



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**GLEIDSON AGUIAR DA SILVA**

**ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO E DE PAUTAS DA SAÚDE BUCAL NO**  
**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE DE 2004 A 2022**

Recife  
2023

GLEIDSON AGUIAR DA SILVA

**ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO E DE PAUTAS DA SAÚDE BUCAL NO  
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE DE 2004 A 2022**

Trabalho apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2 como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Maria Dantas Cabral de Melo

Co-orientador: Ivo Aurélio Lima Júnior

Recife  
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Gleidson Aguiar da.

Análise da representação e de pautas da saúde bucal no Conselho Municipal de Saúde do Recife de 2004 a 2022 / Gleidson Aguiar da Silva. - Recife, 2023. 40.p, tab.

Orientador(a): Marcia Maria Dantas Cabral de Melo

Coorientador(a): Ivo Aurélio Lima Júnior

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Odontologia - Bacharelado, 2023.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Participação social. 2. Saúde bucal. 3. Brasil Sorridente. 4. Conselho Municipal de Saúde. I. Melo, Marcia Maria Dantas Cabral de . (Orientação). II. Lima Júnior, Ivo Aurélio . (Coorientação). IV. Título.

610 CDD (22.ed.)

GLEIDSON AGUIAR DA SILVA

**ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO E DE PAUTAS DA SAÚDE BUCAL NO  
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE DE 2004 A 2022**

Trabalho apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2 como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Nome do Primeiro avaliador/  
UFPE**

---

**Nome do segundo avaliador/  
UFPE**

---

**Nome do terceiro avaliador/  
UFPE ou de outra instituição**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família por todo apoio, afeto e compreensão, especialmente a meus pais Maria das Dores e Cleidson, pela base de valores e exemplo de vida. Sou grato a minha companheira, Alexandra por todo apoio, paciência e amor dedicados nessa fase de minha vida acadêmica. Sou extremamente grato à minha orientadora, Márcia Dantas, pelos exemplos de profissionalismo, amizade, amorosidade-crítica para com o ser humano e ao meu co-orientador Ivo pela dedicação empreendida em todas as etapas deste trabalho. Sou grato a toda minha turma de graduação, em especial aos amigos Débora, Dryele, Esdras, Fernando, Rayane, Ricarda, Roberto e Yara com quem dividi vários momentos agradáveis e difíceis do curso. Por fim, agradeço a meu amigo Dalton pelas agradáveis reflexões críticas que trocamos nesse período de universidade.

“Sendo fundamento do diálogo, o amor é, também, diálogo. Daí que seja essencialmente tarefa de sujeitos e que não possa verificar-se na relação de dominação. Nesta, o que há é patologia de amor: sadismo em quem domina; masoquismo nos dominados. Amor, não, porque é um ato de coragem, nunca de medo, o amor é compromisso com os homens. Onde quer que estejam estes, oprimidos, o ato de amor está em comprometer-se com sua causa. A causa de sua libertação. Mas, este compromisso, porque é amoroso, é dialógico” (FREIRE, 1987, s. p.).

## RESUMO

O estudo analisou a representação e as pautas de saúde bucal no Conselho Municipal de Saúde do Recife a partir das atas de 2004-2022. Realizou-se um estudo exploratório por meio de análise documental descritiva com abordagem quantitativa e uso de recurso qualitativo. Coletou-se dados entre fevereiro e maio de 2023 das 162 atas disponibilizadas online. Utilizou-se formulário estruturado, cujos dados receberam tratamento quantitativo e um roteiro para análise temática. Foi baixo (23,5%) o quantitativo de atas que abordavam a saúde bucal. Entre estas, houve 60,5% de deliberações e 63,2% registraram a presença do conselheiro de odontologia. Ressalte-se a ausência do segmento usuário nas discussões como um fator que fragiliza construções coletivas sobre esta política. Emergiram das análises qualitativas duas categorias temáticas: Ampliação de cobertura para garantia do acesso com equidade à saúde bucal; Aspectos da organização da Atenção à saúde bucal. Predominaram discussões sobre coberturadas equipes, regulação assistencial, gestão do trabalho, da educação em saúde e integração ensino-serviço. Observou-se vocalização e deliberação sobre demandas do setor, porém, persistem lacunas na formulação e encaminhamentos sobre as demandas apresentadas. Entretanto, as questões de Saúde Bucal têm sido discutidas à luz da política nacional de saúde bucal vigente.

**Palavras-chave:** Participação Social; Saúde Bucal; Brasil Sorridente; Conselho Municipal de Saúde.

## ABSTRACT

The study analyzed the representation and oral health agendas in the Recife Municipal Health Council based on the minutes from 2004-2022. An exploratory study was carried out through descriptive document analysis with a quantitative approach and use of qualitative resources. Data was collected between February and May 2023 from the 162 minutes made available online. A structured form was used, whose data received quantitative treatment and a script for thematic analysis. The number of minutes that addressed oral health was low (23.5%). Among these, there were 60.5% of deliberations and 63.2% registered the presence of the dentistry advisor. It is worth highlighting the absence of the user segment in the discussions as a factor that weakens collective constructions about this policy. Two thematic categories emerged from the qualitative analyzes: Expanding coverage to guarantee equitable access to oral health; Aspects of the organization of oral health care. Discussions predominated about team coverage, care regulation, work management, health education and teaching-service integration. Vocalization and deliberation on the sector's demands were observed, however, gaps persist in the formulation and forwarding of the demands presented. However, oral health issues have been discussed in light of the current national oral health policy.

**Keywords:** Social Participatio; Oral Health; Smiling Brazil; Municipal Health Council.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Número de atas produzidas por biênio de mandato dos conselheiros..... 14

Tabela 2 – Atas com pautas de saúde bucal, deliberação do assunto, presença e atuação do conselheiro da área nas reuniões do colegiado do CMS-Recife..... 14

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2. MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>12</b>
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>14</b>
<b>4. DISCUSSÃO</b>	<b>16</b>
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIA</b>	<b>26</b>
<b>APÊNDICE A</b>	<b>31</b>
<b>APÊNDICE B</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO A</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO B</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, advindo o processo redemocratização, a institucionalização do controle social no SUS constituiu-se em uma peça chave da luta por melhores condições de saúde, pois inaugurou-se uma prática participativa e democrática, por meio da criação dos fóruns formais de participação da sociedade civil organizada, para interferir na gestão pública do setor seja atuando na orientação dos gastos e investimentos, seja contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde de forma a garantir o atendimento dos interesses coletivos<sup>1,2,3</sup>.

Configura-se, a partir de então, um novo padrão de representatividade na construção, operação e gestão das políticas de saúde. Materializado na prática, o controle social, que inclui as Conferências e Conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, tornou-se, um espaço onde se articulam diferentes atores sociais capazes de nortear o processo de desenvolvimento do SUS de modo a favorecer o cumprimento de metas e o respeito à participação social democrática, sendo definido “como o processo no qual a população participa, através de representantes, na definição, execução e acompanhamento das políticas públicas”<sup>4,5</sup>.

