Projeto Bebê Clínica Odontológica), o que contribui para equidade desde os primeiros ciclos de vida. A gestão também visa qualificar e ampliar o acesso à atenção especializada e hospitalar, com o aprimoramento dos mecanismos de regulação, mutirões e parcerias com o estado, buscando reduzir barreiras de acesso e tempos de espera que afetam populações de menor renda. A Política Municipal de Vigilância em Saúde incorpora os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), e a atuação em comitês como o do Câncer de Boca, que tem maior incidência em grupos sociais específicos, contribui para identificar riscos e reduzir desigualdades nos resultados de saúde.</p>

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A qualificação dos registros e tratamentos na APS também é um desafio. ▪ Os desafios da ampliação das equipes e da infraestrutura (consultórios) persistem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A Semana Branca da Odontologia foi realizada em 2022, com ações de promoção de saúde em UAPS. ▪ Existe o Projeto Bebê Clínica Odontológica (Bebê Sorridente), que atende a crianças na Primeira Infância. ▪ Ações planejadas para 2024 incluem educação em saúde, educação permanente com as equipes, capacitação dos cirurgiões-dentistas da APS, garantia de manutenções/insumos e qualificação do processo de trabalho, além da utilização de dados epidemiológicos para direcionar consultas a grupos prioritários. 	<p>O aprimoramento dos mecanismos de regulação do acesso e o fortalecimento das instâncias de controle social são fundamentais para tornar o acesso mais justo e transparente, permitindo que as necessidades da população (incluindo grupos vulneráveis) sejam consideradas no planejamento das políticas. A utilização de dados epidemiológicos para direcionar as consultas odontológicas para os grupos prioritários demonstra esforço em alocar recursos e esforços em que são mais necessários, contribuindo diretamente para equidade. O fortalecimento do Programa Consultório na Rua (expansão de equipes em 2023) é um exemplo claro de ação para levar cuidado de saúde a uma população em extrema vulnerabilidade.</p>

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
		<p>Qualificação e Ampliação da Atenção Especializada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A Diretriz 7 e o Objetivo 7.1 visam ampliar e qualificar o acesso em Saúde Bucal na Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar. ▪ Metas incluem a proporção de pacientes encaminhados para a Atenção Especializada em Saúde Bucal e para cirurgia bucomaxilofacial hospitalar com consulta agendada. ▪ Em 2022, 86,5% dos pacientes para cirurgia bucomaxilofacial hospitalar tiveram consulta agendada (superando a meta), e, em 2023, 73% para a Atenção Especializada em Saúde Bucal. ▪ A parceria com a Secretaria de Saúde do Estado (SESA) tem possibilitado a ampliação de vagas e agendamentos. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) estaduais apoiam o município, oferecendo diversos serviços. 	

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ CEOs (cirurgia, endodontia em 2022; estomatologia em 2023) para reduzir a fila de espera. O monitoramento das vagas ofertadas pelos CEOs e as reuniões de alinhamento são utilizados para qualificar as filas e a regulação. ▪ O setor de Odontologia do IJF é referência municipal para atendimento emergencial. Há planos para ampliar a busca ativa de lesões suspeitas de câncer de boca e a quantidade de vagas para prótese dentária em 2024. <p>Gestão da Força de Trabalho e Valorização dos Profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A Diretriz 3 foca na contribuição à adequada alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho no SUS. ▪ Foi elaborado o Plano de valorização e Atenção à Saúde dos Trabalhadores da Saúde em 2023. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) é implementada, com o CEREST atuando no Comitê do Câncer de Boca e em educação permanente relevante para a SB. 	

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Continuação)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ A Educação Permanente é uma área estratégica. Um cirurgião-dentista servidor municipal participou como facilitador em oficina sobre planejamento e gestão no SUS. ▪ A Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS (MNPSUS) busca fortalecer espaços de negociação entre trabalhadores e gestores. <p>Infraestrutura e Condições de Trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Houve investimentos em conservação, manutenção e expansão de unidades de saúde. ▪ A aquisição de um consultório portátil para a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAP), em 2023, foi um destaque. ▪ A Assistência Farmacêutica garante a disponibilidade de medicamentos e insumos. 	

Quadro 5 – Linha do tempo Análise dos Relatório de Gestão Municipal no período de 2005 a 2023

(Conclusão)

Período	Problemas identificados e Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Ações diretamente relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal	Análise do contexto político local
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ A Educação Permanente é uma área estratégica. Um cirurgião-dentista servidor municipal participou como facilitador em oficina sobre planejamento e gestão no SUS. ▪ A Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS (MNPSUS) busca fortalecer espaços de negociação entre trabalhadores e gestores. <p>Infraestrutura e Condições de Trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Houve investimentos em conservação, manutenção e expansão de unidades de saúde. ▪ A aquisição de um consultório portátil para a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAP), em 2023, foi um destaque. ▪ A Assistência Farmacêutica garante a disponibilidade de medicamentos e insumos. 	

Fonte: Autoria própria.

5.3 Quem são os atores-chave que subsidiaram a compreensão multifacetada da avaliação da política Brasil Sorridente, no município de Fortaleza-CE

O Quadro 6 apresenta a análise dos dados sociodemográficos e ocupacionais dos participantes desta pesquisa revela mosaico de experiências e perspectivas que são fundamentais para compreensão multifacetada da política de saúde bucal no SUS. As peculiaridades de cada perfil enriquecem o estudo, ao permitir triangulação de visões sobre os desafios e avanços.

A seleção dos entrevistados buscou cobrir as principais frentes de atuação e percepção dentro do sistema de saúde. Incluir uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), uma dentista, um gestor (que é cirurgião-dentista) e uma usuária, permite captar as realidades da linha de frente da assistência, do atendimento clínico, da gestão estratégica e da experiência direta do usuário. Essa abrangência é essencial, pois cada papel vivencia as políticas de saúde bucal de maneira distinta, revelando diferentes gargalos e sucessos.

A amostra, composta por três mulheres e um homem, reflete, em parte, a predominância feminina na força de trabalho da saúde. A inclusão de participantes de cor branca e negra (duas brancas, duas negras) adiciona dimensão de raça à análise, permitindo, ainda que de forma exploratória, dada a pequena amostra, considerar se existem peculiaridades nas experiências relacionadas à etnia, especialmente para a usuária e o gestor que se identificaram como negros.

As idades variaram significativamente, de 44 a 71 anos. Essa diversidade de faixa etária, combinada com o tempo de atuação ou utilização do SUS, oferece potencial perspectiva histórica. O gestor, com 30 anos de SUS, vivenciou a implementação e evolução do programa "Brasil Sorridente" desde os primeiros anos. A dentista e a ASB, com 20 e 18 anos de experiência, respectivamente, apresentaram visões de profissionais que acompanharam boa parte dessas transformações na prática. A usuária, com impressionantes 32 anos de vínculo com o serviço odontológico da UAPS Carlos Ribeiro, ofereceu visão única da durabilidade do serviço e das mudanças percebidas ao longo do tempo, do ponto de vista do paciente.

A escolaridade dos participantes variou desde a quarta série do ensino fundamental (Usuária) até o mestrado (Gestor), e a renda familiar abrangeu espectro amplo, de um salário mínimo a R\$20.000,00. Essa diversidade é importante para compreender como os diferentes níveis socioeconômicos e educacionais podem influenciar o acesso, a percepção e a capacidade de engajamento com os serviços de saúde bucal, bem como as realidades dos próprios profissionais do SUS.

As entrevistas revelaram a coexistência de diferentes formas de vínculo empregatício no SUS de Fortaleza. A ASB e a dentista eram estatutárias, o que, geralmente, implica maior estabilidade e trajetória de longo prazo, em uma mesma instituição. A dentista, inclusive, relatou fase inicial de contratação "super precarizada" antes do concurso, o que historiciza as relações de trabalho no SUS. O gestor, por sua vez, estava em um cargo comissionado, o que explica o curto tempo na instituição atual (seis meses), apesar dos 30 anos de experiência no SUS. Essa flutuação de vínculos e a presença de Organizações Sociais (OS), com contratações CLT para dentistas e ASB, são pontos críticos do debate sobre a gestão e a continuidade das ações em saúde bucal, conforme mencionado pelo próprio gestor. A estabilidade do vínculo estatutário pode, por exemplo, favorecer a construção de laços com a comunidade e a continuidade de programas, enquanto a rotatividade em vínculos comissionados ou via OS pode apresentar desafios à implementação de políticas de longo prazo.

Quadro 6 - Dados sociodemográficos e ocupacionais dos participantes da pesquisa

Características	Auxiliar de Saúde Bucal	Dentista	Gestor	Usuária
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Cor/Raça	Branca	Branca	Negra	Negra
Idade	62 anos	44 anos	53 anos	71 anos
Estado Civil	Casada	Casada	Solteiro	Viúva
Escolaridade Concluída	Ensino médio completo	Especialização (Pós-graduação)	Mestrado (Pós-graduação)	Quarta série
Renda Mensal Familiar	R\$ 2.100,00	R\$ 20.000,00	R\$ 7.000,00	Um salário do governo
Categoria Profissional	ASB	Dentista	Cirurgião Dentista / Gestor	Usuária
Tipo de Instituição	Somente pública	Só pública	Só pública	UAPS Carlos Ribeiro
Tempo no SUS	18 anos	Desde 2005 (20 anos)	Desde 1994 (30 anos)	N/A (utiliza o serviço)
Tempo na Instituição Atual	18 anos	Desde 2006 (19 anos)	6 meses	32 anos
Vínculo Empregatício	Estatutário	Estatutário (Concurso)	Cargo comissionado	N/A
Vínculo Empregatício	Estatutário	Estatutário (Concurso)	Cargo comissionado	
Carga Horária Semanal	40 horas	40 horas semanais	40 horas	N/A

Nota: N/A – Não se aplica.

Fonte: Autoria própria.

5.4 Trajetória institucional da política Brasil Sorridente em Fortaleza-CE, na perspectiva de atores-chave

A partir da análise dos depoimentos dos participantes sobre a política de saúde bucal emergiram as seguintes categorias: 1. Dificuldades e desafios no acesso e cobertura dos serviços de saúde bucal; 2. Recursos humanos: qualificação, valorização e condições de trabalho; 3. Infraestrutura e insumos; 4. Modelo de assistência e foco da odontologia no SUS; 5. Evolução histórica e impacto das políticas de saúde bucal em Fortaleza.

5.4.1 Categoria 1: dificuldades e desafios no acesso e na cobertura dos serviços de saúde bucal

Esta categoria engloba as percepções sobre a dificuldade dos usuários em acessar os serviços odontológicos, a insuficiência da cobertura e os obstáculos no encaminhamento para níveis de atenção especializados.

Subcategoria 1 - Falta de profissionais e demanda reprimida

Os depoimentos coletados durante a pesquisa revelaram cenário crítico, no que se refere à força de trabalho e à capacidade de resposta da política de saúde bucal em Fortaleza. A insuficiência de profissionais nas equipes de saúde bucal da atenção primária emerge como uma das principais limitações enfrentadas no cotidiano dos serviços.

De acordo com os Agentes de Saúde Bucal (ASB), essa carência afeta diretamente o acesso da população aos atendimentos. Um dos participantes (ASB) destacou que, embora a unidade de saúde devesse contar com oito equipes odontológicas, apenas três estão efetivamente em funcionamento. Essa lacuna gera sobrecarga nas equipes existentes e resulta na não cobertura de parte significativa da demanda da comunidade. Essa percepção é corroborada por outro que também alerta para ausência de insumos, indicando que o problema vai além do déficit de pessoal, atingindo, também, a estrutura e os materiais necessários à prática clínica.

Do ponto de vista dos cirurgiões-dentistas, a escassez de profissionais é considerada a problemática central, como exemplificado no relato do entrevistado, que afirma ser essa a principal deficiência atual dos serviços, apesar de reconhecer a complexidade dos demais desafios estruturais. Soma-se a isso a menção recorrente à demanda reprimida, evidenciada

especialmente para atendimentos especializados (Dentista), que permanecem aquém das necessidades da população.

Esse descompasso entre a capacidade da atenção primária e a oferta de serviços especializados também foi abordado pelo gestor. O gestor apontou que os CEO não conseguiam absorver a totalidade dos encaminhamentos oriundos da atenção básica, resultando em gargalo que perpetua modelo assistencial centrado em intervenções mutiladoras. A cirurgia bucomaxilofacial é citada como a especialidade mais demandada e atendida, refletindo prevalência de casos em estágio avançado de necessidade clínica.

Além disso, o gestor destacou o descompasso entre a cobertura da atenção primária geral (78%) e a cobertura específica da saúde bucal, que girava em torno de 50%. Esse dado evidencia a desigualdade na estruturação dos serviços, sendo os recursos humanos e a disponibilidade de equipamentos apontados como limitantes para expansão da cobertura e melhoria da resolutividade do sistema.

Dessa forma, a subcategoria evidencia que a precarização dos serviços de saúde bucal em Fortaleza está diretamente relacionada à insuficiência de profissionais e à consequente formação de uma demanda reprimida, tanto na atenção básica quanto na atenção especializada, comprometendo a integralidade e a equidade do cuidado proposto pelas diretrizes do SUS.

Atualmente, a minha percepção é a falta de insumos e de profissionais. [ASB]

Muito grande a falta de profissionais em relação às equipes do posto. Nossa equipe tem que ter 8 equipes, no caso só tem os 3. Então falta muito profissionais porque fica muito paciente, às vezes sem atendimento, porque não dá para fazer a cobertura total. [ASB]

Eu acho que o déficit de pessoal, primeiro não é o recurso humano. Eu acho que tudo problemático, mas no momento eu acho que a principal problemática é a falta de profissionais. [Dentista]

Muita demanda reprimida, principalmente para alguns específicos. [Dentista]

Os Centros de Especialidade Odontológica não dão conta da capacidade que a atenção primária tem de encaminhar. Toda a vida que você aumenta a atenção primária, você vai gerar mais encaminhamentos para atenção especializada. Então, hoje, tirando pelo Estado do Ceará, se a gente for fazer a leitura da produção do CEO, a cirurgia bucomaxilo facial ainda é de longe a especialidade que mais é encaminhada e atendida. Caracterizando ainda um modelo tanto quanto o mutilador, mesmo na especialidade. [Gestor]

Hoje, salvo engano, a gente está com 78% de cobertura da atenção primária e 50 e poucos por cento de cobertura da atenção da saúde bucal. Por conta tem um limitante do equipamento. [Gestor]

Subcategoria 2 - Agendamento e "áreas descobertas"

Os relatos analisados nesta subcategoria revelaram duas dimensões centrais da experiência dos usuários e profissionais com a política de saúde bucal em Fortaleza: os avanços e persistentes desafios no agendamento de consultas; e a existência de "áreas descobertas", ou seja, territórios sem cobertura efetiva por profissionais dentistas.

Por um lado, observava-se melhoria perceptível nos mecanismos de agendamento, especialmente em comparação com práticas anteriores. Um dos depoimentos (ASB) destacou que anteriormente os pacientes precisavam chegar às unidades de saúde ainda na madrugada para conseguir uma ficha de atendimento, sem garantia de continuidade do tratamento. Essa situação resultava em interrupções frequentes nos cuidados odontológicos, o que comprometia a integralidade da atenção. Atualmente, segundo esse mesmo depoente, os usuários conseguiam agendar consultas de forma mais organizada e, inclusive, já saiam com o retorno marcado, o que contribuía para conclusão dos tratamentos iniciados.

Contudo, apesar dessa melhora pontual no processo de marcação, os depoimentos dos usuários revelaram que o acesso continua sendo dificultado, sobretudo para aqueles residentes em "áreas descobertas". Esses territórios, como explicado pelo pesquisador no diálogo com a usuária (Usuária), são regiões desassistidas pela presença de cirurgiões-dentistas, o que gera sentimentos de exclusão e frustração entre os moradores. A fala da usuária expressou essa insatisfação, ao questionar a lógica dessas "áreas descobertas", argumentando que tais lacunas na cobertura não deveriam existir dentro de um sistema que se pretende universal.

A vivência dessas barreiras foi sintetizada de forma emblemática pela usuária, que, ao comentar a demora na marcação, ironizou o termo "área descoberta", afirmando que o sistema deveria "cobrir, não descobrir". Essas falas evidenciaram não apenas os entraves operacionais, como também o sentimento de negligência e abandono vivido por usuários em territórios não contemplados plenamente pela política de saúde bucal.

Bom, apesar de ter poucos profissionais, dentista, eu acredito que esteja sendo melhor no conteúdo de marcação de consultas, porque antes tinha que chegar madrugada. Para tirar 01 ficha/consulta só para o dia. Naquele dia, se fazia um tratamento. Se tivesse um tratamento grande para fazer, ele tinha que vir um outro dia de madrugada e, muitas vezes, não conseguia e eles não conseguiam concluir o tratamento. E, agora, o paciente vem e não precisam vir de madrugada, agenda a consulta e se precisar de um retorno e já sai com o retorno na mão, aí fica mais difícil (sic. fácil) eles concluir. [ASB]

A dificuldade é demais. Porque está com quantos anos que é para mim coisar estes dentes? Certo que estava em reforma. Mas, é complicado! Porque eu sou área descoberta. Não sei que negócio é esse negócio de área de descoberta, que não é para existir. [Usuária]

É a área sem o profissional dentista. [Pesquisador para Usuária]

É, é Ó! É difícil. [Usuária]

Só a demora de marcar uma consulta, deste negócio é que a gente faz a área tal descoberta aí? É que era para cobrir, não é? Não descobri. [Usuária]

5.4.2 Categoria 2: Recursos humanos: qualificação, valorização e condições de trabalho

Esta categoria aborda as questões relacionadas à força de trabalho em saúde bucal, incluindo a carência de profissionais, a falta de valorização, as formas de contratação e o impacto na rotina de trabalho.

Subcategoria 1 - Carência e desvalorização profissional

Nesta subcategoria, os depoimentos evidenciaram quadro persistente de carência de profissionais e de desvalorização da força de trabalho, no âmbito da saúde bucal, em Fortaleza. As falas colhidas entre os trabalhadores e gestores do sistema de saúde revelaram percepção coletiva de negligência institucional, tanto em termos de reconhecimento profissional quanto nas condições estruturais de trabalho.

A Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) destacou a ausência de políticas efetivas de valorização profissional, mencionando especificamente a não implementação do piso salarial nacional (ASB), o que tem gerado frustração e desmotivação, além de comprometer o sentimento de pertencimento e reconhecimento no serviço público. A escassez de investimentos em educação continuada também foi pontuada (ASB), sinalizando que os profissionais tinham acesso limitado a processos de qualificação e aperfeiçoamento, elementos essenciais para manutenção da qualidade do atendimento e do engajamento no trabalho.

Além disso, a sobrecarga de trabalho gerada pela escassez de profissionais é acompanhada por vínculos empregatícios precários e salários considerados insuficientes. Um dentista entrevistado (Dentista) relacionou diretamente a precarização dos vínculos à baixa resolutividade dos serviços e à permanência da demanda reprimida. Para esse profissional, a odontologia ainda ocupa posição frágil dentro do SUS e requer investimentos mais robustos, para que possa efetivamente cumprir o papel dela dentro do modelo de atenção à saúde.

A perspectiva dos gestores confirma a dimensão estrutural do problema, ao apontarem a carência significativa de profissionais auxiliares como fator que impede a composição completa das equipes de saúde bucal. O gestor enfatiza a necessidade de

compreender a odontologia como trabalho em equipe, e não apenas centrado na figura do dentista. A escassez de ASBs e Técnicos de Saúde Bucal (TSBs) compromete diretamente a eficiência dos atendimentos. O gestor (Gestor) quantificou essa carência, afirmando déficit de 48 TSBs na rede municipal, o que inviabilizava a formação de equipes completas e, por consequência, limitava a capacidade operacional da rede. Essa situação, conforme mencionado, era de difícil justificativa, até mesmo do ponto de vista econômico.

Sim, a minha sugestão é que deveria ter mais segurança no posto. Contratação de mais profissionais e também a valorização dos profissionais, que os que os profissionais são muito desvalorizados. [ASB]

Não recebemos o piso nacional e veíamos lutando por isso há muitos anos e até agora nada. [ASB]

Sempre há necessidade. Toda a profissão tem que estar sempre tendo um aperfeiçoamento e está muito pouco para nós também. Ultimamente, não se está tendo aperfeiçoamento de nada para nós. [ASB]

Eu acho que primeiro de tudo é a falta da ampliação mesmo, com profissionais com salários dignos e os vínculos dignos. E tanto melhoraria a qualidade do serviço oferecido, como a demanda reprimida, que eu acho que é que a odontologia, ainda, é muito frágil dentro do SUS. Eu acho que precisava ampliar muito. [Dentista]

Eu acho que a primeira hoje nós temos uma carência muito grande do pessoal auxiliar. É questão da gente ver a odontologia como um todo. A gente tem carência de ASB, tem carência de TSB. [Gestor]

Hoje, eu tenho carência de 48 tsb's dentro da rede, então, você não tem equipe completa por falta do auxiliar e, economicamente, até difícil de você explicar. [Gestor]

Subcategoria 2 - Impacto das formas de contratação

Os depoimentos reunidos nesta subcategoria apontaram para os impactos diretos e indiretos das diferentes formas de contratação na política de saúde bucal em Fortaleza, especialmente no que diz respeito às condições de trabalho dos profissionais e à organização dos serviços. A trajetória contratual de profissionais de odontologia no município é marcada por vínculos precários e mudanças institucionais significativas, com destaque para atuação de cooperativas e organizações sociais (OS).

A dentista relatou a precariedade extrema vivenciada no vínculo anterior ao concurso público, por meio da cooperativa COOPSAÚDE. Segundo a profissional, tratava-se da relação de trabalho sem formalização legal, sem carteira assinada, férias ou qualquer tipo de garantia trabalhista. Esse cenário de informalidade, comum em períodos anteriores à realização de concursos, compromete não apenas os direitos dos trabalhadores, como também a continuidade e a estabilidade dos serviços prestados.

Com o advento das Organizações Sociais de Saúde (OSS), o modelo de gestão passou por nova reconfiguração. O gestor explica que, atualmente, uma OS é responsável por gerir 40 Unidades Básicas de Saúde (UBS), em Fortaleza, sendo encarregada tanto da contratação de profissionais — como dentistas e ASB — quanto da administração completa das unidades. Esse modelo, conhecido como “gestão completa”, transfere à OS atribuições que tradicionalmente pertenciam ao setor público, promovendo lógica mais empresarial na condução dos serviços.

Apesar de esse modelo proporcionar maior agilidade na contratação e certa padronização de processos, gestores, também, expressaram preocupações quanto aos efeitos dessa terceirização sobre os resultados em saúde. Como observou o entrevistado, embora os contratos de gestão das OS imponham metas de produção e indicadores de desempenho, ainda há carência de estudos que avaliem se essas intervenções têm impacto real e positivo nos perfis epidemiológicos das comunidades atendidas.

Era super precarizada. Era aquela COOPSAÚDE. Era nem terceirizado. Não, não era. Não tinha nem carteira nem nada, certo? Ela era, como é que? Não tinha nem férias, não tinha nada. [Dentista]

Teve. Teve o advento das OS. Hoje, você tem uma organização social que ela coordena 40 unidades básicas de saúde. Então, ela contrata o dentista, ela contrata ASB, ela gerencia a unidade, ela faz toda a gestão completa dentro do sistema. [Gestor]

Quando você trabalha CLT, você não tem esse processo. As OS trabalham com contrato de gestão que elas têm, padronização de produção que tem que apresentar à população, mas eu acho que carece de um estudo de fato, se esse nível de intervenção ele muda perfil epidemiológico de uma dada comunidade e região. [Gestor]

5.4.3 Categoria 3: Infraestrutura e insumos

Esta categoria explora as condições físicas das unidades de saúde, a disponibilidade de materiais e equipamentos, e como esses fatores impactam o atendimento.

Subcategoria 1 - Melhoria e deterioração da estrutura

Os relatos evidenciaram percepções distintas acerca das condições estruturais das unidades de saúde bucal, revelando avanços significativos em algumas localidades, ao passo que também apontam desafios persistentes. Os auxiliares de saúde bucal relataram transformação positiva no ambiente físico, destacando a migração de unidades em estado precário para espaços mais adequados e acolhedores, tanto para os usuários quanto para os

profissionais.

De forma semelhante, outro depoimento destaca a precariedade anterior das salas odontológicas, marcadas por mofo, equipamentos danificados e inadequações estruturais, e aponta melhorias após reformas. A percepção positiva das intervenções estruturais também foi reforçada por um cirurgião-dentista, que associou os avanços à gestão municipal.

No entanto, a complexidade da manutenção da infraestrutura também foi destacada, especialmente, no que tange à dependência de tecnologias específicas para o funcionamento dos serviços odontológicos. Um gestor ressaltou os altos custos e a vulnerabilidade do serviço diante de falhas em equipamentos essenciais.

Houve uma grande mudança que o posto estava muito acabado e a gente mudou para uma outra unidade, bem melhor e bem aconchegante para os pacientes e também para nossos profissionais. [ASB]

A sala da odontologia ela era muito deteriorada, já tinha muito mofo, eram os equipamentos que tinham muitos já antigos, muitos quebrados, piso também. Às vezes, as paredes eram inadequadas. E agora com esse novo, melhorou muito. [ASB]

Roberto Cláudio melhorou muito as estruturas físicas dos postos. [Dentista]

Outra questão é a dependência tecnológica da saúde bucal. Você quebra um compressor, você quebra uma cadeira, você pega um diafragmazinho daquele da cadeira, o ar não passa mais, a seringa tríplice está entrando água... Então, existe uma dependência tecnológica que torna a saúde bucal coletiva muito mais onerosa para o seu custeio diário. [Gestor]

Subcategoria 2 - Falta de insumos

A insuficiência de insumos foi apontada como entrave recorrente na prestação dos serviços odontológicos, impactando diretamente a resolutividade do cuidado. A escassez de materiais essenciais compromete a continuidade do atendimento e gera frustração tanto para os profissionais quanto para os usuários do serviço. Conforme relatado por uma auxiliar de saúde bucal. O depoimento revelou a fragilidade na logística e no fornecimento de recursos, evidenciando lacuna que interfere na efetividade das ações de saúde bucal, no âmbito da atenção primária. Essa realidade aponta para necessidade de uma gestão mais eficiente e planejada da cadeia de suprimentos, com vistas a garantir o acesso contínuo aos insumos indispensáveis ao cuidado odontológico.

É, é. Eles enfrentam assim a falta de insumos, por exemplo. Às vezes o paciente vem, não tem aquele material necessário para fazer o tratamento. [ASB]

5.4.4 Categoria 4: Modelo de assistência e foco da odontologia no SUS

Esta categoria discute a natureza do atendimento oferecido (promoção, prevenção, assistência), a integração das equipes, a qualidade percebida pelo usuário e a evolução do modelo de cuidado.

Subcategoria 1 - Integração e atividades da equipe

Os discursos revelaram percepções ambivalentes acerca da integração entre os profissionais das equipes de Saúde da Família e os integrantes da saúde bucal. Em alguns contextos, observou-se articulação efetiva, com desenvolvimento de ações conjuntas em espaços comunitários e escolares, bem como no cuidado individualizado de grupos prioritários, como gestantes e idosos. Uma auxiliar de saúde bucal destacou. Na mesma perspectiva, outro trecho do relato da mesma participante evidenciou experiências concretas de atuação interprofissional.

Por outro lado, alguns profissionais relataram limitações na integração, atribuídas especialmente à sobrecarga de atendimentos clínicos, que inviabiliza o desenvolvimento de ações coletivas e interdisciplinares. Outro depoimento corrobora essa percepção, ao apontar lacuna na articulação entre a equipe de saúde bucal e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), especialmente, no que tange às ações de promoção da saúde.

É a nossa equipe sempre é muito bem integrada. Saúde bucal com a equipe médica.
[ASB]

Lembro! A gente faz sempre integrações nas escolas com as escovações, né? Que vai dentista, vai ASB, vai médica. Às vezes, vai enfermeiras. E, às vezes, as agentes de saúde acompanham a gente para fazer a visita domiciliar aos idosos que necessitam do acompanhamento dentário. Também faz atividades coma as gestantes. Essa comunicação entre o enfermeiro, o médico. Isso existe sim. [ASB]

Não. Não, até porque a gente está sobrecarregado de atendimento clínico e não sobra tempo para fazer essa integração. [...] Eu acho que antigamente eram mais integrados.
[Dentista]

Eu acho também que essa parte da promoção de saúde, eu acho que o que os dentistas deveriam assim envolver mais os outros profissionais da unidade, como os ACS, porque a gente vê que o ACS faz muito isso para a área da medicina, da enfermagem e para a gente não falar isso. [Dentista]

Conforme observado nos depoimentos, o modelo de assistência odontológica no SUS apresenta avanços importantes, sobretudo quando há integração efetiva entre equipes multiprofissionais e o fortalecimento das ações de promoção e prevenção em saúde bucal.

Entretanto, os relatos também evidenciam fragilidades, especialmente relacionadas à sobrecarga de atendimentos clínicos, que limitam a realização de atividades coletivas e interdisciplinares. Essa dualidade revela que, embora existam experiências exitosas de articulação no cuidado de grupos prioritários, como gestantes, idosos e escolares, ainda há necessidade de consolidar estratégias que garantam maior equilíbrio entre a demanda assistencial e as práticas preventivas. O fortalecimento da interdisciplinaridade, aliado ao reconhecimento do papel dos Agentes Comunitários de Saúde na promoção da saúde bucal, mostra-se fundamental para que o SUS avance rumo a um modelo de cuidado mais integral, resolutivo e equânime.