Nesse contexto, e numa perspectiva histórica, o subsetor da saúde bucal realizou movimentos para que os problemas e necessidades de saúde bucal fossem incluídos nas discussões das conferências e dos conselhos de saúde de todo o país. Ao mesmo tempo em que, nos espaços específicos das Conferências nacionais de saúde bucal (CNSB) foram sendo gestadas as propostas que influenciaram na formulação das políticas de saúde bucal guiadas pelos princípios e diretrizes do SUS.

Sublinha-se que a importância das CNSB, além de histórica, representou uma forte base reivindicatória para políticas de saúde bucal que iriam se concretizar anos mais tarde. Em 1986, foi realizada a 1ª CNSB, organicamente alinhada à 8ª CNS, quando foi afirmada ser a saúde bucal parte integrante além de inseparável da saúde geral do indivíduo e a saúde como direito de todos e dever do Estado. Em 1993, a 2ª CNSB, teve como tema “A Saúde Bucal como direito de cidadania”, quando foram aprovadas orientações políticas para o setor, para o financiamento e o controle social por meio dos conselhos de saúde. E, em 2004, em um contexto político favorável às políticas sociais e de saúde de cunho redistributivas, foi realizada a 3ª CNSB com o tema “Acesso e qualidade, superando a exclusão social”<sup>6,7,8,9,10</sup>.

Uma série de recomendações vindas das CNSB foram incorporadas pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), implantada em 2004, e que apresenta entre seus princípios a gestão participativa, buscando-se o fortalecimento do controle social para o alcance da ampliação do acesso e melhorias nas condições de saúde bucal da população brasileira<sup>11,12</sup>.

Dessa forma, discute-se sobre a importância em se ter conselheiros do setor da saúde bucal presente nos CMS pelo fato dessa representação possuir função ativa no acompanhamento da PNSB<sup>13,14</sup>. Para Alves-Souza, Saliba (2003)<sup>13</sup> é necessário que a categoria odontológica adquira uma maior representatividade nos Conselhos de Saúde, a fim de exercer o papel de deliberar sobre a definição e o monitoramento das políticas de saúde bucal a serem implementadas.

Nessa ótica, analisar os documentos que estão sendo produzidos pelo controle social, especialmente nos CMS, é relevante para conhecer o potencial que os diversos atores do controle social têm para contribuir positivamente com a PNSB, principalmente em tempos como o atual, quando a participação social na defesa das políticas públicas e do SUS se torna fundamental para barrar o avanço das forças privatistas que disputam o financiamento do SUS<sup>15</sup>.

Portanto, se faz necessário que os avanços significativos alcançados pela PNSB a partir de 2004 continuem como na ampliação no número das equipes de saúde bucal (eSB) na Estratégia em Saúde da Família (ESF) e na atenção secundária com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), além de outros, com vista ao alcance da universalidade do acesso. Nessa perspectiva, ressalta-se, que o futuro da saúde bucal no SUS dependerá da forma como a sociedade civil e os movimentos populares defenderão o direito constitucional à saúde<sup>12,16</sup>.

Apesar, de ser incipiente a produção de estudos nacionais sobre controle social e saúde bucal, a literatura produzida apresenta fragilidades relacionadas a representação e a inserção de pautas de saúde bucal nas reuniões dos conselhos de saúde<sup>14,17</sup>. Em Pernambuco, um estudo realizado em 2012<sup>18</sup> para caracterizar o processo de trabalho das eSB em municípios desse estado, verificou haver uma pequena participação das equipes de saúde bucal nas reuniões do conselho de saúde, sendo os municípios de médio porte, aqueles que apresentam maior frequência.

Diante disso, considera-se relevante a realização de estudos cujo interesse seja o de identificar a inclusão das pautas de saúde bucal nas reuniões dos conselhos de saúde, bem como, verificar a existência ou não de participação dos atores representativos dessa área, caracterizando o nível dessa atuação na implementação das ações e políticas de saúde bucal e no controle social para efetivação das recomendações da PNSB vigente.

Dessa maneira, o objetivo deste estudo foi analisar por meio das atas do Conselho Municipal de Saúde do Recife aspectos referentes a representação e as pautas da saúde bucal no contexto de implementação da PNSB entre 2004-2022.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo define-se como um estudo exploratório por meio de análise documental descritiva, que utilizou método de abordagem quantitativa e uso de recurso quantitativo para explorar as questões do estudo<sup>17</sup>.

O local do estudo foi o Conselho Municipal de Saúde do Recife (CMS-Recife). O CMS-Recife é um órgão responsável pela fiscalização, propositura e deliberação das políticas públicas de saúde do município. A sua criação se deu com a Lei Nº 15.773 de 18 de junho de 1993 que foi regulamentada em 2006 com a Lei Nº 17.280, incluindo as constituições dos conselhos de saúde distritais e de unidade<sup>19,20</sup>. É determinado, nesse instrumento legal, que o CMS é órgão permanente de caráter deliberativo e de composição paritária entre os usuários, trabalhadores e gestores, integrando a estrutura básica da Secretaria de Saúde. Os conselheiros eleitos cumprem o mandato de 2 anos e o colegiado é formado por sete comissões permanentes. Atualmente, é composto por 48 conselheiros, sendo 24 titulares e 24 suplentes, representantes dos segmentos usuários, trabalhadores, gestores e/ou prestadores dos serviços de saúde do Recife<sup>21</sup>.

Pretendeu-se analisar o universo das atas produzidas pelas reuniões dos Colegiados do CMS do Recife (reuniões ordinárias e extraordinárias), no período de 2004 a 2022. Contudo, só puderam ser incluídas as atas que estavam disponibilizadas na plataforma virtual do CMS-Recife, do período de 2012 a 2022, para serem coletadas as informações sobre a representação e/ou as pautas sobre saúde bucal. Pontua-se que não foi possível a coleta presencial de dados por meio das atas físicas existentes no arquivo do CMS-Recife.

Os dados foram coletados servindo-se das atas das reuniões do Colegiado do CMS-Recife, que estavam publicadas no site do referido CMS<sup>21</sup>, no período entre fevereiro e maio de 2023. Para esse fim, foi elaborado um instrumento de coleta de dados: um formulário semiestruturado, cujos dados receberam um tratamento quantitativo e um roteiro que orientou a coleta de dados qualitativos que foram direcionados a identificação nos conteúdos das atas sobre as pautas de saúde bucal e sua discussão bem como sobre a atuação da representatividade nos conteúdos das atas.

O formulário foi composto de dados referentes aos biênios do Colegiado eleito, número de atas produzidas no biênio, quantitativo de reuniões ordinárias e extraordinárias, existência de conselheiro de saúde bucal por biênio, dados sobre a representação de atores da saúde bucal por segmento [trabalhador, gestor/prestador, usuário] e entidade de representação. Como também sobre as pautas de saúde bucal discutidas e incluídas nas atas, deliberação do assunto, participação do conselheiro pedindo a fala para tratar do assunto (APÊNDICE A). Para a elaboração do instrumento de coleta realizou-se pesquisa bibliográfica e em documentos

técnicos do Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Recife e do CMS-Recife que estão disponibilizados no Blog oficial do CMS do Recife<sup>21</sup>.