Subcategoria 2 - Foco curativo vs. preventivo e percepção do usuário

Os relatos dos participantes revelaram crítica recorrente à prevalência do modelo assistencialista e curativista no cuidado odontológico ofertado no sistema público de saúde. Esse modelo, segundo os depoentes, intensificou-se, nos últimos anos, especialmente com a inserção de Organizações Sociais (OS) na gestão dos serviços e com o impacto da pandemia da Covid-19, o que resultou em uma diminuição das ações programáticas e preventivas. Outro profissional reforçou esse entendimento, ao destacar o predomínio dos atendimentos de urgência e a conseqüente negligência das ações de promoção da saúde.

Essa lógica de atuação repercute também na forma como os usuários percebem e buscam os serviços odontológicos, priorizando o atendimento imediato para demandas pontuais, como evidenciado pelo comentário de um dentista.

A persistência de práticas ultrapassadas e a defasagem tecnológica também foram mencionadas como indícios de estagnação do cuidado coletivo em saúde bucal, como apontado por um gestor. Além disso, ressaltou-se a importância de ampliar a pauta da saúde bucal para além dos profissionais da odontologia, incluindo-a como demanda coletiva da população.

Por fim, um dos gestores entrevistados refletiu sobre a invisibilidade da perspectiva do usuário nas decisões que envolvem a organização do cuidado em saúde bucal, questionando a ausência de escuta ativa e estratégias que considerem as reais necessidades e expectativas.

Por outro lado, eu acho que de um tempo para cá, com as OS, os terceirizados, focam muito no assistencialismo e saiu muito da proposta, que é a estratégia saúde da família. Entendeu? [Dentista]

Eles querem pontual, porque a gente vê que as agendas são abertas com 3 meses. Quando chega no fim, faltam muito. Eles faltam muito. Até porque, é isso que eu digo, nas últimas gestões eles focam, principalmente no pós pandemia. A gente passou a

fazer muito pronto atendimento e deixou muito o programa de lado e agora está assim. Eles só buscam mais coisas pontuais. O que está incomodando agora, que é para ontem. Entendeu assim que não é promoção, mas mais assistencialismo. [Dentista]

Com certeza! [Dentista]

A gente ainda está, em 1980, na saúde bucal coletiva pública, trabalhando com as restaurações, trabalhando ainda com amálgama, trabalhando ainda com procedimentos que há um tempo a odontologia privada já relegou, já ultrapassou. [Gestor]

Hoje, é alguém um desafio que nós temos. Fazer com que se perceba a odontologia. Ela tem que ser uma pauta não só dos dentistas, ela tem que ser uma pauta da população. [Gestor]

O usuário é uma questão nessa equação que menos tem sido pautado na cobertura de saúde bucal. Não só de Fortaleza, mas como um todo. Então, parece que a gente está discutindo qual é a forma de contratação, mas o que é que é melhor para ele? Qual seria a melhor forma para ele? Como ele vê a odontologia? Há diferença disso para ele? O que que eu espero quando eu esteja lá dentro da unidade. A percepção ainda é uma coisa muito difícil de eu conseguir uma consulta odontológico. E se eu conseguir, vai ser só um tratamento, uma restauração. [Gestor]

Em conclusão, os relatos analisados evidenciam que o cuidado odontológico no sistema público de saúde ainda se encontra fortemente marcado por um modelo assistencialista e curativista, intensificado pela atuação das Organizações Sociais e pelos efeitos da pandemia da Covid-19. Essa lógica, centrada em atendimentos de urgência e em tecnologias defasadas, tem limitado o avanço das ações programáticas e preventivas, além de reforçar uma percepção restrita da odontologia pelos usuários, que a associam apenas à resolução imediata de problemas. Soma-se a isso a carência de escuta ativa e de estratégias que incorporem as reais necessidades da população, revelando a urgência de reposicionar a saúde bucal como pauta coletiva e estratégica dentro do SUS. O fortalecimento de práticas inovadoras, integradas e participativas mostra-se essencial para superar a estagnação e avançar em direção a um cuidado mais equânime, integral e alinhado às expectativas sociais.

Subcategoria 3 - Qualidade do atendimento

Os depoimentos das usuárias revelaram percepções positivas em relação à qualidade do atendimento recebido nos serviços públicos de saúde bucal. Apesar das possíveis limitações estruturais, como o atendimento em áreas descobertas, as participantes destacaram o acolhimento e a atenção dispensada pelos profissionais como aspectos determinantes para a satisfação com o cuidado recebido. Uma das usuárias afirmou de forma entusiástica, evidenciando que, mesmo diante de condições adversas, a qualidade relacional do atendimento

foi valorizada. Outro relato reforçou esse sentimento de reconhecimento e aprovação.

Essas manifestações indicaram que, para as usuárias entrevistadas, a experiência de cuidado é influenciada não apenas pelas condições físicas ou pela resolutividade técnica, mas também pela forma como são recebidas e tratadas pelas equipes. Esses aspectos relacionais se configuram como elementos centrais para avaliação positiva do serviço, demonstrando a relevância da humanização no atendimento odontológico, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Ah, eu achei ótimo, muito ótimo. [Usuária]

Gostei, Ave Maria. Porque todas elas que me atendiam mesmo sendo na área descoberta, mas foi muito bom. [Usuária]

É ótimo. Eu gosto. OK? Muito bem atendido. [Usuária]

Em síntese, o modelo de atenção à saúde bucal no SUS revela coexistência de avanços e desafios: de um lado, experiências exitosas de integração multiprofissional e relatos positivos de usuárias, que valorizam o acolhimento e a humanização no cuidado; de outro, a persistência de um enfoque assistencialista, agravado pela sobrecarga dos serviços, pela inserção de Organizações Sociais na gestão e pelos impactos da pandemia, que reduziram as ações preventivas e programáticas. A permanência de práticas ultrapassadas e a limitada escuta das necessidades reais da população evidenciam a necessidade de reorientar o cuidado, incorporando inovação, fortalecimento da prevenção e maior participação social. Assim, superar a dicotomia entre assistência imediata e promoção da saúde exige consolidar um modelo mais integral, resolutivo e equânime, capaz de garantir à saúde bucal o lugar estratégico que lhe cabe no âmbito do SUS.

5.4.5 Categoria 5: Evolução histórica e impacto das políticas de saúde bucal em Fortaleza

Esta categoria analisa as mudanças na implementação da política de saúde bucal ao longo do tempo, sob diferentes gestões municipais e o impacto dessas mudanças no sistema.

Subcategoria 1 - Início e expansão da saúde bucal no SUS de Fortaleza

Os depoimentos dos gestores entrevistados resgataram aspectos históricos importantes relacionados à implantação e expansão da saúde bucal, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Fortaleza. As falas destacaram que as primeiras equipes de

saúde bucal foram estruturadas durante a gestão municipal da prefeita Luizianne Lins, sendo este marco inicial para inserção da odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF), na capital cearense.

Ainda, segundo os relatos, esse processo de implantação teve início com a criação de cem equipes alocadas em áreas de maior vulnerabilidade social, contratadas diretamente pela prefeitura. Posteriormente, foi realizado o primeiro concurso público municipal voltado à estruturação da atenção básica, que viabilizou a ampliação do quadro profissional com a nomeação de centenas de médicos e cirurgiões-dentistas.

No governo da Luizianne, foram as primeiras equipes de saúde bucal de Fortaleza. [Gestor]

Quando nós iniciamos, nós iniciamos com as primeiras equipes de saúde do bucal de Fortaleza. Foram 100 equipes em áreas de risco dentro da cidade de Fortaleza. [...] Era com contrato direto da prefeitura, enquanto nós organizávamos o primeiro concurso público de Fortaleza para isso. E, logo, na primeira chamada, nós colocamos 350 médicos e 250 dentistas. [Gestor]

A evolução da saúde bucal em Fortaleza reflete um processo histórico marcado pela inserção gradual da odontologia na Estratégia Saúde da Família e pela ampliação do acesso em territórios de maior vulnerabilidade social. A criação das primeiras equipes de saúde bucal na gestão municipal de Luizianne Lins representou marco para consolidação da política local, posteriormente fortalecida com a realização de concursos públicos que estruturaram a rede de atenção básica e garantiram maior estabilidade profissional. Esse percurso evidencia que os avanços na saúde bucal do município estão diretamente relacionados às decisões políticas e de gestão, ressaltando a importância da continuidade institucional e do compromisso público para assegurar a efetividade das ações preventivas e assistenciais, em consonância com os princípios do SUS.

Subcategoria 2 - Mudanças de gestão e os respectivos impactos

As mudanças de gestão política municipal ao longo dos anos foram percebidas pelos profissionais como eventos determinantes para a reorganização dos serviços de saúde bucal em Fortaleza, impactando tanto a infraestrutura das unidades quanto o modelo assistencial adotado. Um dos cirurgiões-dentistas entrevistados pontuou que, durante a gestão de Roberto Cláudio, houve avanços significativos na reestruturação física das unidades de saúde. Contudo, também foi destacado que, na administração subsequente, houve redirecionamento das práticas

para um modelo mais centrado em atendimentos curativos e imediatistas, em detrimento das ações programáticas.

Os relatos, também, evidenciaram tensões entre categorias profissionais e o poder público, no que se refere à carga horária e à organização do processo de trabalho, especialmente após a saída da prefeita Luizianne Lins. Um gestor destacou o tensionamento ocorrido com os médicos em relação ao controle de ponto e à jornada semanal, o que repercutiu na forma de organização da agenda dos dentistas e enfermeiros. Como consequência, observou-se a adoção de escalas com jornadas corridas, em que dois profissionais atuavam em turnos distintos, o que, apesar de ampliar a cobertura horária de atendimento, dificultou o trabalho em equipe e comprometeu a articulação das ações no território.

Adicionalmente, outro fator apontado como impacto das lutas sindicais foi a inclusão de horas destinadas à educação permanente e às chamadas “atividades especiais”, o que resultou em modelo de atendimento concentrado em quatro dias úteis, com o quinto dia reservado para atividades não clínicas. Para um dos gestores, essa reorganização, embora legítima, contribuiu para o enfraquecimento do vínculo entre os serviços de saúde bucal e a rede de atenção, além de acentuar o caráter fragmentado do cuidado.

Luizianne Lins [foi] no mandato. [...] Aí, depois passou para o Roberto Cláudio houve mudança nesse momento do Roberto? Roberto Cláudio melhorou muito as estruturas físicas dos postos. E aí, principalmente, eu acho que ali na gestão do Sarto, a gente ficou realmente muito focado no assistencialismo e esquecer um pouco do programa. [Dentista]

E de lá para cá, quando Luizianne sai, há um outro modelo e houve um tensionamento, não é? É importante que diga, houve um tensionamento pela pelo ponto, pela gestão do ponto. Os médicos tensionaram e aí houve uma flexibilização do prefeito por conta do desse ponto. De ser 40 horas semanas, mas passar para 06 horas diárias. E as demais categorias, enfermeiros e dentistas, reivindicaram o mesmo tratamento que os médicos. Com isso é a gente passou a trabalhar em horário corrido. Um dentista pela manhã e outro pela manhã concorrendo às 12:00 de atendimento, ampliou o atendimento, mas dificultou trabalhar em equipe. [Gestor]

Atrelado a isso, você teve também, a reboque das lutas das categorias a questão da inclusão das 04 horas de educação permanente e mais as 04 horas de atividades especiais reduzindo o atendimento para 4 dias de 6 horas de horário corrido e um dia que era 4 horas voltado para as outras atividades. A meu ver, isso é virou um pronto atendimento com dificuldade de interligação com o restante da rede. [Gestor]

Conforme observado, a análise evidencia que as mudanças de gestão política em Fortaleza tiveram papel decisivo na configuração dos serviços de saúde bucal, tanto no que diz respeito à infraestrutura quanto ao modelo assistencial adotado. Se, por um lado, houve avanços estruturais importantes durante determinadas administrações, por outro, o redirecionamento para práticas mais centradas no assistencialismo comprometeu a continuidade das ações

programáticas. Além disso, as tensões entre categorias profissionais e o poder público, somadas à reorganização das jornadas de trabalho e à fragmentação das atividades, fragilizaram o vínculo entre equipes e territórios, dificultando a articulação com a rede de atenção. Esse cenário reforça a necessidade de políticas estáveis e integradoras, que transcendam ciclos de gestão e garantam um cuidado em saúde bucal mais contínuo, integral e alinhado aos princípios do SUS.

Subcategoria 3 - Impacto das Organizações Sociais (OS)

A inserção das Organizações Sociais (OS) como modelo de gestão no âmbito da saúde pública em Fortaleza foi percebida por parte dos entrevistados como fator de fragilização das relações de trabalho e de enfraquecimento da política de saúde bucal. Alguns profissionais associaram a adoção desse modelo a uma ruptura com princípios estruturantes do SUS, como a vinculação profissional e a continuidade do cuidado, conforme apontado por um dentista. Esse relato revelou a percepção de que a lógica centrada em metas, embora justificável em tese, torna-se inviável na prática diante da precariedade de infraestrutura e da insuficiência de recursos humanos.

A perspectiva da gestão, por sua vez, trouxe dimensão financeira à discussão. Um dos entrevistados evidenciou que o custo de manutenção das equipes, por meio das OS, tem se mostrado inferior ao do modelo tradicional, ao comparar a cobertura de gastos com equipes médicas da ESF entre os dois arranjos institucionais. Entretanto, esse gestor também reconhece que a economia aparente vem acompanhada de desafios estruturais relevantes, como a alta rotatividade dos profissionais e a fragilidade dos vínculos trabalhistas. Essa redução de custos, longe de ser neutra, repercute diretamente sobre os trabalhadores, que frequentemente atuam sob contratos precários e vivenciam instabilidade nas relações de trabalho. Esse cenário compromete não apenas a segurança profissional, como também a longitudinalidade do cuidado e o fortalecimento do vínculo entre equipes e usuários, elementos essenciais para efetividade das ações de saúde bucal no SUS.

Ademais, foi citado exemplo específico de tentativa de arranjo institucional – a Fundação de Apoio à Gestão Integrada em Saúde de Fortaleza (FAGIFOR) – que, apesar de inicialmente concebida para otimizar a gestão de recursos e serviços, foi descontinuada por não alcançar os resultados esperados.