Os procedimentos metodológicos para coleta de dados qualitativos nos documentos técnicos das atas, significaram realizar uma análise, avaliação, descrição dos seus conteúdos. Bardin (1997)<sup>22</sup>, salienta que tudo o que é dito ou escrito é passível de ser sujeito a uma análise de conteúdo, descrita por esse autor como “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Para a garantia da qualidade dos dados foi realizado um treinamento prévio do estudante-pesquisador responsável por conduzir a coleta de dados quantitativos e qualitativos. Na análise quantitativa dos dados foi utilizado cálculos de estatística descritiva. A digitação dos dados e os cálculos estatísticos foram realizados em planilhas do programa Microsoft Excel, versão 2007. Na abordagem dos dados qualitativos os mesmos foram ordenados categoricamente, para serem interpretados/analísados à luz do suporte teórico consubstanciado das diretrizes da PNSB5. As análises dos conteúdos das atas referentes as pautas de saúde bucal foram realizadas pela análise de conteúdo temática categorial<sup>22</sup>. Todo material coletado foi sistematizado e categorizado para serem submetidos a essa análise. A técnica propõe três etapas: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação.

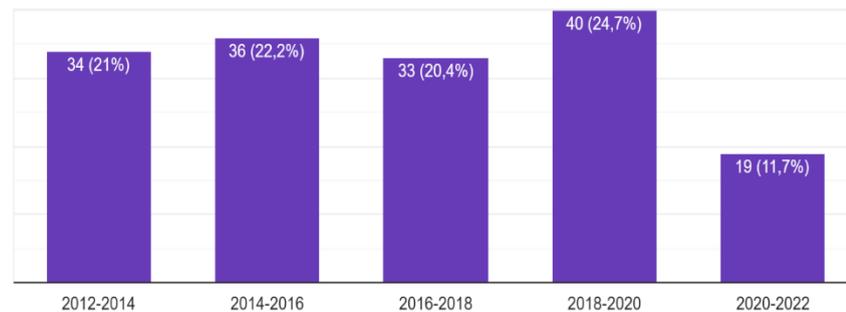
O projeto de pesquisa foi desenvolvido através do programa PIBIC/UFPE/CNPq (Edital PROPESQI nº 02/2022) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, CAAE: 63772222.4.0000.5208. Número do Parecer: 5.708.814.

### 3 RESULTADOS

Um total de 162 atas do período de 2012 a 2022 estavam disponibilizadas no site do CMS-Recife para serem analisadas, independentemente do tipo de reunião, se ordinária ou extraordinária. Contudo predominou as atas referentes as reuniões ordinárias do Colegiado do CMS-Recife (64,2%).

Na tabela 1 estão apresentados os biênios nos quais as atas foram identificadas para serem analisadas (05). Pode-se verificar que foi o biênio 2018-2020 o que obteve o maior quantitativo de atas produzidas.

**Tabela 1- Número de atas produzidas por biênio de mandato dos conselheiros\***



Fonte: elaborado pelo autor (2023)

\* O período de início e término de cada biênio corresponde a data da posse do conselheiro em abril.

Quanto ao segmento de representação do conselheiro da saúde bucal nas reuniões do CMS do Recife, não foi observada a presença de conselheiros nos segmentos gestor e/ou prestador dos serviços e nem do usuário. A totalidade (100%) dessa representação situa-se no segmento trabalhador. Ademais, configurou-se como a única entidade de representação o Sindicato dos Odontologistas de Pernambuco.

Na tabela 2 pode ser verificado que foi baixo (23,5%) o quantitativo de atas com pautas de saúde bucal. Em 60,5% dessas atas foram identificadas deliberações dos assuntos de SB discutidos nas reuniões. A presença de conselheiro de SB foi identificada em 63,2% e houve 33 intervenções desse ator nos debates, significando uma média de 1,4 intervenções. Os anos de 2012 e 2015 concentraram o maior número de registros das falas dos conselheiros que intervieram 17 e 10 vezes, respectivamente.

**Tabela 2. Atas com pautas de saúde bucal (SB), deliberação do assunto, presença e atuação do conselheiro da área nas reuniões do colegiado do CMS-Recife**

<b>Questões</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atas com pautas de SB no período de 2012-2022	38	23,45 <sup>(1)</sup>
Reuniões com deliberação da pauta de SB	23	60,5 <sup>(2)</sup>
Presença do conselheiro de SB nas reuniões com pautas de SB	24	63,2 <sup>(2)</sup>
	<b>n</b>	<b>média</b>
Intervenções dos conselheiros de SB nas reuniões	33 <sup>(3)</sup>	1,4

(1) Valores calculados com base no total de atas (162); (2) Valores calculados com base no total de atas com pautas de SB (38); Cálculo da média com base no total de reuniões com a presença do conselheiro (24).

**Fonte: elaborado pelo autor (2023).**

A identificação, nas atas, dos assuntos e conteúdos de saúde bucal que foram discutidos nas reuniões de colegiado do CMS-Recife permitiram sistematizar os resultados em categorias de acordo com as temáticas identificadas durante as fases de exploração, interpretação e aprofundamento analítico do material. Assim, emergiram duas categorias temáticas, a saber: I) Ampliação de cobertura para garantir o acesso com equidade à saúde bucal; II) Aspectos da organização da Atenção à Saúde bucal.

## 4 DISCUSSÃO

O reflexo da PNSB nas ações municipais em saúde bucal, verificada nas discussões do CMS-Recife, foi o interesse deste estudo, por considerar a forte relação desse espaço de controle social e a implementação das políticas de saúde locais.

Ademais, as Diretrizes da PNSB implementada no país no início da segunda década do século XXI teve seu conteúdo amplamente discutido na 3ª CNSB<sup>23</sup> e na sequência foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS) e Municipais de Saúde (CONASEMS) para serem incorporadas no Plano Nacional de Saúde de 2004<sup>16</sup>.

Devido a problemas de arquivamento das Atas do CMS-Recife, dados importantes referentes a atuação desse colegiado nos oito anos subsequentes a publicação da PNSB, em 2004, quando foram iniciados os movimentos institucionais para estruturação das ações de saúde bucal integradas as redes municipais e estaduais de atenção à saúde a partir da Atenção Básica, ficaram inacessíveis para análise<sup>4,24</sup>.

Em relação à caracterização da representação da saúde bucal no CMS-Recife, os dados do período de 2012 a 2022, revelaram que os conselheiros pertenciam apenas ao segmento trabalhador. A ausência da representação dos usuários pode ser caracterizada como uma limitação importante no mecanismo de controle social das pautas de saúde bucal. Esse fato gera um empobrecimento nas discussões voltadas para construções coletivas de ações de implantação da saúde bucal.

Na Bahia, um estudo semelhante realizado em CMS, encontrou representantes dentistas nos segmentos usuário e gestor, mas o que predominou foi o segmento trabalhador. Ademais, dos 81 municípios pesquisados, apenas em 16 deles existiam alguma representatividade nos conselhos de saúde na área da saúde bucal<sup>14</sup>.