Eu acho que uma coisa muito ruim, que realmente lá em 2004 não se tinha. Também, não sei dizer qual foi o ano, foram as OS, as organizações sociais. Eu acho que elas vêm aí para enfraquecer e para bagunçar, que nem sempre. Tinham. Agora, essas formas de essas últimas formas de financiamento. Também não. Não dando

obrigatoriedade do município a repassar isso para os profissionais. É muito ruim e também o que não Era Para Ser ruim, mas é ruim porque esse financiamento é muito baseado nessas metas que estaria OK, entendeu? Se tivesse estrutura para bater e se estivesse pessoal para bater. [Dentista]

Esse mesmo dado que eu estou lhe dizendo de 49% que eu pego do PSF, da equipe médica. Quando eu vou para OS é 78% que cobre. Então, eu tenho que aportar muito menos se eu fosse compor hoje com as OS do que se eu fosse compor hoje com o servidor. Agora tem a rotatividade, é a questão da quebra do vínculo. Tem outros fatores agregados que a gente precisa, quer dizer assim, estudar para poder saber se tem um. [Gestor]

Esses arranjos institucionais, eles, às vezes, são feitos um pouco afobados, vista a FAGIFOR, que foi criada a recentemente e agora já foi extinta por não se materializar a economia e o ganho que se teria com essa forma de contratação. [Gestor]

De acordo com o apresentado, a trajetória da política de saúde bucal em Fortaleza evidencia avanços importantes, como a implantação das primeiras equipes de saúde bucal e os investimentos em infraestrutura em determinadas gestões, mas também revela fragilidades estruturais e institucionais que comprometem a consolidação de um modelo de cuidado integral. As mudanças de governo impactaram diretamente a organização do trabalho e o direcionamento das práticas, ora priorizando ações programáticas, ora reforçando o assistencialismo, o que resultou em descontinuidade nas estratégias e fragmentação da atenção. A inserção das Organizações Sociais, embora apresentada como alternativa financeiramente mais viável, trouxe implicações negativas relacionadas à precarização dos vínculos, à alta rotatividade profissional e à instabilidade no cuidado, comprometendo a longitudinalidade e o fortalecimento do vínculo com os usuários. Esses elementos reforçam a necessidade de políticas públicas mais estáveis e comprometidas com os princípios do SUS, capazes de garantir continuidade, equidade e qualidade no cuidado em saúde bucal.

6 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL SORRIDENTE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE: DISCUSSÃO SOBRE OS ELEMENTOS DA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE

6.1 Gênese, objetivos e contexto político da Brasil Sorridente em Fortaleza

A Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente, foi implementada em 2004, pelo Ministério da Saúde, reorientando o modelo de atenção em saúde bucal e reforçando a necessidade de integração da odontologia na Atenção Básica (Lessa *et al.*, 2010). Esse modelo enfatiza o planejamento, a avaliação e o monitoramento das ações por meio de indicadores de saúde bucal, que foram propostos em 2006 e pactuados por estados e municípios (Lessa *et al.*, 2010). Em Fortaleza, a política nasceu em um contexto de expansão e reestruturação do SUS, com a inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) e a valorização do serviço público, por meio de concursos.

Os objetivos claros da política para Fortaleza incluíam a universalização do acesso, a integralidade do cuidado e a redução de desigualdades, conforme as diretrizes. No entanto, o contexto político, com mudanças de gestão, tensões relacionadas à carga horária dos profissionais e, principalmente, a ascensão das Organizações Sociais (OS), demonstrou ser fator modelador crucial da política, influenciando execução e foco. A própria institucionalização da PNSB é considerada frágil, dependendo fortemente das conjunturas governamentais e das mudanças nas coordenações nacionais (Chaves *et al.*, 2018).

6.2 Relações de forças políticas e econômicas e modelos de gestão

A investigação das relações de forças políticas e econômicas revelou disputas em torno do financiamento e dos modelos de gestão da saúde bucal em Fortaleza. A introdução das Organizações Sociais (OS) é um ponto de crítica significativo, com dentistas as considerando "muito ruim", por "enfraquecer e bagunçar" a política, focando no assistencialismo e se afastando da proposta da ESF. Embora as OSs contratem por CLT e possam cobrir mais do custo salarial, o gestor apontou que elas geravam alta rotatividade e quebra de vínculo, sendo esse modelo de gestão alvo de controvérsia e debates no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, ao longo dos anos. A extinção da FAGIFOR foi citada como exemplo de "arranjos" que não materializaram a economia esperada.

O Estado brasileiro, nas múltiplas esferas, tem optado por manter um sistema fracamente articulado, dissipando energias em disputas institucionais, com iniciativas de integração frequentemente falhando e permanecendo como "promessas de um eterno porvir", o que pode ser relacionado ao "eterno presente" da segurança pública (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2015). Essa dificuldade de efetivar reformas no ordenamento jurídico nacional, para adequação à moralidade vigente, corrói a capacidade regulatória do Estado e imobiliza sua ação executiva, especialmente na área social que demanda menos burocracia e mais resultados concretos (Brasil, 2015).

O cenário político mais amplo, especialmente nos governos Temer e Bolsonaro, acelerou o desmonte do Estado brasileiro, com cortes orçamentários e propostas que visam à privatização ou à subordinação do SUS ao mercado (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, 2020). Há defesa da privatização em geral como forma de alcançar eficiência econômica e equilíbrio das contas públicas, e a política de saúde tem sido alvo de fortes pressões para conversão dos direitos sociais à lógica mercadológica (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020).

6.3 Fragilidades da política nacional de saúde bucal Brasil Sorridente, no âmbito do SUS, no município de Fortaleza-CE

As percepções dos entrevistados convergiram para a existência de barreiras significativas no acesso aos serviços odontológicos em Fortaleza, ressaltando a insuficiência de cobertura e os obstáculos no acesso à primeira consulta, além de problemas crônicos, como longas filas e falta de acessibilidade física para pessoas com deficiência (Chaves *et al.*, 2018). Estudos em Fortaleza evidenciaram que as precárias condições de vida dificultam a priorização do cuidado em saúde bucal, sendo a ida ao dentista percebida como luxo, e a deterioração da saúde bucal resulta em marcas de iniquidade social que prejudicam a autoestima e a inclusão (Moreira; Nations; Alvez, 2007). A prevalência de crianças com CPO-D acima da média em áreas com baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) ressalta a persistência das desigualdades sociais e econômicas na saúde bucal no território (Saldanha, 2021).

O financiamento e a alocação de recursos são elementos críticos para a política, com questões orçamentárias, falta crônica de insumos, atrasos em licitações e impacto de políticas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional 95, que congelou as despesas primárias por 20 anos (Chaves *et al.*, 2018; Bravo; Pelaez; Menezes, 2020). A saúde pública no Brasil é, geralmente, vista como "menos prestigiada pelos gastos governamentais", gastando-se pouco e mal (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2015). A redução discreta no

financiamento federal, em 2017, comparada a 2016, aponta inconsistência entre o aporte financeiro e pouco avanço na implantação e nos resultados da política, levantando questões sobre a efetividade do investimento (Chaves *et al.*, 2018).

As lacunas entre o planejamento e a execução são evidentes, com a formalização de planos e diretrizes, como as Diretrizes Municipais de 2009 e o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, contrastando com os desafios persistentes na implementação efetiva, incluindo problemas de acesso, falta de insumos e carência de profissionais (Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2017). Essa dissonância sugere que a institucionalização da PNSB ainda é frágil, dependendo fortemente das conjunturas governamentais e das mudanças nas coordenações nacionais (Chaves *et al.*, 2018). Além disso, o controle social, apesar de momentos de protagonismo do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF), na aprovação de diretrizes, enfrentou tensões e conflitos com a gestão municipal, incluindo interferências políticas, dificuldades de acesso à informação e luta por autonomia, refletindo tendência nacional de ataques às instâncias de participação e controle social (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020).

6.4 Potencialidades política nacional de saúde bucal Brasil Sorridente, no âmbito do SUS, no município de Fortaleza-CE

Apesar das fragilidades, a política Brasil Sorridente em Fortaleza apresenta potencialidades significativas. A institucionalização da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), desde 2000, é um avanço, e as Equipes de Saúde Bucal (ESB) têm demonstrado incorporação das bases conceituais da ESF e do SUS (Cruz *et al.*, 2009). A participação de cirurgiões-dentistas nos Conselhos Locais de Saúde é notável, indicando engajamento no controle social (Cruz *et al.*, 2009). A elaboração e publicação da Linha Guia em Saúde Bucal pela Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, estabelecendo fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, é um trabalho de excelente qualidade, embora a implantação exija compromisso e liderança (Secretaria Municipal de Saúde, 2016).

Os objetivos de universalização do acesso, integralidade do cuidado e redução de desigualdades são claros nas diretrizes da política. A percepção de "ótimo" atendimento por parte da usuária, apesar dos desafios sistêmicos, sugere a dedicação e qualidade dos profissionais na ponta. Iniciativas como o Projeto Bebê Clínica Odontológica e a atenção à saúde bucal da gestante são exemplos de ações preventivas e direcionadas. O município também

tem trabalhado no fortalecimento da Educação Permanente dos profissionais, através de cursos presenciais e virtuais, visando constante busca de conhecimento e informação pertinente à prática em saúde bucal coletiva (Saldanha, 2021; Cruz *et al.*, 2009).

6.5 Recomendações para melhoria da política nacional de saúde bucal Brasil Sorridente, no âmbito do SUS, no município de Fortaleza-CE

Para melhoria da Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente em Fortaleza, é imperativo que as ações recomendadas priorizem a superação das barreiras estruturais identificadas. Isso inclui a garantia de financiamento estável e adequado, revogando contrarreformas e emendas constitucionais que congelam investimentos sociais, e defendendo o aumento do financiamento público para o SUS em todas as áreas de atuação, com percentuais específicos para União, estados e municípios (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020).

É essencial valorizar e fixar os profissionais, por meio de concursos públicos e condições de trabalho dignas, reduzindo a alta rotatividade gerada por modelos de gestão precários, como a contratação, via Organizações Sociais. O fortalecimento e a autonomia do controle social são essenciais, combatendo ataques às instâncias de participação e assegurando que as decisões sobre políticas públicas sejam tomadas de forma democrática e com a efetiva participação popular (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020).

A política deve priorizar a equidade no acesso aos serviços, reformulando a Política Nacional de Saúde Bucal para superar as desigualdades de utilização, com investimentos crescentes e efetivos no âmbito público para alcançar a universalização e a integralidade do acesso (Galvão *et al.*, 2022). A articulação efetiva entre planejamento e execução é fundamental, garantindo que os planos e as diretrizes se traduzam em ações concretas que melhorem a oferta de serviços, a disponibilidade de insumos e a adequação da infraestrutura (Lessa; Vettore, 2010; Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2017). Por fim, é necessário olhar crítico sobre as soluções de mercado que podem comprometer o caráter público e universal da saúde, defendendo sistema de saúde público, estatal, gratuito e para todos (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020).

6.6 Limitações do estudo

Apesar das contribuições significativas para compreensão da implementação da PNSB, no município de Fortaleza-CE, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser

consideradas na interpretação dos resultados e na formulação de recomendações. A principal limitação diz respeito à abrangência local da pesquisa, restrita a uma única regional de saúde do município de Fortaleza. Embora essa delimitação tenha permitido análise aprofundada e contextualizada da realidade local, os achados não podem ser generalizados para outras regionais de saúde, com realidades sociopolíticas e estruturais distintas.

Outro aspecto a ser destacado se refere ao número limitado de participantes no componente qualitativo da avaliação. Embora os sujeitos tenham sido estrategicamente selecionados pelo envolvimento direto com a política avaliada, o reduzido número de entrevistados pode restringir a amplitude das perspectivas captadas, especialmente, no que tange à diversidade de experiências e percepções sobre os impactos da política nos diferentes territórios da cidade.

Outrossim, a dependência de fontes documentais institucionais – como atas do Conselho Municipal de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão – pode refletir, em parte, as limitações próprias desses registros, que, por vezes, não contemplam aspectos implícitos das decisões políticas ou omitem tensões e disputas presentes no processo de implementação. Soma-se a isso o desafio da análise retrospectiva de um período de duas décadas, o que pode incorrer em lacunas ou variações na qualidade e disponibilidade das informações.

Por fim, cabe destacar que, em virtude dos recursos e do tempo disponíveis para a realização do estudo, não foi possível ampliar a escuta de outros segmentos da população usuária dos serviços, o que poderia ter enriquecido a compreensão das percepções sobre acesso, qualidade e resolutividade da atenção em saúde bucal.

Reconhecer essas limitações não compromete a relevância da pesquisa, mas reforça a importância de novos estudos que aprofundem a análise da PNSB, em outros contextos territoriais, com a inclusão de múltiplos atores sociais e metodologias complementares, de modo a ampliar o escopo das evidências sobre os desafios e as potencialidades da política em questão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: POTENCIALIDADES E LIMITES DA POLÍTICA BRASIL SORRIDENTE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

A análise aprofundada da Política Brasil Sorridente em Fortaleza, a partir das diversas perspectivas dos atores e do histórico documental, revelou cenário complexo, marcado por avanços e desafios persistentes, que responderam aos objetivos desta dissertação.

Em relação à **gênese, aos objetivos e ao contexto político**, observou-se que a política nasceu em um contexto de expansão e reestruturação do SUS, em Fortaleza, com a inserção da saúde bucal na ESF e a valorização do serviço público, por meio de concursos. Os objetivos de universalização do acesso, integralidade do cuidado e redução de desigualdades são claros nas diretrizes. No entanto, o contexto político, com mudanças de gestão, tensionamentos por carga horária e, principalmente, a ascensão das Organizações Sociais, demonstrou ser fator modelador importante da política, influenciando a execução e o foco.

Acerca das **relações de forças políticas e econômicas**, a investigação revelou as disputas em torno do modelo de gestão (concurso público *versus* terceirização/OS). O subfinanciamento crônico do SUS e as diferenças nas coberturas do incentivo ministerial para equipes de saúde bucal e da ESF configuram cenário que se agravou com as mudanças na política econômica do país no período pós-golpe, as quais impactaram diretamente o financiamento da Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, gestores municipais buscaram paliar tais restrições, insistindo em modelos de gestão por Organizações Sociais, frequentemente sustentados pela lógica de metas, mas que resultaram em vínculos precários e alta rotatividade de profissionais. Soma-se a isso a reforma trabalhista, que ampliou a possibilidade de terceirização de atividades-fim, aprofundando a fragilidade das relações de trabalho e comprometendo a continuidade do cuidado. Paralelamente, a luta dos profissionais por valorização e pelo piso nacional, bem como a atuação do controle social (CMSF) na fiscalização e no debate dessas questões, ilustram as tensões e resistências que permeiam as relações de força políticas nesse cenário.

Sobre as **fragilidades da política**, a persistente carência de profissionais (dentistas, ASBs, TSBs) e a demanda reprimida são fragilidades crônicas. A precariedade de insumos e a dependência tecnológica com alto custo de manutenção mantêm a odontologia pública aquém do desejado. As formas de contratação via OS, com rotatividade e ruptura de vínculo, são vistas como enfraquecedoras do programa. A concentração no modelo assistencial-curativo, em detrimento da promoção e prevenção, é um desvio da proposta da ESF e do Brasil Sorridente.

A falta de integração plena das equipes por sobrecarga e a existência de "áreas descobertas" que impedem o acesso são barreiras fundamentais à equidade.