Sobre essa questão, discute-se a importância de incentivar o aumento e a diversificação da representatividade dos atores da saúde bucal nos Conselhos de Saúde com o intuito de direcionar os esforços para qualificar os debates a fim de que estes reflitam as reais necessidades de saúde bucal da população.

Ao mesmo tempo, deve-se contribuir com a formação desses conselheiros para que possam atuar com competências participativas e comprometidas com a democratização das informações em prol do aumento da cobertura e qualificação das ações de saúde bucal. Dessa

forma possibilita-se aos usuários uma apropriação mais crítica das ações que estão sendo implementadas e sobre as decisões que fomentem o acesso oportuno e ágil aos serviços<sup>13,14,17</sup>.

Esse enfoque vem ao encontro do debate sobre a valorização da atuação engajada e ativa dos conselheiros de saúde<sup>25</sup>, pois se requer uma prática de controle social que garanta a formulação, controle e execução das políticas de saúde coerentes com as necessidades de saúde inscritas no perfil sócio sanitário da população e com a finalidade de garantir o direito à saúde com equidade.

Segundo Ditterich, Ditterich, Baldani, (2015)<sup>17</sup> o que caracterizaria as dimensões política e estratégica nos conselhos de saúde seria o exercício de mecanismos participativos e democráticos, em que, o aparato envolvendo a troca de informação em saúde e a disputa por demandas fossem democratizadas e as barreiras que entravam esse processo fossem superadas. Esse fato aponta para a necessidade de um maior aprimoramento no controle social por parte da representação de saúde bucal nas reuniões do conselho.

Na análise do número de atas com pautas de saúde bucal, verificou-se que a frequência de aparecimento de assuntos de saúde bucal foi baixa em relação ao total das atas estudadas. Percentuais ainda menores foram encontrados em outros dois estudos semelhantes<sup>13,17</sup>.

Esses achados da presente pesquisa e desses dois últimos estudos<sup>13,17</sup>, quando confrontados com análises do estudo realizado por Soratto, Witt (2003)<sup>26</sup>, que pode observar fato bem diferente em conselhos com gestores e comunidade que se movimentam em torno dos seus interesses. Mas, esses autores<sup>26</sup> constataram também a existência de dificuldades de manifestação dos trabalhadores da saúde bucal em espaços de controle social nas suas respectivas áreas de atuação, que se traduziram nos baixos percentuais de temas de saúde bucal encontrados nas atas das reuniões dos conselhos analisados.

De forma antagônica a baixa frequência de pautas de saúde bucal, o presente estudo, observou, por meio da análise das atas, que os conselheiros dessa área estavam presentes em grande parte das reuniões onde essas pautas foram discutidas e realizadas intervenções mais de uma vez por reunião. Em um estudo semelhante foi identificado, em atas dos CMS de quatro municípios do Paraná, elogios sobre as intervenções de representantes da categoria odontológica em várias discussões em saúde bucal<sup>13</sup>.

Na abordagem qualitativa deste estudo, as duas categorias temáticas que emergiram da análise dos conteúdos das atas que serão discutidas a seguir.

#### ***Ampliação de cobertura para garantir o acesso com equidade à saúde bucal***

O tema da ampliação das coberturas assistenciais foi a pauta de saúde bucal mais frequentemente encontrada nas atas de reuniões do CMS-Recife analisadas. Durante as reuniões, diferentes dimensões desta temática foram abordadas pelos conselheiros. Entre elas,

destacam-se as denúncias e reclamações acerca da ausência de profissionais e problemas estruturais que comprometiam o funcionamento dos serviços odontológicos de atenção básica e especializados.

[...] referente aos dados de 2012, Teresina 89%, João Pessoa 74% e Recife 28% de cobertura de Saúde Bucal, solicita resposta qual a cobertura hoje de Saúde Bucal, dos 35 (trinta e cinco) convocados dos Dentistas 40h do Concurso de 2012, [...] questiona [...] se não tomaram posse, solicita também a porcentagem de cobertura da Saúde Bucal hoje “2016”, [...] (Ata 200, 2016, p.9).

[...] Em seguida a conselheira [...] coloca a questão da Unidade do Rio da Prata não ter equipe de saúde bucal e as duas cadeiras odontológicas não chegaram, pois foram para o CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, onde o Ministro da Saúde iria visitar (Ata 168, 2012, p.6).

As atas analisadas também revelaram aspectos relativos a alta procura por cuidados odontológicos em um cenário de baixa cobertura populacional por eSB na cidade, supondo-se sobrecarga profissional. Em uma das reuniões, constatou-se a necessidade de contratação de cirurgiões-dentistas para atuarem nas unidades de saúde da família (USF) para suprir a defasagem de equipes existentes. Todavia, houve divergências entre os conselheiros e representantes da Secretaria Municipal de Saúde sobre o quantitativo necessário.

[...] Reforça na proporção da Equipe Saúde da Família “Saúde Bucal”, fala da defasagem absurda de menos 115 (cento e quinze) equipes de Saúde Bucal, diz que essa perspectiva gerada pelo Secretário gerou sobrecarga nos Profissionais “Dentistas atuais”, gerando dificuldade acesso aos usuários, prejudicando o atendimento a população, e pergunta como que a Gestão irá lidar com essa situação.[...] Finaliza, expressando a questão colocada [...], diz que a Gestão está estudando e analisando, hoje a cobertura da Odontologia ainda não é a forma que a Gestão deseja [...] (Ata 200, 2016, p.7).

A demora para realização de agendamentos de consultas pelas eSB e falhas nos serviços foi interpretada pelos conselheiros do Colegiado como um efeito das dificuldades de acesso aos cuidados em saúde bucal e de problemas estruturais existentes nas unidades básicas de saúde, como verificado na Ata 317 em 2018. Ressalte-se que já foi relatado acima (Ata168, 2012) a situação de uma USF em que dois equipos odontológicos não foram entregues e se teve notícia de sua realocação para o CEO de referência daquele território.

Entre 2001 e 2008, o Recife passou por um período de crescimento bastante acentuado na disponibilidade dos serviços básicos de saúde. Seguindo essa tendência, houve um aumento de 213 novas equipe de saúde da família e de 113 eSB. Fato semelhante ocorria na esfera estadual com um aumento das eSB de 237 em 2002 para 721 eSB implantadas até 2005<sup>27</sup>.

Nos planos municipais de saúde do Recife, analisados a partir de 2006, a temática sobre aumento de cobertura para garantia do acesso da população aos serviços de saúde bucal esteve sempre presente. Por meio deles foi possível conhecer alguns dados de cobertura das eSB na rede básica de saúde do Recife, que passou de um quantitativo de 87 eSB<sup>28</sup> para 144 em 2013<sup>29</sup> e 186 eSB em 2018<sup>30</sup>.

Atualmente, o Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025<sup>31</sup>, compromete-se em ampliar a cobertura de saúde bucal de 39% para 44% assumindo como origem da proposta as deliberações da 15ª Conferência Municipal de Saúde: Fortalecer o programa Brasil Sorridente garantindo a ampliação o pleno funcionamento dos serviços novos e dos existentes de saúde bucal, realizando estudo para viabilização de implantação de Centro Especializado em Odontologia (CEO) em todo o município e garantindo a implementação Unidades Odontológicas Móveis em saúde bucal para ampliação dos atendimentos odontológicos nas comunidades com áreas descobertas de Saúde da Família incluindo população em situação de rua, ocupações e palafitas<sup>31</sup>.

Segundo dados disponíveis na plataforma e-Gestor da Atenção Básica do Ministério da Saúde, enquanto o quantitativo de equipes de saúde bucal a nível nacional, no período de 2011 a 2022 teve um aumento, no Recife, houve uma redução.

Nesse período houve uma queda expressiva no quantitativo de eSB na rede básica do Recife que, segundo essa fonte de dados, passou de 211 eSB em 2011 para 191 em 2012 e chegou em seu menor patamar em 2013 com 127 eSB. Já, entre 2013 e 2022, houve uma tímida retomada de crescimento que não conseguiu nem mesmo recuperar o quantitativo de equipes de 2011. Atualmente, existe uma defasagem de 44 equipes quando se compara o período de crescimento interrompido de 2011.

Um estudo, realizado em sites do Ministério da Saúde, entre 2015 e 2017, identificou para o país, aumento de 5,8% no número de eSB e de 6,4% em CEO. A cobertura de primeira consulta odontológica programática decresceu de 14,6% em 2015 para 8,3% em 2017, quando houve redução do financiamento federal, quando comparado a 2016<sup>24</sup>.

Semelhantemente, Lucena et al. (2020)<sup>32</sup> demonstraram que o número de eSB no Brasil aumentou entre 2017 e 2019, mas que houve também um aumento no número de municípios nos quais foi diminuída a quantidade de eSB na ESF, especialmente em localidades já desiguais e adensadas do Nordeste e Sudeste. Ademais, no primeiro semestre de 2020, no contexto da pandemia da Covid-19, foi registrado queda do número de eSB da ESF nesses territórios do país.

Esse período deve ser analisado considerando o ambiente nacional de retirada de direitos

sociais conquistados e projetos de contrarreforma do SUS. Em 2017, a portaria nº 2.436 do Ministério da Saúde que reformulou a Política Nacional de Atenção Básica permitiu a não obrigatoriedade da saúde bucal na ESF. Como também, a emenda Constitucional nº95 que limitou o teto com gastos em saúde e educação, fazendo com que os investimentos menos prioritários nessas áreas fossem reduzidos<sup>33</sup>. O reflexo desse quadro na PNSB foi analisado por Chaves et al. (2017)<sup>24</sup> quando verificaram, entre 2016 e 2017 um cenário político desfavorável à saúde bucal com menor implantação de novos serviços e mudanças sucessivas na coordenação nacional da política.

A análise dos dados da plataforma e-Gestor, em que se constata a redução das eSB no Recife, coincide com o aumento da presença de pautas nas atas das reuniões do CMS-Recife relacionadas com a necessidade de aumento na cobertura dessas equipes, especialmente nos anos de 2012, 2016 e 2017.

Entretanto, muitas dessas pautas com características reivindicatórias, mantendo um certo grau participativo, apresentavam deficiência no caráter de assertividade tendo em vista que poucas deliberações eram acompanhadas de aumento significativo na cobertura dos períodos subsequentes. Diferentemente, os achados do estudo realizado por Alves-Souza, Saliba, (2003)<sup>13</sup>, observou que em muitos dos temas de saúde bucal, presentes nas pautas das reuniões do conselho de saúde, não eram geradas discussões de relevância adquirindo apenas um caráter informativo.

As reuniões do CMS-Recife têm sido, também, espaços para escuta de demandas de grupos historicamente invisibilizados. A luta por garantia de acesso à atenção primária à saúde (APS) e serviços especializados foi pauta de algumas atas que procuraram tratar do acesso e da equidade em saúde bucal para esses grupos. Nas atas 289 e 311, produzidas nos anos de 2015 e 2017 foram tratados, respectivamente, temas sobre pessoas com deficiência física e temas relativos a demandas de grupos LGBTQIA+. Sendo possível observar que esses grupos possuem representação no CMS-Recife.

O tema do acesso aos cuidados odontológicos no grupo de deficientes físicos está presente em discussões sobre as barreiras de acesso existentes. Em uma das atas, problematizou-se os persistentes obstáculos enfrentados pelas Pessoas com Deficiência (PCD) para acessarem os cuidados odontológicos em serviços de APS e hospitalares na cidade do Recife.

[...] Em relação ao transporte social existe um projeto PE-CONDUZ que são para pessoas com deficiência física e com dificuldade de mobilidade, esse projeto é do estado [...] o que estamos tentando viabilizar é a questão do projeto com a garantia da acessibilidade, [...] a pessoa portadora de deficiência tem uma dificuldade de alguém transportá-la para a unidade para realizar um atendimento de tratamento odontológico,

o distrito pode viabilizar com o agendamento prévio programado pelo profissional e reserva um horário para que venha ser feito o número máximo de procedimento nesse paciente (Ata 289, 2015, p.8).

Já referente ao público LGBTQIA+ foram realizados eventos intersetoriais - ações de Promoção de Cidadania e Saúde do Centro Municipal de Referência em Cidadania LGBT do Recife nos Mutirões de Serviços para a População LGBT do Recife (Ata 311, 2017) com inclusão de ações de saúde bucal e com o envolvimento de distritos sanitários e de diferentes atores sociais.

### ***Aspectos da organização da Atenção à saúde bucal***

Essa segunda categoria temática representa um conjunto de questões que foram temas das pautas de saúde bucal discutidas no Colegiado do CMS-Recife no período estudado. Aspectos relacionados a regulação assistencial, gestão do trabalho e da educação em saúde foram os assuntos mais recorrentes nas pautas entre 2012 e 2020.

A problemática da Regulação dos serviços de saúde bucal para facilitar o percurso dos usuários na rede de atenção municipal foram encontradas em cinco atas prevalecendo as discussões sobre a organização dos encaminhamentos das USF para os serviços de atenção secundária, buscando-se a resolutividade, a saber:

[...] Dando continuidade a pauta, ...a Secretária-Executiva de Regulação em Saúde, para a apresentação do programa que tem como objetivo garantir o acesso dos/as usuários/as do SUS aos procedimentos necessários de forma integral, oportuna e resolutiva. [...] A conselheira [...] propôs que fosse feita uma capacitação com os dentistas por se tratar de uma área específica. Disse que a radiografia panorâmica está a contento, mas ressaltou que alguns procedimentos ainda não são regulados (Ata 188, 2015, p.2).

Nessa ata houve a seguinte deliberação:

[...] Composição de uma coordenação de prótese para regulação do serviço. [...] Na Unidade de Saúde da Família Mangueira I, e realizou um levantamento entre os usuários (as) e os trabalhadores da unidade, para saber as dificuldades da Regulação. Nesse sentido, diz que está faltando vagas para Radiografia Panorâmica e vagas para atendimento para Endodontia com canal (Ata 307, 2017, p. 9).

Sobre a gestão do trabalho predominou nas pautas questões referentes a integração ensino-serviço, educação permanente, formação dos trabalhadores e provimento de profissionais.