Em relação às **potencialidades da política**, houve melhorias significativas na estrutura física de algumas unidades e nos sistemas de agendamento de consultas, eliminando a necessidade de "madrugar". O investimento em concursos públicos em períodos anteriores buscou a estabilidade e a qualidade do serviço. A intenção de integrar a saúde bucal na ESF e o reconhecimento formal da área como prioritária nas políticas municipais são avanços. A percepção de "ótimo" atendimento por parte da usuária, apesar dos desafios sistêmicos, sugere a dedicação e qualidade dos profissionais na ponta. Iniciativas como o Projeto Bebê Clínica Odontológica e a Atenção à Saúde Bucal da Gestante são exemplos de ações preventivas e direcionadas.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G. *et al.* Perspectives on social and environmental determinants of oral health. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, EUA, v. 18, n. 24, p. 13429, 2021.
- AGGERYD, T. Goals for oral health in the year 2000: cooperation between. WHO, FDI and the national dental associations. **International Dental Journal**, EUA, v. 33, p. 55-59, 193.
- AL-HOSANI, E.; RUGG-GUNN, A. Combination of low parental educational attainment and high parental income related to high caries experience in preschool children in Abu Dhabi. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, EUA, v. 26, p. 31-36, 1998.
- ALKIN, M. C. **Evaluation roots: a wider perspective of theorists' views and influences**. 2nd ed. Los Angeles: Sage, 2013.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 42, p. 244-260, 2018.
- ALVES, R.X. *et al.* Evolução do acesso à água fluoretada no estado de São Paulo, Brasil: dos anos 1950 à primeira década do século XXI. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 69-80, 2012.
- ALVES, D. C. B. *et al.* Odontologia no esporte: conhecimento e hábitos de atletas do futebol e basquetebol sobre saúde bucal. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [S.l.], v. 23, n. 5, p. 407-411, 2017.
- AMARAL, C. O. F. *et al.* Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 67, n. 2, p. 107-111, 2013.
- ANUÁRIO DO CEARÁ. **Gestão municipal: quais são as 12 secretarias regionais de Fortaleza: Anuário**, 2024.
- ARNOLD, F.A.; LIKINS, R.C.; RUSSEL, A.L.; SCOTT, D.B. Fifteenth years of the Grand Rapids fluoridation study. **J Am Dental Assoc.**, EUA, v. 65, p. 780-85, 1962.
- BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, B. T. S.; BRITO, Â. E. C. B. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. **O Social em Questão**, [S.l.], v. 22, p. 67-86, 2019.
- BASSO, M. B. *et al.* A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 2155-2165, 2019.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez Editora, 2017.

BELLONI, I. *et al.* **Metodologia de avaliação em políticas públicas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2003.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. **Qualitative research for education: an introduction to the oryand methods**. Boston: Allynand Bacon, 1982.

BONFIM, P. Entre o público e o privado: as estratégias atuais no enfrentamento à questão social. **Revista Katálysis**, [S.l.], v. 13, p. 270-275, 2010.

BORGES, C. M.; COELHO, T. T.; ROCHA, M. P. Os desafios para a atenção em saúde bucal dos idosos no Sistema Único de Saúde. **Saúde.Com**, Jiquié, v. 20, n. 1, p. 3055-3064, 2024.

BOURDIEU, P. **Sociologie generale**. Paris: Seuil, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, p.17-21, 1986. **Anais [...]**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Cidades Atendidas com Centros de Especialidades Odontológicas 2022**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cidadesatendidas>. Acesso em: 2 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil: dados da pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/sb-brasil/dados>. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. **Cidades Atendidas com Laboratórios de Prótese 2022**. 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cidadesatendidas>. Acesso em: 2 ago. 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, 5 out. 1988.

BRASIL. E-gestor. **Financiamento da APS**. Dados Equipes de Saúde Bucal Jul-2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>. Acesso em: 2 ago. 2022.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/suscomunidade/recursos.htm>. Acesso em: 18 nov. 2006.

BRASIL. **Lei n.º 14.572, de 08 de maio de 2023**. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/14572.htm. Acesso em: 10 abr. 2024.

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, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 10 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: MS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: MS, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Saúde Bucal**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNAPS. **Diário Oficial da União**, 30 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3840_07_12_2010.html. Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/politicas/pnsb>. Acesso em: 14 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, 24 jun. 2011.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 7 jul. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica – SUS 01/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 21 out. 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Diário Oficial da União**, 12 nov. 2019.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 23 dez. 2011.

BRASIL. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/478059431/lei-13467-17>. Acesso em: 3 jul. 2025.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 30 dez. 2010.

BRASIL. Portaria nº 438, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, 1 abr. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS nº 01. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 3 jul. 2025.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 24 abr. 2012.

BRASIL. **Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114572.htm. Acesso em: 03 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.853, de 8 de julho de 2019**. Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13853.htm#art1. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica - SUS nº 01/91, sobre a nova política de financiamento do SUS. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, 10 jan. 1991. Seção I, p. 641.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010: resultados principais**. Brasília, 2011c.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Revista SER Social: Estado, democracia e saúde**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 45-56, 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS – CBAS, 16., Brasília (DF, Brasil), 30 out. a 3 nov. 2019. **Anais [...]**. Brasília: CBAS, 2019.

BUCCI, M. P. D.; SOUZA, M. S. DE. A abordagem Direito e políticas públicas: temas para uma agenda de pesquisa. **Sequência**, Florianópolis, v. 43, n. 90, p. e85500, 2022.

BULGARELI, J. V. *et al.* Informações da atenção secundária em odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 229-236, 2013.

BULGARELI, J. V. *et al.* Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.52, p.44, 2018.

CABRAL, A. C. **Legislativo aprova matéria sobre organizações sociais em 1ª discussão**. Fortaleza: Câmara Municipal, 2019.

CAMPBELL, D. T.; STANLEY, J. C. **Experimental and quasi-experimental designs for research**. Boston: Houghton Mifflin Company, 1963.

CAMPOS, G. W. S. Há pedras no meio do caminho do SUS! **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 298-299, 2007.

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

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1791-1803, 2017.

CRUZ, D. B. *et al.* Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. **Revista APS**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 168-175, 2009.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, EUA, v. 44, p. 166-206, 1966.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring volume 1: the definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DURAND, M. K.; HEIDEMAN, I. T. S. B. Social determinants of a Quilombola community and its interface with health promotion. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p.e03451, 2019.

ESTEVÃO, J. V. A.; SANTOS, B. M.; LOPES, M. G. M. Panorama da saúde bucal do idoso brasileiro. **REAL: Repositório Institucional**, [S.l.], v. 2, n. 2, 2023. Disponível em: <https://revistas.icesp.br/index.php/Real/article/view/5004>. Acesso em: 24 out. 2023.

ESTEVES, C.; NEVES, C.; CARVALHO, D. A hipoglicemia no diabético: controvérsia na avaliação, à procura de suas implicações. **Revista Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 25, n. 6, 2012.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa: ensaio de interpretação sociológica**. São Paulo: Editora Contracorrente, 2020.

FISCHER, T. K. *et al.* Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v. 13, p. 126-138, 2010.

FORTALEZA. **Lei nº 10.221, de 13 de junho de 2014**. Dispõe sobre a criação do plano municipal pela primeira infância de fortaleza (PMPPIF) e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Fortaleza, Fortaleza, 26 jun. 2021. Disponível em: https://leismunicipais.com.br/a/ce/f/fortaleza/leiordinaria/2014/1022/10221/lei_ordinaria-n-10221-2014-. Acesso em: 30 abr. 2024.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Contingência para Enfrentamento da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus SARS-CoV-2**. Fortaleza: SMS, 2020.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018-2021**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. 167 p.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim epidemiológico: levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Fortaleza-CE**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. **Célula de vigilância epidemiológica**: sistema de monitoramento diário de agravos. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2019. Disponível em: <https://simda.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/index>. Acesso em: 30 abr. 2024.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Normas e manuais técnicos**: linha guia de saúde bucal. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. (Série Organização das Redes de Atenção à Saúde). Disponível em: <http://www.nesbuc.ufc.br/downloads/linhaguiasaudebucal.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2024.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Mapa Misto**. Fortaleza: SMS, 2024.

FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário brasileiro de segurança pública**. 9. ed. São Paulo: FBSP, 2015.

FRAZÃO, P. *et al.* Fluoretação da água e insuficiências no sistema de informação da política de vigilância à saúde. **Rev Assoc Paul Cir Dent.**, [S.l.], v. 67, n. 2, p. 94-10, 2013.

FREIRE, M. C. M. *et al.* Effectiveness of a dental care intervention in the home setting among preschool children in Brazil. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, [S.l.], v. 49, n. 1, p. 74-80, 2021.

FREITAS, Y. N. L.; PINHEIRO, N. C. G.; LIMA, K. C. Avaliação da saúde bucal em uma coorte de idosos não institucionalizados. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 496-506, 2022.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 2643-2655, 2014.

GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p.e00184119, 2021.

GALVÃO, M. H. R.; SOUZA, A. C. O.; MORAIS, H. G. F.; RONCALLI, A. G. Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2437-2448, 2022.

GAPI-UNICAMP. **Metodologia de análise de políticas públicas**. Disponível em: www.campus-oei.org, 2002. Acesso em: 04 set. 2024.

GARCIA, M. M. M. S. **Trajetórias de internacionalização da Universidade Pública**: avaliação do programa Ciências sem Fronteiras à luz da experiência da Universidade Federal do Ceará. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7. ed. Barueri (SP): Atlas, 2019.

GILBERT, G. H.; DUNCAN, R. P.; SHELTON, B. J. Social determinants of tooth loss. **Health Services Research**, EUA, v. 38, p. 1843-1862, 2003.

GÓES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. S95-S98, 1996.

GONDIM, C. G. *et al.* Saúde bucal de pacientes internados em hospital de emergência. **Arquivos em Odontologia**, [S.l.], v. 48, n. 4, p. 270-279, 2012.

GUEDES NETA, M. C.; SILVA, M. E. A.; SILVA, R. V. Acesso à saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS): desafios e perspectivas. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, Teófilo Otoni, v. 3, n. 3, p. 1-14, 2024.

GUEDES, D. P.; SILVÉRIO, N. J. E. Motivos para a prática de esportes em atletas jovens e fatores associados. **Revista Educação Física/UEM**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 21-31, 2013.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (orgs.). **Avaliação em Saúde**. Salvador: EdUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reformada atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2020, v. 25, n. 4, p. 7-8.

IBGE. **Censo Brasileiro de 2011**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IBGE. **Cidades e Estados - Fortaleza**, 2024. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

JUNQUEIRA, S. R.; FRIAS, A. C.; ZILBOVICIUS, C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. *In*: RODE, S. M.; NUNES, S. G. (org.). **Atualização clínica em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 591-604.

KHAN, M. N.; CLEATON-JONES, P. E. Dental caries in African preschool children: social factors as disease markers. **Journal of Public Health Dentistry**, EUA, v. 58, p. 7-11, 1998.

LABOLITA, K. A. *et al.* Assistência odontológica à pacientes diabéticos. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Alagoas, v. 6, n. 1, p. 89-98, abr. 2020.

LASWELL, H. D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland: Meridian Books, 1936/1958.

LESSA, C. F.; VETTORE, M. V. Gestão da atenção básica em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 547-556, 2010.

LIMA, J. C. S.; OLIVEIRA, A. G. R. C.; NORO, L. R. A. Avanços e desafios da formação no Sistema Único de Saúde a partir da vivência dos docentes da área de saúde coletiva nos cursos de Odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3323-3334, 2021.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, [S.l.], v. 10, n. spe, p. 37-45, 2007.

LIMA, D. C. *et al.* A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, suppl. 1, p. 1173-1180, 2011.

LIMA, E. MPF pede que polícia federal investigue contrato da gestão. **Caderno Blogs e Coluna**, 2013. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr2/2025/ao-atender-pedido-do-ministerio-publico-federal-mpf-o-supremo-tribunal-federal-stf-confirmou-que-a-policia-federal-pode-solicitar-diretamente-ao-conselho-de-controle-de-atividades-financeiras-coaf-relatorios-sobre-movimentacoes-financeiras-suspeita&ved=2ahUKEwi8t_-JydSOAxWCqpUCHWirC9cQFnoECA4QAQ&usg=AOvVaw3I4eG3HwhZ4dYSRNMuZOAO. Acesso em: 24 out. 2023.

LIMA, T. M. N. R. *et al.* O brincar de fazer compras como estratégia educativa em saúde bucal para crianças do ensino infantil. **Revista Ciência Plural**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 1-13, 2022.

LUZ, A. S.; CAMPOS, A. A. **Epidemiologia: saúde bucal e condições de vida**. Fortaleza: Editora Expressão, 2003.

MACEDO, F. A verdade sobre as OSS em saúde. **Caderno de Política**, 2018. Disponível em: https://www.estadao.com.br/politica/blog-do-fausto-macedo/a-verdade-sobre-as-organizacoes-sociais-de-saude/?srsltid=AfmBOoqEvq-0GjPCIrzPyvW9WAZs3zI0FQmHBBa3Sm64qFRp_vxC1QV6. Acesso em: 20 out. 2024.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, p. 665-675, 2004.

MARTIN, G. B.; CARVALHO, B. G.; CORDONI JÚNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. *In*: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: EDUEL, 2001.

MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F.; GUERRA, H. L.; MARCENES, W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, p. 237-243, 2002.

MATOS, K. S. L.; VIEIRA, S. L. **Pesquisa educacional: o prazer de conhecer**. UECE: Edições Demócrito Rocha, 2001.

MÉDICE, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

MEDINA, M. G. **Análise do pacto de indicadores da atenção básica**, 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/analise_pacto.PDF. Acesso em: 20 jun. 2025.

MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 676p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **Redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENGA, L.; MARLIE, D. A. A. **Pesquisa em educação: uma abordagem qualitativa**. São Paulo: EPU, 1986.

MOITA, G. F. As bases teóricas-conceituais (framework) de avaliação de desempenho e resultados aplicado nas instituições de saúde no Brasil. *In*: FERNANDES, M. A. (Ed.). **Gestão Organizacional: realidade atual e perspectivas futuras**. São Paulo: Synapse, 2021. p. 119-145.

MORAIS, H. M. M. *et al.* Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p.e00194916, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, São Paulo, v. 42, n. 16, p. 11-24, 2018.

MUSSI, R. F. F. *et al.* Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista Sustinere**, [S.l.], v. 7, n. 2, 2019.

NOBRE, A. Q. **Mapa Organizacional da Rede de Saúde Bucal de Fortaleza**. Disponível em: <https://www.uece.br/mepges/wp-content/uploads/sites/73/2023/03/ANDREIA-DE-QUEIROZ-NOBRE-MAPA->. Acesso em: 20 nov. 2024.

NÖRMARK, S. Social indicators of dental caries among Sierra Leonean schoolchildren. **Scandinavian Journal of Dental Research**, EUA, v. 101, p. 121-129, 1993.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S147-S157, 2004.

NUTBEAM, D.; MUSCAT, D. Health promotion glossary 2021. **Health Promotion International**, EUA, v. 36, n. 6, p. 1578-1598, 2021.

OLIVEIRA, É. T. *et al.* Políticas públicas de saúde bucal no Brasil ao longo dos anos e as mudanças nos indicadores de saúde. **Scientia Generalis**, EUA, v. 2, n. 2, p. 231-244, 2021.

OLIVEIRA, M. F. *et al.* Cuidados odontológicos em pacientes diabéticos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Blumenau, v. 48, n. 3, p. 158-170, 2019.

PATUSSI, M. P. Privação e saúde bucal: medidas ao nível do indivíduo e da área geográfica na qual ele reside. **Revista Ação Coletiva**, [S.l.], v. 2, p. 3-8, 1999.

PEREIRA, A. C.; FRIAS, A. C.; VIEIRA, V. Impact of an educational program to improve oral health behaviors in preschool children: a cluster randomized controlled trial. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, EUA, v. 47, n. 4, p. 314-321, 2019.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013**. Brasília: PNUD, 2014.

PUCCA JÚNIOR, G. A. **Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil, integralidade e acesso: o caso Brasil Sorridente**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

RODRIGUES, C. L. Método experiencial e avaliação em profundidade: novas perspectivas em políticas públicas. **Desenvolvimento em Debate**, Rio de Janeiro, v.4, n. 1, p. 103-115, 2016.

RODRIGUES, C. L. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, n. 1, p. 7-16, 2008.

RODRIGUES, L. C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas (AVAL)**, Fortaleza, ano 1, v. 1, n. 1, p. 7-15, 2008.

RONCALLI, A. G.; SOUZA, G. C. A. Fundamentos de epidemiologia para a vigilância em saúde bucal. *In*: PEDROSA, S. F. (org.). **Programa de atualização em odontologia preventiva e saúde coletiva**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ROSA, A. G. F. *et al.* **O que fazer nos municípios?** Rio de Janeiro: Rede CEDROS, 1992.

SALAKO, N. O. Infant feeding profile and dental caries status of urban Nigerian children. **Acta Odontologica Pediátrica**, [S.l.], v. 6, p. 13-17, 1985

SANTOS, I. F.; GABRIEL, M.; MELLO, T. R. C. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Humanidades & Inovação**, [S.l.], v. 7, n. 5, p. 381-391, 2020.

SANTOS, K. S. *et al.* O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 655-664, 2020.

SANTOS, L. P. S. *et al.* Política de saúde bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1575-1587, 2023.

- SANTOS, M.; CANDERO, R. A entrevista semi-estruturada. In: SANTOS, V. (org.). **Trabalhos acadêmicos: uma orientação para pesquisa e normas técnicas**. Porto Alegre: AGE, 2020. p. 75.
- SANTOS, R. L. *et al.* Oral health education interventions in preschool-aged children: a systematic review. **Journal of Dentistry for Children**, EUA, v. 87, n. 1, p. 4-12, 2020.
- SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, [S.l.], v. 1, n. 1, 2009.
- SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, p. 98, 2015.
- SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 98, 2015.
- SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. 4th ed. Thousand Oaks: Sage, 1991.
- SEN, A. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SHADISH, W. *et al.* Foundations of Program Evaluation. **Theories of practice**. Califórnia: Sage Publications, 1995.
- SILVA, C. F. **Estratégias utilizadas pela equipe de saúde bucal para a prevenção da cárie dentária em crianças escolares de 02 a 12 anos: revisão integrativa**. 2021. 21 f. Monografia (Especialização) - Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, 2021.
- SILVA, E. T. C.; VASCONCELOS, R. G.; MARINHO, S. A.; VASCONCELOS, M. G. Diabetes na odontologia: manifestações bucais e condutas para atendimento. **Salusvita, Bauru**, [S.l.], v. 39, n. 3, p. 877-901, 2020.
- SILVA, J. J. L.; SANTOS, V. M.; CORREIA, M. V. C. C. Política de saúde e desmonte do SUS no governo Temer. **Revista SER Social**, Brasília, v. 23, n. 48, p. 1-12, 2021.
- SILVA, J. L. *et al.* Oral health of patients hospitalized in the Intensive Care Unit. **Journal of Contemporary Dental Practice**, EUA, v. 17, n. 2, p. 125-129, 2016.
- SILVA, L. C.; DURAN, M. Mortalidad infantil y condiciones higienico-sociales em las Américas: un estudio de correlación. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 473-480, 1990.
- SIMOURA, J. A. S. *et al.* Regionalização como estratégia de operacionalização do SUS: uma revisão de literatura. **Revista Uniabeu**, [S.l.], v. 12, n. 32, 2019.
- SIQUEIRA, C. S. **Qualidade da saúde bucal dos pacientes geriátricos**. 2021.
- SMITH, A. **A Riqueza das Nações**. v. I. Tradução de Alexandre Amaral Rodrigues. São Paulo: [s.n.], 2003.
- SOARES, R. C. **Contrarreforma no SUS e o Serviço Social**. Recife: Ed. UFPE, 2020.

SÓRIA, G. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. e00191718, 2019.

SOUZA, C. Políticas Públicas: Questões Temáticas e de Pesquisa. **Caderno CRH**, [S.l.], v. 39, p. 11-24. 2003.

SOUZA, G. C. A. *et al.* Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais brasileiras na primeira década do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, p. e00320720, 2021.

SOUZA, M.; VIEIRA, A. J.; RAMOS, B. S.; COUTO, D. P. **Conhecimento e conduta de médicos frente à interrelação diabetes mellitus e doença periodontal**. Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, 2019.

STAKE, Ro. E. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. – Dados eletrônicos. Porto Alegre: Penso, 2011.

TANAKA, O. U.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão dos serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-46, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico SUS**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 42, p. 361-378, 2018.

THOMPSON, W. M. *et al.* Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, EUA, v. 32, p. 345-353, 2004.

TOMITA, N. E.; TORRES, F. C. Saúde bucal de pré-escolares: as iniquidades sociais e a subjetividade da dor. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 1, p. 25-33, 2000.

UNITED NATIONS HUMAN SETTLEMENTS PROGRAMME (UN-HABITAT). **State of the World's Cities 2010/2011**. Cities for All: Bridging the Urban Divide, 2010.

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

- VASCONCELLOS, M. C. C.; LUI FILHO, O.; JESUS, B. J.; NOGUEIRA, J. R. B. Experiência de cárie dentária em escolares: o papel da ocupação da mãe. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 7, p. 237-243, 1993.
- VASCONCELOS, E. M.; FRATUCCI, V. B. **Práticas de Saúde Bucal**. 2014. Disponível em: www.ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/179. Acesso em: 6 out. 2014.
- VIANA, K. C. A. **As Organizações Sociais no Âmbito do Governo do Estado do Ceará: Celebração, Acompanhamento e Fiscalização dos Contratos**. Brasília: CONSAD de Gestão Pública, 2010.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FURTADO, J. P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p.e00237219, 2020.
- VIVALAVIDA. **Política Nacional de Saúde Bucal (Políticas Públicas II)**, 2024.
- WEISS, C. H. **Evaluation research methods for assessing program effectiveness**. New York: Prentice Hall, 1972.
- WOLLMANN, L. *et al.* Cross-cultural adaptation of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.71, v. 10, 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Geneva: WHO, 1986.
- XAVIER, L. N. Fortaleza da Desigualdade e Violência: Geopolítica do Medo e Anomia Social como Fator de Produção da Violência Concentrada e da Sensação de Insegurança. **Conpedi Law Review**, Florianópolis, Brasil, v. 2, n. 1, p. 112–130, 2016.
- YAMAGUCHI, K.; RAMSEIER, C. A.; SOH, I.; ARAI, A. Efficacy of an oral health education program in Japanese preschool children. **BMC Oral Health**, EUA, v. 21, n. 1, p. 59, 2021

GLOSSÁRIO

Acesso igualitário: todos devem ter as mesmas oportunidades e condições para alcançar seus objetivos, independentemente de sua origem social, econômica, étnica ou de qualquer outro fator. Em outras palavras, trata-se de garantir que todos tenham a mesma chance de acesso a recursos, serviços, oportunidades e direitos.

Acesso: direito de todos os cidadãos, brasileiros ou não, a utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) para obter atendimento médico e hospitalar gratuito, abrangendo desde consultas e exames básicos até cirurgias e tratamentos complexos

Ações restauradoras: procedimentos e técnicas usados para reparar dentes danificados ou perdidos, com objetivo de restaurar a função deles, forma e estética.

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM): organização social que atua na gestão de serviços de saúde, incluindo hospitais e programas de atenção à saúde. Oferece oportunidades de trabalho em suas unidades hospitalares. Foi pioneira na qualificação como Organização Social de Saúde e atende diversas unidades em diferentes superintendências.

Atenção Primária à Saúde: primeiro nível de contato com o sistema de saúde, oferecendo serviços essenciais de saúde para população, com foco na prevenção, na promoção e no tratamento de problemas de saúde mais comuns populações vulneráveis.

Auditoria: exame comprobatório relativo às atividades contábeis e financeiras de uma empresa ou instituição; auditoria.

Banguelas: pessoas que não possuem todos os dentes, especialmente os da frente índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados).

Bolsa Família: programa de transferência de renda com condicionalidades na saúde e na educação.

Bolsa periodontal: espaço patológico entre a gengiva e o dente, resultado de uma doença periodontal, como gengivite ou periodontite. Essa condição ocorre quando a gengiva se separa do dente, criando espaço que se torna ambiente favorável para o acúmulo de placa bacteriana e tártaro.

Cárie: doença multifatorial, infecciosa, transmissível e dieta dependente, que produz desmineralização das estruturas dentárias.

Causas externas: fatores que causam lesões, traumatismos ou outros agravos à saúde, intencionais ou não, de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena.

Cidadania de qualidade ou condição de cidadão: direitos civis e políticos.

Cólera: infecção intestinal aguda causada pela bactéria *Vibrio cholerae*. É transmitida através da água e de alimentos contaminados, e os principais sintomas incluem diarreia intensa, vômitos e desidratação.

Dentes cariados: dentes com cárie, que é a erosão do esmalte dentário, devido a bactérias. Dentes perdidos são aqueles que foram extraídos, geralmente devido a cáries avançadas ou doenças periodontais. Dentes obturados são aqueles que tiveram cáries removidas e restaurados com um material, como resina ou amálgama, para preencher a cavidade.

Dentes decíduos: também conhecidos como dentes de leite ou dentição temporária, são os primeiros dentes que surgem em bebês e crianças. Eles são substituídos pelos dentes permanentes à medida que a criança cresce.

Descentralização: a forma de organização administrativa do Estado pelo qual são repartidas e transferidas atribuições ou competências entre o Estado Central e as entidades da Administração Autônoma, abrangendo, assim, as Regiões Autônomas, as Autarquias Locais e as Associações Públicas.

Determinantes Sociais da Saúde: circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. São as forças e sistemas que moldam as condições da vida diária e, conseqüentemente, a saúde de uma população.

Diabetes Mellitus não controlado: situação em que os níveis de glicose no sangue estão persistentemente elevados, excedendo os limites considerados saudáveis, devido a um tratamento inadequado ou falta de tratamento para a doença.

Dificuldade de cicatrização: incapacidade ou demora do corpo em reparar um dano tecidual, seja por feridas, cortes, queimaduras ou cirurgias.

Direitos civis e políticos: direitos humanos básicos que garantem a liberdade e a participação dos indivíduos na vida civil e política. Eles abrangem a proteção da liberdade individual contra violações por parte do governo e outros, e asseguram a capacidade de participar na vida pública sem discriminação

Direitos universais: direitos que são inerentes a todos os seres humanos, sem distinção de qualquer tipo, e que são aplicáveis a todas as pessoas, em todos os lugares e a qualquer momento. No contexto jurídico, os direitos universais são aqueles que são garantidos a todos, independentemente de nacionalidade, raça, religião, sexo ou qualquer outra condição.

Distúrbios da gustação: alterações na capacidade de sentir sabores. Isso pode manifestar-se como perda ou diminuição do paladar, ou como distorções no sabor percebido.

Doença periodontal: também conhecida como doença da gengiva, é uma inflamação dos tecidos que suportam os dentes (periodonto), devido ao acúmulo de placa bacteriana.

Doenças crônicas: condições de saúde de longa duração, que se caracterizam por uma progressão lenta e que podem persistir por muitos anos ou mesmo por toda a vida. São, por regra, doenças que não são transmitidas de pessoa para pessoa, e que resultam de múltiplos fatores, incluindo hábitos de vida, predisposição genética e fatores ambientais.

Economia de escala: redução do custo médio por unidade de produção à medida que o volume de produção aumenta. É como se a empresa diluísse os custos fixos por mais produtos, tornando cada um mais barato. Vantagem de custo que uma empresa obtém ao aumentar a produção, resultando em custos médios mais baixos por unidade. Isso ocorre porque, com maior volume de produção, a empresa pode distribuir os custos fixos por mais unidades, reduzir custos variáveis, através de especialização e otimização dos processos, e negociar melhores preços com fornecedores.

Economia de escopo: redução do custo médio da produção de um conjunto de produtos ou serviços, ao invés de cada um separadamente. É como se a empresa aproveitasse a mesma estrutura para produzir várias coisas, o que abaixa os custos

Edêntulos: "sem dentes" ou "desdentados". A palavra é um adjetivo que descreve alguém que não possui dentes, seja por perda total ou parcial.

Endemias: se dá quando uma doença tem recorrência em uma região, mas sem aumentos significativos no número de casos modelo sanitário-campanhista.

Epidemias: aumento no número de casos de uma doença em várias regiões, mas sem escala global. Ou seja, o problema se espalha acima do esperado, sem delimitação geográfica específica.

Equidade: dar às pessoas o que elas precisam, para que todos tenham acesso às mesmas oportunidades.

Flora bacteriana: conjunto de bactérias que vivem naturalmente no organismo, formando a microbiota humana. Estas bactérias, que incluem tanto as "boas" como as "más", desempenham papel importante na saúde e no bem-estar.

Fluoretação da água: consiste na adição de flúor à água de abastecimento público, de forma a aumentar a concentração do flúor e fortalecer o esmalte dos dentes, reduzindo o risco de cárie.

Glossodinia (infecção ou inflamação da língua): dor na língua ou, mais precisamente, sensação de ardência, queimação ou formigamento na língua, geralmente, sem causa identificável.

Halitose: cheiro desagradável na boca, mau hálito; ozostomia.

Hierarquizado: organizado de acordo com ordem hierárquica.

Hipocalcificação do esmalte: condição em que o esmalte dentário apresenta quantidade insuficiente de cálcio e outros minerais, resultando em esmalte mais macio e frágil do que o normal. Isso pode acarretar maior suscetibilidade à cárie, erosão e sensibilidade dentária.

Hipossalivação: diminuição do fluxo salivar ou alterações na composição da saliva, resultando em sensação de boca seca ou xerostomia. É a redução objetiva da produção de saliva, diferente da xerostomia que é a sensação subjetiva de boca seca.

Idoso: cidadão com idade igual ou superior a 60 anos.