Em duas atas foram discutidas questões referentes a integração ensino-serviço e formação em saúde bucal coletiva. Em 2015, houve deliberação sobre a adesão por unanimidade ao programa GraduaCEO na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE),

considerado de importância estratégica para adequar o ensino odontológico às necessidades da população e do SUS, como requerido pelas DCN para as áreas da saúde<sup>34</sup>, assim como favorecer a ampliação do acesso dos usuários aos serviços ofertados pelas clínicas-escolas<sup>35</sup>.

[...] Apresentação do GraduaCEO que é um programa instituído por uma portaria do Ministério, que tem como proposta formalizar as vagas que instituições de ensino possuem nas clínicas, a exemplo da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com objetivo de desenvolver ações de promoção e prevenção na Atenção Básica, Atenção Secundária, reabilitação oral e de educação permanente (Ata 280, 2015, p.2).

Em 2018, houve a apresentação do Programa de Residência de Odontologia em Saúde Coletiva (PROSC) com informe sobre seus objetivos, financiamento e conteúdo programático, de modo a formar cirurgiões-dentistas para desenvolverem competências profissionais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da Política de Saúde Bucal, para atuar na gestão, realizando ações de gerenciamento, planejamento, monitoramento e avaliação em diferentes cenários de prática das redes de Atenção à Saúde. Tendo por Instituição Formadora o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira e Instituição Executora a Secretaria de Saúde do Recife (Ata 324, 2018).

Outra questão relevante registrada nas atas foi referente a Educação Permanente (EP) para os trabalhadores de saúde bucal. No documento das diretrizes da PNSB<sup>4</sup> entre seus pressupostos para a reorganização do modelo de atenção em saúde bucal está incluída a definição de política de EP para os trabalhadores em saúde bucal, como uma condição de induzir projetos de mudanças na formação profissional.

Nos Planos Municipais de Saúde do Recife analisados a partir de 2006 até 2022<sup>28, 29, 30, 31</sup> o tema da EP teve relevância para a qualificação dos serviços de saúde, especialmente, com metas serem cumpridas para as equipes profissionais da APS. Um estudo realizado em 2014 registrou diferentes atividades de EP vivenciadas pelas eSB do Recife. Das 107 eSB envolvidas em atividades de EP, 87,5% tinham a participação de todos os seus integrantes e 74,8% consideravam que as mesmas contemplavam as demandas e necessidades da equipe<sup>36</sup>.

Diferentemente dos achados de um estudo realizado no CMS de Nova Friburgo<sup>17</sup>, que encontrou em apenas uma ata, do ano de 2007, discussão sobre a oferta de curso de capacitação para cirurgiões-dentistas, neste estudo no CMS-Recife, foi observado um quantitativo maior de atas com a pautas relativas a educação em saúde para as eSB.

Essa questão da EP esteve presente nas discussões do CMS-Recife seja enquanto reivindicação ou crítica ao planejamento de capacitações. Questões reivindicatórias relacionadas ao orçamento para atividades de EP, relato das dificuldades em conseguir agendar

espaço para eventos e críticas sobre diferenças em cursos ofertados por distritos ou desconhecimento sobre o contingente de dentistas capacitados pelo programa Sanar de enfrentamento de doenças transmissíveis e negligenciadas, foram os assuntos que emergiram das atas 251 e 252 de 2012, atas 188 e 280 de 2015 e ata 302 de 2016.

Entretanto, não foi observada demandas de capacitação para os conselheiros de saúde. Um estudo apontou-se a necessidade de capacitação conselheiros de saúde, com destaque à EP em saúde. Isso, porque foram identificadas limitações no efetivo exercício do papel de conselheiro, dificuldades de interlocução com as bases de representação e o não reconhecimento da participação social como diretriz do SUS por alguns conselheiros entrevistados<sup>37</sup>.

O provimento de profissionais, com o propósito de cumprir as metas dos Planos de Saúde de ampliação de cobertura das eSB, esteve presente nas discussões do CMS-Recife em atas dos anos de 2012 a 2020, acompanhando o processo de indução e recuo da PNSB<sup>4</sup> no que se refere ao aumento de cobertura dos serviços odontológicos<sup>24,27</sup>.

Predominou as pautas deliberativas sobre ampliação e contratação de novas eSB e reivindicações para a absorção dos concursados do cadastro de reserva, contudo registrou-se indefinições sobre os critérios para alocação das novas eSB:

[...] Questionamento sobre a desproporcionalidade das ações da saúde bucal em relação as ações da saúde da família que são menos da metade das realizadas por estas últimas. [...] Chamar profissionais do cadastro de reserva do concurso vigente, ampliação das equipes de Saúde Bucal, de 141 para 166 (Ata 306, 2017, p.3).

Em sua explicação, Arturo mostrou a estratégia de ampliação de Equipes de Saúde da Família (ESF) - cerca de 60 novas equipes -, Equipes Saúde Bucal (ESB) -cerca de 60 novas equipes -, e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para a cobertura da Atenção Básica, (Ata 277, 2014, p.9).

[...] Na questão da estruturação, requer saber se há algum planejamento para a expansão das equipes, onde é sabido que a cobertura de Saúde da Família já é baixa, e de Saúde Bucal em relação a Saúde da Família menor ainda. Apesar de agora todos que estão sendo inaugurada são de igualdade 1 para 1, mas se há algum planejamento para esses 4 (quatro) anos de gestão, se tem algo preparado. [...] (Ata 302, 2016, p.6).

Em 2020, a discussão no Colegiado do CMS-Recife revelou que o cumprimento da meta de ampliação da “Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Estratégia Saúde Bucal e NASF”, não ocorreu (Ata 215, 2020). Vale destacar que, a partir de 2016, no contexto de revisão da Política de Atenção Básica, a rede de atenção pública do SUS sofreu muitos constrangimentos relacionados a desidratação do financiamento e de interferências privadas na gestão da APS<sup>38</sup>.

A questão do provimento adequado de trabalhadores de saúde é uma agenda prioritária da política Brasil Sorridente<sup>39</sup>. Compreende-se que a continuidade dos êxitos alcançados pela PNSB vai depender da capacidade do controle social do SUS em conduzir essa discussão com garantia dos direitos trabalhistas. Vale ressaltar as lutas reivindicatórias que estão sendo travadas nos diferentes espaços do controle social sobre o piso salarial e a carreira SUS.

Por fim, as análises dos conteúdos das atas apontam que houve discussões pouco expressivas sobre a estruturação do nível secundário e foi inexistente a presença nas pautas sobre atenção terciária, ficando evidente o reconhecimento do modelo de atenção de atenção à saúde bucal focado na ESF. Mas as discussões estavam ancoradas na PNSB demonstrando o alinhamento local ao modelo assistencial por ela proposto.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao método, pois baseia-se em dados documentais, que podem apresentar vieses uma vez que dependem da fidedignidade dos registros realizados e disponíveis pelo CMS-Recife, responsável pelas informações. Destaque-se a indisponibilidade no acesso às atas do período entre 2004 e 2011. Para reduzir vieses foram tomadas providências metodológicas para a coleta dos dados e procedimentos analíticos.

Diante do exposto, recomenda-se a realização de estudos com dados primários que considerem a perspectiva dos atores conselheiros municipais de saúde.

## 5 CONCLUSÃO

A partir desta pesquisa, pode-se verificar que o CMS-Recife, apesar da baixa frequência com que as pautas de Saúde Bucal foram abordadas no período estudado, tem funcionado como um lugar de vocalização e deliberação sobre as demandas relacionadas a esse tema, sobretudo, no que diz respeito às baixas coberturas por eSB e aspectos da organização da atenção tais como a regulação assistencial, a gestão do trabalho, da educação em saúde e integração entre ensino e serviço.

No entanto, a ausência da representação dos usuários pode ser compreendida como uma limitação para o enfrentamento das questões de acesso e cobertura assistencial além dessa ausência poder fragilizar as construções coletivas sobre esta política na cidade do Recife. Todavia, persistem entraves na dinâmica decisória e que refletem as lacunas existentes para o reconhecimento destes conselhos como espaços de discussão para formulação sobre políticas de saúde bucal. Apesar disso, verificou-se que as questões de Saúde Bucal têm sido discutidas à luz da política vigente.

## REFERÊNCIAS

1. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14:795–806.
2. Rolim LB, Cruz R de SBLC, Sampaio KJA de J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em debate*. 2013;37:139–47.
3. Shimizu HE, Moura LM de. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saúde e Sociedade*. 2015;24:1180–92.
4. Brasil. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Ministério da Saúde Brasília; 2004.
5. Oliveira ML de, Almeida ES de. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde e Sociedade*. 2009;18:141–53.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
7. Conferência Nacional de Saúde, 8. Brasília, 1986. Anais da 8. Conferência Nacional de Saúde Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-9.
8. de Odontologia CF. II Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final. Em: II Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final. 1993. p. 23–23.

9. Fernandes, GF. A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2011.
10. Narvai PC, Frazão P. O SUS e a política nacional em saúde bucal. In: Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009.
11. Silvestre JAC, de Araújo Dias MS, Teixeira EH. Concepções de promoção da saúde presentes nas conferências nacionais de saúde bucal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2012;25(3):305–10.
12. Narvai PC. Ocaso do ‘Brasil Sorridente’ e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Tempus–Actas de Saúde Coletiva*. 2020;14(1):ág. 175-187.
13. Alves-Souza RA, Saliba O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19:1381–8.
14. Monteiro LS. Atuação dos conselhos municipais de saúde na política nacional de saúde bucal. 2016;
15. Almeida AMF de L, Chaves SCL, Nunes LR, Araújo CO. Posicionamento das entidades odontológicas sobre a Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2015-2017. *Saúde em Debate*. 2018;42:92–110.
16. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus–Actas de Saúde Coletiva*. 2011;5(3):21–34.
17. Ditterich RG, Ditterich ACR, Baldani MH. A política de saúde bucal em pauta no Conselho Municipal de Saúde no Município de Nova Friburgo-RJ. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2015;44:143–51.
18. Pimentel FC, Albuquerque PC de, Martelli PJ de L, Souza WV de, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de

Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28 (suppl):146–57.

19. Lei Ordinária 15773 1993 de Recife PE [Internet]. leismunicipais.com.br. [cited 2023 Sep8]. Available from: <https://leismunicipais.com.br/a1/pe/r/recife/leiordinaria/1993/1577/15773/lei-ordinaria-n-15773-1993-institui-o-conselho-municipal-de-saude-define-o-objetivo-da-conferencia-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias>
20. Lei Ordinária 17280 2006 de Recife PE [Internet]. leismunicipais.com.br. [cited 2023 Sep8]. Available from: <https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/leiordinaria/2006/1728/17280/lei-ordinaria-n-17280-2006-altera-o-conselho-municipal-de-saude-e-cria-os-conselhos-distritais-e-de-unidades-e-revoga-as-leis-n-15773-de-18-de-junho-de-1993-e-16114-de-10-de-novembro-de-1995>
21. Conselho Municipal de Saúde do Recife: Atas [Internet]. Conselho Municipal de Saúde do Recife. [cited 2023 Sep 8]. Available from: <https://cmsaude-recife.blogspot.com/p/conferencia.html>
22. Bardin L, De Conteúdo A. Lisboa: Edições 70. Obra original publicada em. 1977;
23. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 3a Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
24. Chaves SCL, Almeida AMF de L, Rossi TRA, Santana SF de, Barros SG de, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22:1791–803.
25. SOUZA, T0 de et al. Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. *Revista brasileira de enfermagem*. 2012; 65: 215-221.
26. Soratto J, Witt RR. Participação e controle social: percepção dos trabalhadores da saúde da família. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2013;22:89–96.

27. Silva SF da, Martelli PJ de L, Sá DA de, Cabral AP de, Pimentel FC, Monteiro I da S, et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:211–20.
28. Recife. Plano Municipal de Saúde 2006-2009 [Internet]. Recife: Prefeitura do Recife.2005.
29. Recife, 2014: RECIFE. Prefeitura. Relatório anual de gestão – 2013. Versão preliminar. Recife, 2014.
30. Recife. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Secretaria de Saúde do Recife Recife; 2018.
31. Recife. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Secretaria de Saúde do Recife Recife;
32. Lucena EHG de, Lucena CDRX de, Alemán JA de S, Pucca Júnior GA, Pereira AC, Cavalcanti YW. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. *Revista de Saúde Pública*. 2020;54:99.
33. Rossi TRA, Lorena JE de, Chaves SCL, Martelli PJ de L. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24:4427–36.
34. Faé JM, Junior MFS, de Carvalho RB, Esposti CDD, dos Santos Pacheco KT. A integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil. *Revista da ABENO*. 2016;16(3):7–18.
35. Furtado KKFA, de Abreu Alves W, Costa LED, de Sousa RL, Rodrigues R de QF, Ribeiro RA, et al. Viabilidade de adesão do curso de Odontologia da UFCG ao GraduaCEO. *Revista da ABENO*. 2016;16(3):58–65.

36. da Silva Monteiro I, da Silveira Moreira R, Feitosa Farias S. Atenção em Saúde Bucal do município de Recife: avaliação pós-adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica. *Revista de Atencao Primaria a Saude*. 2020;23(1).
37. Zambon VD, Ogata MN. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. *Revista brasileira de enfermagem*. 2013;66:921–7.
38. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25:1181–8.
39. Gabriel M, Cayetano MH, Chagas MM, Araujo ME de, Dussault G, Pucca Junior GA, et al. Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Ciência & Saúde Coletiva*.