Infecto contagiosas: "infecção contagiosa" ou "doença infectocontagiosa" refere-se a uma doença infecciosa que se transmite de pessoa para pessoa, ou de animal para pessoa, através de contato direto ou indireto.

Instituto Cisne de Ensino e Pesquisa (ICEPES): organização social sem fins lucrativos focada no atendimento e desenvolvimento de pessoas com deficiência intelectual e transtornos do neurodesenvolvimento. Atende pessoas com deficiência intelectual, outros transtornos do neurodesenvolvimento e limitações de autonomia psicossocial. Fundado em 1986. O Instituto Cisne também realiza pesquisas e oferece ensino e pesquisa relacionados às áreas de atuação.

Integrado regionalmente: a integração regional é o processo pelo qual dois ou mais Estados-nação concordam em cooperar e trabalhar em conjunto para alcançar a paz, a estabilidade e a riqueza. Normalmente, a integração envolve um ou mais acordos escritos que descrevem detalhadamente as áreas de cooperação, bem como alguns órgãos de coordenação que representam os países envolvidos.

Justiça social: Justiça social refere-se à ideia de promover uma distribuição justa de recursos, oportunidades e direitos entre todos os membros de uma sociedade, visando reduzir desigualdades e garantir que todos tenham condições de viver com dignidade. É um conceito amplo que abrange não apenas a dimensão econômica, mas também o acesso a serviços essenciais como educação, saúde e moradia.

Levantamento epidemiológico: estudo sistemático e organizado para coletar e analisar dados sobre a distribuição e os fatores determinantes de doenças ou condições de saúde, em população específica. Ele permite entender a prevalência e a incidência de uma doença, bem como os fatores que influenciam essa ocorrência.

Liberalismo: doutrina baseada na defesa da liberdade individual, nos campos econômico, político, religioso e intelectual, contra as ingerências e atitudes coercitivas do poder estatal.

Líquen plano: doença de pele, unhas, boca e genitais que se manifesta como pápulas roxas, achatadas e com coceira.

Modelo econômico agrário-exportador ou modelo primário-exportador: sistema em que a economia de um país se baseia principalmente na produção e exportação de produtos agrícolas e matérias-primas peste, doença infectocontagiosa que se manifesta sob a forma bubônica, pulmonar ou septicêmica, provocada por *Bacillus pestis*, transmitido ao homem pela pulga do rato.

Modelo sanitarista-campanhista: intervenção em saúde pública, caracterizada por ações de prevenção e combate a doenças, principalmente através de campanhas e medidas sanitárias.

Municipalização: transferência de propriedade de concessionárias de serviços públicos de propriedade do investidor (IOU) para propriedade pública, e operação, pelo governo local, seja em nível municipal ou estadual.

Mutiladoras: remoção ou dano permanente de uma parte do corpo.

Oclusopatia: alteração na relação entre os dentes e os ossos maxilares, ou seja, má oclusão. Isso significa que os dentes superiores e inferiores não se encaixam corretamente ao fechar a boca.

Odontologia especializada: prática da odontologia realizada por profissionais que, além da formação geral em Odontologia, possuem especialização em área específica, como ortodontia, endodontia, periodontia etc.

Ortodônticos: especialidade odontológica que se dedica à correção da posição dos dentes e dos ossos maxilares, quando estão desalinhados ou com problemas de encaixe. Portanto, algo "ortodôntico" refere-se a algo que está relacionado à ortodontia, como tratamento, aparelho, profissional etc.

PAIS: faz parte da SPDM e busca melhorar a qualidade de vida da população, através de uma gestão estratégica dos serviços de saúde.

Participação social: envolvimento ativo dos cidadãos na tomada de decisões e na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas, indo além do simples voto nas eleições. É um processo que visa garantir que as necessidades e interesses da sociedade sejam considerados na gestão pública.

Patologias bucais: uma área da odontologia que estuda as doenças que afetam boca, maxilares, glândulas salivares e tecidos relacionados.

Periodontia Periodontia: especialidade odontológica que trata dos tecidos do periodonto, ou seja, aqueles que dão sustentação para os dentes.

Poliárquico: organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente, que

permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Mendes, 2009).

Populações vulneráveis: grupos ou segmentos da população que estão mais suscetíveis a sofrer danos, discriminação ou desvantagem, devido a diversos fatores, como circunstâncias sociais, econômicas, geográficas ou físicas equidade.

Porta de entrada: ponto inicial de acesso aos serviços de saúde, geralmente, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou a Atenção Primária à Saúde (APS). É onde os usuários iniciam o contato com o sistema, recebendo atendimento e sendo encaminhados para níveis mais complexos, se necessário.

Prevenção e promoção: ações que buscam melhorar a saúde da população, enquanto prevenção se concentra em evitar o surgimento de doenças. A promoção visa educar, incentivar hábitos saudáveis e criar condições, para que as pessoas tenham vida plena e saudável. A prevenção, por sua vez, envolve ações específicas para reduzir o desenvolvimento de doenças e agravos.

Previdência social: sistema de proteção social que visa garantir renda aos trabalhadores e dependentes em situações de risco, como doença, acidente de trabalho, velhice, invalidez, morte, maternidade ou reclusão. É um seguro social financiado por contribuições de trabalhadores, empresas e do Estado, que garante benefícios, como aposentadorias, pensões, auxílios-doença e auxílios-maternidade.

Prótese dentária: dispositivo artificial que substitui dentes perdidos ou danificados, visando restaurar a função mastigatória, a fala e a estética. Ela pode ser fixa, como coroas e pontes, ou removível, como dentaduras.

Redes de Atenção à Saúde (RAS): conjunto de serviços de saúde interconectados que buscam garantir acesso mais justo, qualificado e integral ao cuidado para a população. Elas representam nova forma de organizar a atenção à saúde, visando melhorar a qualidade do atendimento e a eficiência do sistema.

Resolutividade: capacidade de um serviço, profissional ou pessoa de resolver um problema ou atender a uma necessidade de forma eficaz e completa. Significa ter a habilidade de encontrar soluções, sejam elas curativas, de alívio, de promoção da saúde, ou de resolução de um problema específico.

Sacarose: conhecida comumente como açúcar, é um sólido cristalino à temperatura ambiente, que se dissolve em água e possui sabor doce.

Saneamento: série de medidas que tornam área sadia, limpa, habitável, oferecendo condições adequadas de vida para uma população ou agricultura.

Sangramento gengival: geralmente, indica problema de saúde bucal, como gengivite ou periodontite. No entanto, pode também ser um sinal de outros problemas de saúde, como deficiências de vitaminas, doenças de coagulação ou até mesmo estresse cálculo, "cálculo dental" (também conhecido como tártaro), refere-se a uma acumulação dura e mineralizada de placa bacteriana, que se forma nos dentes e nas gengivas.

Saúde bucal: boca saudável, ou seja, livre de doenças e problemas que afetam dentes, gengivas e outras estruturas da cavidade oral.

Serviços odontológicos: atividades e procedimentos realizados por dentistas, profissionais da saúde bucal, para diagnosticar, prevenir, tratar e promover a saúde dos dentes, gengivas e outras estruturas da boca

Sociedade civil: conjunto de instituições, organizações e associações não governamentais que atuam na sociedade, independentemente do Estado. É uma esfera de interação social que influencia a vida política e promove a democracia, a paz, a segurança e o desenvolvimento.

Tabagismo: reconhecido como doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco.

Tratamentos Restauradores Atraumáticos (ART): abordagens odontológicas que visam restaurar dentes com cáries de forma menos invasiva e, em muitos casos, sem a necessidade de anestesia ou equipamentos complexos.

Ulcerações na mucosa bucal: feridas ou lesões que se formam no revestimento da boca, geralmente com perda da camada superficial e exposição de tecidos mais profundos. As úlceras bucais, também conhecidas como aftas, são formas comuns de ulceração.

Variola: doença viral altamente contagiosa, causada pelo vírus Orthopoxvirus variolae, que era muito comum e mortal antes de ser erradicada pela vacinação. Atualmente, a variola é considerada erradicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Visão holística: capacidade de observar e analisar algo (uma situação, problema, sistema etc.) de forma abrangente e global, considerando o todo, em vez de apenas as partes isoladas.

Xerostomia: secreção excessiva da boca, em razão da secreção insuficiente ou nula de saliva.

**APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL
(PROFISSIONAIS DA SAÚDE E GESTORES)**

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo:

Feminino Masculino Outro

2. Cor:

Branca Parda Negra Amarela Outro

3. Qual é a sua idade? anos.

4. Qual é o seu estado civil?

Solteiro(a)

Separado(a) Divorciado(a) ou viúvo(a)

Casado(a) ou amasiado(a)

Outro:

5. Qual é a sua escolaridade concluída?

Ensino fundamental completo (1ª a 9ª ano)

Ensino médio completo (1º ao 3º ano)

Curso de graduação completo

Curso de pós-graduação completo.

Outro:

6. Qual é a sua renda mensal (considerando todas as fontes de renda de sua família)?

_____ (em número de salários mínimos)

DADOS OCUPACIONAL DO(A) ENTREVISTADO(A)

7. Qual é a sua categoria profissional?

TÉCNICO(A)/GESTOR(A)

CIRURGIÃO(A)- DENTISTA

ASB/()TSB

8. Em qual tipo de instituição você trabalha?

Somente pública

Pública e privada

Não se aplica

9. Há quanto tempo você trabalha no SUS? (anos e meses)

10. Há quanto tempo você trabalha nesta instituição atual? (anos e meses).

11. Qual é o seu vínculo empregatício nesta instituição?

- Celetista
- Cargo comissionado
- Estatutário
- Não Se Aplica

12. Qual a sua carga horária semanal de trabalho? _____ (horas)

13. Já participou de capacitações relacionadas à Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente)?

- Sim
- Não

14. Quais atividades você desenvolve no seu dia a dia?

- Promoção da saúde
- Prevenção de doenças
- Assistência direta ao paciente
- Todas as anteriores

15. Na sua prática profissional, você conta com o apoio de algum serviço ou instituição para o desenvolvimento das ações de saúde bucal?

- Sim
- Não

16. Se sim, quais serviços ou instituições oferecem esse apoio? (assinale a principal opção)

- Escolas
- Unidade de saúde da atenção secundária ou terciária
- Centros de Referência de Assistência Social (CRAS/CREAS)
- Conselhos locais de saúde
- Organizações não governamentais (ONGs)
- Outros (especificar): _____

PERCEPÇÕES SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

1. Em sua percepção, quais são atualmente as maiores dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento das ações de saúde bucal?

(Considere aspectos como estrutura física, recursos humanos, disponibilidade de insumos e manutenção dos equipamentos.)

2. Como você descreveria o trabalho em equipe na unidade em que atua?

(Comente sobre a integração das ações de saúde bucal com as demais categorias da Estratégia Saúde da Família.)

3. Como se dá a articulação da unidade com os serviços especializados da Rede de Atenção à Saúde? (Fale sobre o acesso aos níveis secundário e terciário e a relação com os demais pontos de atenção.)

4 Quais são, na sua experiência, os maiores desafios enfrentados atualmente no contexto da saúde bucal no SUS de Fortaleza?

5 Na sua avaliação, quais foram as mudanças mais significativas ocorridas na Odontologia do SUS no município de Fortaleza nos últimos 10 anos?

6. Quais sugestões você considera relevantes para melhorar a efetividade da Política Nacional de Saúde Bucal no município? (Pense em propostas relacionadas à gestão, estrutura, processos de trabalho, acesso e qualidade do cuidado.)

**APÊNDICE B – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL
(USUÁRIO)**

1. Sexo:

Feminino Masculino Outro

2. Cor:

Branca Parda Negra Amarela Outro

3. Qual é a sua idade?

_____ anos

4. Qual é o seu estado civil?

Solteiro(a) Separado(a), Divorciado(a) ou Viúvo(a) Casado(a) ou Amasiado(a)

Outro: _____

5. Qual é a sua escolaridade concluída?

Ensino fundamental completo (1º ao 9º ano)

Ensino médio completo (1º ao 3º ano)

Curso de graduação completo

Curso de pós-graduação completo

Outro: _____

6. Qual é a sua renda mensal (considerando todas as fontes de renda da sua família)?

_____ salários mínimos

7. Você possui atualmente alguma condição de saúde diagnosticada por profissional de saúde?

Não possui nenhuma condição de saúde diagnosticada

Hipertensão arterial

Diabetes mellitus

Doença cardiovascular

Doença respiratória crônica (ex.: asma, DPOC)

Doença renal crônica

Transtorno mental ou emocional

Outra (especificar): _____

USO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

8. Você utiliza os serviços odontológicos da UAPS Carlos Ribeiro?

Sim Não

9. Se sim, há quanto tempo você utiliza os serviços odontológicos da UAPS Carlos Ribeiro?

- Menos de 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- 1 a 2 anos
- Mais de 2 anos

10. Com que frequência você busca atendimento odontológico na unidade?

- Regularmente (a cada 6 meses ou menos)
- Quando surge alguma necessidade específica
- Raramente
- Primeira vez

11. Você já recebeu orientações sobre cuidados com a saúde bucal por parte da equipe de saúde da unidade?

- Sim Não

PERCEPÇÕES SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

12. Na sua opinião, quais são as maiores dificuldades que você percebe no serviço de saúde bucal da unidade?

13. O que você achou do atendimento de saúde bucal que recebeu na unidade?

(Fique à vontade para comentar sobre o que gostou, o que não gostou e o que poderia melhorar.)

14. Você percebe alguma mudança na assistência em saúde bucal ao longo dos anos na unidade?

(Comente se o atendimento melhorou, piorou ou se continua do mesmo jeito. Pode falar sobre o tempo de espera, a qualidade do atendimento, facilidade para marcar consulta, entre outros pontos.)

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
– CIRURGIÃO-DENTISTA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL para atuar como participante da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA POLÍTICA BRASIL SORRIDENTE EM FORTALEZA-CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa tem como objetivo avaliar a Política Nacional em Saúde Bucal Brasil Sorridente no Município de Fortaleza-Ceará. O procedimento utilizado na pesquisa, de participar de uma entrevista presencial com duração aproximada de 30 minutos, a ser realizada em sala reservada na própria unidade de saúde. Durante a entrevista, serão realizadas perguntas a partir de um roteiro previamente elaborado pela pesquisadora sobre a Política de Saúde Bucal em Fortaleza-Ceará. As perguntas irão explorar a sua experiência como cirurgião-dentista no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza-Ceará. As entrevistas serão gravadas com uso de um gravador de voz, para que a pesquisadora possa organizar melhor os dados após a finalização da entrevista

A pesquisa apresenta riscos mínimos durante o processo de coleta de dados. Existe a possibilidade de que você sinta algum desconforto emocional ao discutir temas sensíveis relacionados ao estudo. Para diminuir esses riscos, serão aplicadas medidas de proteção, como a garantia da confidencialidade das informações fornecidas, o respeito à autonomia do participante para decidir se deseja ou não participar da pesquisa, e a disponibilidade de suporte emocional, caso seja necessário, durante ou após as entrevistas. Além disso, você será informado de maneira clara e transparente sobre os objetivos, procedimentos e possíveis impactos da pesquisa, assegurando assim o princípio da autonomia e o consentimento informado.

A qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. A participação nesse estudo não trará nenhuma despesa e nem compensação financeira para o senhor (a). Como benefícios, a sua participação auxiliará na identificação de pontos fortes e áreas de melhoria na aplicação da política de saúde bucal em Fortaleza-CE, possibilitando ajustes e otimizações para melhor atender às necessidades da comunidade.

As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a execução dessa pesquisa e serão mantidas em confidencialidade, sem identificação do seu nome. Somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso às informações.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: RUA José Vilar, 2281, apto 301.

Telefones para contato: (85) 99944-5474

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da saúde de Fortaleza-CE. Rua: Almirante Barroso, 601, Praia de Iracema, fone: 34521786. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta feira). O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza-CE é a instância da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
– AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL para atuar como participante da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA POLÍTICA BRASIL SORRIDENTE EM FORTALEZA-CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa tem como objetivo avaliar a Política Nacional em Saúde Bucal Brasil Sorridente no Município de Fortaleza-Ceará. O procedimento utilizado na pesquisa, de participar de uma entrevista presencial com duração aproximada de 30 minutos, a ser realizada em sala reservada na própria unidade de saúde. Durante a entrevista, serão realizadas perguntas a partir de um roteiro previamente elaborado pela pesquisadora sobre a Política de Saúde Bucal em Fortaleza-Ceará. As perguntas irão explorar a sua experiência como auxiliar de saúde bucal no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza-Ceará. As entrevistas serão gravadas com uso de um gravador de voz, para que a pesquisadora possa organizar melhor os dados após a finalização da entrevista

A pesquisa apresenta riscos mínimos durante o processo de coleta de dados. Existe a possibilidade de que você sinta algum desconforto emocional ao discutir temas sensíveis relacionados ao estudo. Para diminuir esses riscos, serão aplicadas medidas de proteção, como a garantia da confidencialidade das informações fornecidas, o respeito à autonomia do participante para decidir se deseja ou não participar da pesquisa, e a disponibilidade de suporte emocional, caso seja necessário, durante ou após as entrevistas. Além disso, você será informado de maneira clara e transparente sobre os objetivos, procedimentos e possíveis impactos da pesquisa, assegurando assim o princípio da autonomia e o consentimento informado.

A qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. A participação nesse estudo não trará nenhuma despesa e nem compensação financeira para o senhor (a). Como benefícios, a sua participação auxiliará na identificação de pontos fortes e áreas de melhoria na aplicação da política de saúde bucal em Fortaleza-CE, possibilitando ajustes e otimizações para melhor atender às necessidades da comunidade.

As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a execução dessa pesquisa e serão mantidas em confidencialidade, sem identificação do seu nome. Somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso às informações.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: RUA José Vilar, 2281, apto 301.

Telefones para contato: (85) 99944-5474

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da saúde de Fortaleza-CE. Rua: Almirante Barroso, 601, Praia de Iracema, fone: 34521786. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta feira). O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza-CE é a instância da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
– GESTOR**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL para atuar como participante da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA POLÍTICA BRASIL SORRIDENTE EM FORTALEZA-CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa tem como objetivo avaliar a Política Nacional em Saúde Bucal Brasil Sorridente no Município de Fortaleza-Ceará. O procedimento utilizado na pesquisa, de participar de uma entrevista presencial com duração aproximada de 30 minutos, a ser realizada em sala reservada na própria unidade de saúde. Durante a entrevista, serão realizadas perguntas a partir de um roteiro previamente elaborado pela pesquisadora sobre a Política de Saúde Bucal em Fortaleza-Ceará. As perguntas irão explorar a sua experiência como gestor no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza-Ceará. As entrevistas serão gravadas com uso de um gravador de voz, para que a pesquisadora possa organizar melhor os dados após a finalização da entrevista

A pesquisa apresenta riscos mínimos durante o processo de coleta de dados. Existe a possibilidade de que você sinta algum desconforto emocional ao discutir temas sensíveis relacionados ao estudo. Para diminuir esses riscos, serão aplicadas medidas de proteção, como a garantia da confidencialidade das informações fornecidas, o respeito à autonomia do participante para decidir se deseja ou não participar da pesquisa, e a disponibilidade de suporte emocional, caso seja necessário, durante ou após as entrevistas. Além disso, você será informado de maneira clara e transparente sobre os objetivos, procedimentos e possíveis impactos da pesquisa, assegurando assim o princípio da autonomia e o consentimento informado.

A qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. A participação nesse estudo não trará nenhuma despesa e nem compensação financeira para o senhor (a). Como benefícios, a sua participação auxiliará na identificação de pontos fortes e áreas de melhoria na aplicação da política de saúde bucal em Fortaleza-CE, possibilitando ajustes e otimizações para melhor atender às necessidades da comunidade.

As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a execução dessa pesquisa e serão mantidas em confidencialidade, sem identificação do seu nome. Somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso às informações.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: RUA José Vilar, 2281, apto 301.

Telefones para contato: (85) 99944-5474

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da saúde de Fortaleza-CE. Rua: Almirante Barroso, 601, Praia de Iracema, fone: 34521786. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta feira). O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza-CE é a instância da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

**APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
– USUÁRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você foi convidado por ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL para participar de uma pesquisa chamada “AVALIAÇÃO DA POLÍTICA BRASIL SORRIDENTE EM FORTALEZA-CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE”. É importante que você saiba que você pode decidir não participar se não quiser.

Leia as informações abaixo e faça qualquer pergunta que precisar para entender bem como a pesquisa vai acontecer.

O objetivo da pesquisa é avaliar como a Política Nacional de Saúde Bucal, chamada Brasil Sorridente, está sendo aplicada em Fortaleza. Para isso, você vai participar de uma entrevista presencial que durará cerca de 30 minutos. A entrevista será realizada em uma sala reservada na unidade de saúde. Durante a entrevista, serão feitas perguntas sobre a sua experiência como usuário da unidade básica de saúde em Fortaleza. A entrevista será gravada para que a pesquisadora possa organizar melhor as informações depois.

Participar da pesquisa apresenta poucos riscos. Existe a possibilidade de você sentir um pouco de desconforto ao falar sobre temas sensíveis. Para minimizar esses riscos, serão tomadas medidas para proteger suas informações. A sua identidade será mantida em sigilo, e você pode decidir se quer ou não participar a qualquer momento. Se sentir necessidade, haverá suporte emocional disponível durante ou após a entrevista.

Você pode decidir parar de participar da pesquisa a qualquer momento e também pode retirar seu consentimento sem sofrer qualquer prejuízo. Não haverá custos para você, nem compensação financeira. No entanto, sua participação ajudará a melhorar a aplicação da política de saúde bucal em Fortaleza, beneficiando a comunidade.

As informações obtidas serão usadas apenas para esta pesquisa e serão mantidas em sigilo. Apenas os responsáveis pela pesquisa terão acesso a elas.

Para mais informações, você pode entrar em contato com a responsável pela pesquisa:

Nome: ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: RUA José Vilar, 2281, apto 301.

Telefones para contato: (85) 99944-5474

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da saúde de Fortaleza-CE. Rua: Almirante Barroso, 601, Praia de Iracema, fone: 34521786. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta feira). O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza-CE é a instância da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ___ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____ / ____ / ____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

ANEXO A – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE FORTALEZA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA POLÍTICA BRASIL SORRIDENTE EM FORTALEZA-CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE

Pesquisador: ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88305325.0.0000.0203

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.622.600

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem como objetivo avaliar a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como Brasil Sorridente, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), do município de Fortaleza, Ceará. A pesquisa analisará os avanços, desafios e limitações dessa política desde 2004, com foco na ampliação do acesso, na qualidade do atendimento odontológico e na redução das desigualdades regionais. Com base em análise documental e levantamento de dados epidemiológicos, serão investigados dados situacionais em saúde bucal do município, fragilidades estruturais e potenciais de aprimoramento. Para o alcance dos objetivos propostos, será conduzida uma avaliação em profundidade. Participarão da pesquisa representantes de diversos atores direta ou indiretamente envolvidos na Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente no município de Fortaleza-CE, a saber: cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal da Corregedoria Regional de Saúde I (CORES I) que atuam nas unidades de atenção primária à saúde (UAPS), técnicos/gestores da Secretaria

Municipal de Saúde (SMS) responsáveis pela Rede de Atenção em Saúde Bucal; Coordenador de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e usuários da UAPS Carlos Ribeiro; Este estudo apresentará recomendações para a melhoria da política, promovendo maior equidade e eficiência no atendimento odontológico no SUS. Espera-se que os resultados sejam relevantes para gestores, profissionais de saúde e pesquisadores interessados no aprimoramento das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. O presente estudo se propõe a

Endereço: Rua Almirante Barroso, 601, 1º andar, sala do CEP

Bairro: Praia de Iracema **CEP:** 60.025-905

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3452-1786

E-mail: cep@sms.fortaleza.ce.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE FORTALEZA



Continuação do Parecer: 7.622.600

realizar uma pesquisa social, definida como um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico, com a finalidade de obter respostas para problemas a partir da utilização de procedimentos científicos (Gil, 2019). Esta pesquisa terá abordagem qualitativa, com aportes quantitativos, uma vez que a abordagem qualitativa tem como vantagem a possibilidade de aprofundar a análise dos significados e da experiência de uma política pública (Garcia, 2020). Estudos com essa abordagem visam aprofundar a compreensão de um fenômeno social por meio de entrevistas em profundidade e análises qualitativas da consciência articulada dos atores envolvidos no fenômeno.

Contexto da Pesquisa de Campo: O cenário da pesquisa será o município de Fortaleza-CE. Participarão da pesquisa representantes de diversos atores direta ou indiretamente envolvidos na Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente no município de Fortaleza-CE. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os atores chaves da política em um espaço reservado. As entrevistas semiestruturadas são uma técnica de coleta

de dados em que o entrevistador segue um roteiro com perguntas pré-definidas, mas possui flexibilidade para adicionar novas questões conforme o andamento da conversa. Elas combinam características das entrevistas estruturadas (com roteiro fixo) e não estruturadas (conversa mais espontânea) (SANTOS; CANDERO, 2020). Será adotada a técnica de amostragem por conveniência. As entrevistas serão audiogravadas.

Critério de Inclusão:

Cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal da regional I com 18 anos de experiência ou mais; técnicos/gestores da Secretaria Municipal de Saúde responsáveis pela Rede de Atenção em Saúde Bucal; usuários da UAPS Carlos Ribeiro; Coordenador de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Critério de Exclusão:

Profissionais que estiverem de férias ou licença no período da coleta de dados do estudo

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Avaliar a Política Nacional em Saúde Bucal Brasil Sorridente no âmbito do SUS no Município de FortalezaCeará.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Almirante Barroso, 601, 1º andar, sala do CEP
Bairro: Praia de Iracema **CEP:** 60.025-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3452-1786 **E-mail:** cep@sms.fortaleza.ce.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE FORTALEZA



Continuação do Parecer: 7.622.600

- Analisar os aspectos relacionados à Política Brasil Sorridente no âmbito do SUS em Fortaleza-CE, considerando sua gênese, os objetivos e necessidades e dentro do espaço e contexto político em que está inserida.
- Investigar o contexto de relações de forças políticas e econômicas que atuaram diretamente na incorporação da Política Brasil Sorridente no âmbito do SUS em Fortaleza-CE.
- Investigar fragilidades e potencialidades da Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente no âmbito do SUS no município de Fortaleza-CE.
- Recomendar ações para melhoria da Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente no âmbito do SUS no município de Fortaleza-CE

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Neste estudo, os participantes estarão expostos a riscos mínimos durante o processo de coleta de dados, que consistirá em entrevistas semiestruturadas e em profundidade. Os riscos potenciais incluem a possibilidade de desconforto emocional ao discutir determinados temas sensíveis relacionados ao objeto de pesquisa. Para mitigar esses riscos, serão adotadas medidas de proteção, como a garantia da confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes, o respeito à autonomia para decidir participar ou não da pesquisa e a disponibilidade de suporte emocional caso seja necessário durante ou após as entrevistas. Além disso, os participantes serão informados de forma clara e transparente sobre os objetivos, procedimentos e possíveis impactos da pesquisa, garantindo assim o princípio da autonomia e o consentimento informado.

Benefícios:

O principal benefício da presente pesquisa será a identificação de pontos fortes e áreas de melhoria na aplicação da política de saúde bucal em Fortaleza-CE, possibilitando ajustes e otimizações para melhor atender às necessidades da comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo tem um significado social e o investigador adere aos princípios éticos descritos no folheto de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto: em conformidade;
- Instrumentos de pesquisa: em conformidade;
- Carta de anuência: em conformidade;

Endereço: Rua Almirante Barroso, 601, 1º andar, sala do CEP
Bairro: Praia de Iracema **CEP:** 60.025-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3452-1786 **E-mail:** cep@sms.fortaleza.ce.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE FORTALEZA**



Continuação do Parecer: 7.622.600

- TCLE: claro, com linguagem acessível, discorre sobre os riscos, benefícios e objetivos da investigação, em conformidade
- Cronograma: Não está em conformidade. Coleta de dados não pode iniciar antes do parecer do CEP.
- Orçamento: Em conformidade. Gastos especificados e congruentes à coleta de dados descrita nos métodos.
- Roteiro para entrevistas estruturadas: Em conformidade

Recomendações:

De acordo com as garantias e direitos previstos nas Resoluções CNS nº 466 de 2012 que retrata sobre a universalidade de procedimentos das pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto seguiu todas as recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados: Informações Básicas do Projeto; Orçamento; Projeto Detalhado; Folha de Rosto; Roteiro para entrevistas estruturadas: em conformidade;

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2396823.pdf	04/06/2025 17:25:59		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAa.pdf	04/06/2025 17:12:10	ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLLe.pdf	04/06/2025 17:11:54	ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	02/04/2025 18:06:28	ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA_INVESTIGADOR.pdf	02/04/2025 17:43:55	ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/04/2025 17:34:19	ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL	Aceito

Endereço: Rua Almirante Barroso, 601, 1º andar, sala do CEP
Bairro: Praia de Iracema **CEP:** 60.025-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3452-1786 **E-mail:** cep@sms.fortaleza.ce.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE FORTALEZA

Continuação do Parecer: 7.622.600

Brochura Pesquisa	BROCHURA.pdf	02/04/2025 17:31:32	ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	04/09/2024 14:07:27	ROBERTA VITORINO BELCHIOR MACIEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 06 de Junho de 2025

Assinado por:
GERLY ANNE NOBREGA BARRETO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Almirante Barroso, 601, 1º andar, sala do CEP
Bairro: Praia de Iracema **CEP:** 60.025-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3452-1786 **E-mail:** cep@sms.fortaleza.ce.gov.br