## APÊNDICE A

### FORMULÁRIO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA

#### **Bloco 1 – Dados individualizados das Atas :**

1. Biênio do Mandato dos Conselheiros: \_\_\_\_\_
2. Ano da Ata: \_\_\_\_\_
3. Nº da Ata: \_\_\_\_\_
4. Data da Ata analisada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. Tipo de Reunião da Ata: ( ) Ordinária ( ) Extraordinária
- 5.1 Presença do Conselheiro da Saúde bucal na Reunião Sim ( ) Não ( )
- 5.2. Se sim, qual a Representação do Conselheiro da saúde bucal por segmento:  
( ) Segmento do trabalhador ( ) Segmento do gestor ( ) Segmento usuário
- 5.3. Expecificar qual a entidade da representação do conselheiro de saúde bucal:

#### **Bloco 2 - Dados sobre as pautas de Saúde Bucal:**

6. Presença de pauta de saúde bucal registrada na Ata: ( ) Sim ( ) Não
- 6.1. Se sim, qual o assunto de saúde bucal incluído na pauta da reunião:  
\_\_\_\_\_
- 6.2. Se sim, houve deliberação (decisão/encaminhamento) do assunto:  
\_\_\_\_\_
7. Número de vezes que o conselheiro de saúde bucal pediu a fala para tratar do assunto:  
\_\_\_\_\_

## APÊNDICE B CARTA DE ANUÊNCIA



### CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) a pesquisador (a) Gleidson Aguiar daSilva, a desenvolver o seu projeto de pesquisa: Análise da Representação e de Pautas da Saúde Bucal no CMS do Recife de 2004 a 2022, que está sob a orientação do (a) Prof. (a) Márcia Maria Dantas Cabralde Melo, cujo objetivo é Analisar as Atas das reuniões de Colegiado do Conselho Municipal de Saúde do Recife realizadas a partir da implantação na Política Nacional de Saúde Bucal em 2004 para identificar a representação da saúde bucal e as temáticas de saúde bucal abordadas, no período de 2004 à 2022, nesta Instituição, bem como cederemos o acesso aos dados das Atas das reuniões desse Colegiado para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

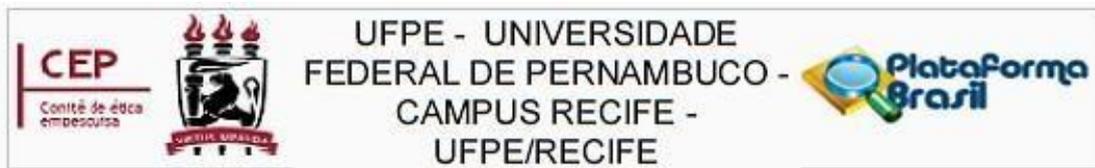
Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 27 de agosto de 2022

  
**Romildo Candido da Silva**  
 Secretário-Executivo do CMS-Recife

Rua dos Palmares, 253 - Santo Amaro - Recife - PE  
 CEP: 52.100-000 - Fone/fax: (81) 3223-3300/ 3031-4745, E-mail:  
 cmsrecife@recife.pe.gov.br  
<http://www.cms.saude-recife.blogspot.com/>

## ANEXO A PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da Representação e de Pautas da Saúde Bucal no CMS do Recife de 2004 a 2022

**Pesquisador:** Márcia Maria Dantas Cabral de Melo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 63772222.4.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.708.814

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de iniciação científica Projeto aprovado Pelo Edital PROPESQUI Nº 02/202 – PIBIC/UFPE/CNPq sob a orientação da Profa. Dra. Márcia Maria Dantas Cabral e Co-orientação do Prof. Dr. Ivo Aurélio Lima Júnior com a participação do aluno pesquisador Gleidson Aguiar da Silva do Departamento de Clínica e Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

#### Objetivo da Pesquisa:

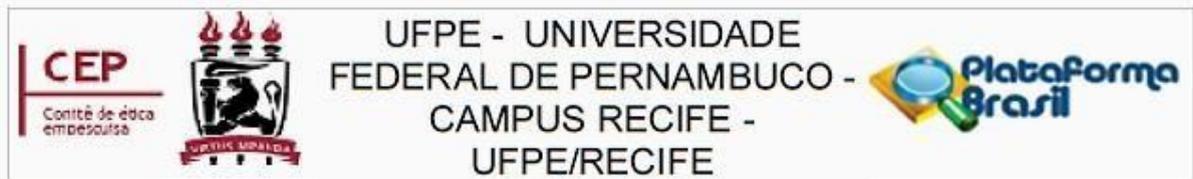
**Objetivo Geral:**

Analisar por meio das atas do Conselho Municipal de Saúde do Recife a representação e as pautas da saúde bucal e estabelecer relação com as diretrizes formuladas para a área da saúde bucal do município de 2004 a 2022, desde a implantação da PNSB.

**Objetivos específicos:**

- a) Caracterizar a representação dos atores da saúde bucal na condição de conselheiros, por segmento (usuário, trabalhador, gestor/prestador), mandato de representação, frequência e participação nas reuniões do Colegiado do CMS-Recife.
- b) Verificar no conteúdo das atas do CMS-Recife a inclusão nas pautas de temas sobre saúde

**Endereço:** Av. das Engenhas, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.708.814

bucal, as deliberações a respeito e a atuação propositiva do conselheiro dessa área.

c) Construir uma matriz síntese para verificar relação entre as propostas de ação para a saúde bucal identificadas nos Planos Municipal de Saúde e nos Relatórios das Conferências Municipais de Saúde do Recife, com as questões de saúde bucal tratadas e deliberadas pelo CMS, ao longo do período do estudo (2004-2022).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Risco:** o estudo se enquadra na modalidade de pesquisa de risco, como por exemplo, a possibilidade de quebra de sigilo das informações dos sujeitos que estão arquivadas em banco de dados do Conselho Municipal de Saúde do Recife que serão utilizados por este estudo. Como forma de minimizar será garantida que as informações pessoais dos sujeitos serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

**Benefícios:** como benefício direto haverá a garantia de retorno dos resultados ao Conselho Municipal de Saúde (conselheiros) e a possibilidade de ampliar a reflexão a respeito do tema estudado. Os benefícios indiretos estão relacionados à contribuição do estudo com a publicização de subsídios para que os segmentos de representação da saúde bucal no Conselho Municipal de Saúde para que possa ser avaliada com vistas a melhoria do protagonismo da área para garantir e monitorar a implementação e qualificação das políticas de saúde bucal planejadas para a Rede SUS municipal.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É baixa a produção de estudos que busquem caracterizar a participação de segmentos da saúde bucal na condição de conselheiros dos conselhos de saúde, observando-se que lacuna maior ocorre na literatura nacional quando se associa especificamente a discussão sobre a efetivação da PNSB e os CMS.

Diante disso, considera-se relevante a realização de estudos cujo interesse é identificar a existência de participação dos diferentes atores da saúde bucal nos Conselhos de Saúde para caracterizar o tipo de participação por segmento e a atuação na defesa das pautas referente à implementação das ações e políticas de saúde bucal, exercendo-se assim o controle social para garantir a efetivação das

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.708.814

ações de saúde bucal à luz das recomendações da PNSB vigente.

Dessa maneira, contribui-se para ampliar o conhecimento sobre o estágio de avanço do setor da saúde bucal nos espaços de discussão e deliberação das políticas de saúde do SUS, bem como sobre o cenário da participação dos profissionais de saúde bucal e suas entidades representativas no conselho municipal de saúde da cidade do Recife, desde incorporação da PNSB. Assim, subsidiam-se estudos futuros quanto à prática do controle social no SUS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes termos de apresentação obrigatória:

1. Projeto detalhado;
2. Folha de rosto;
3. Currículo lattes dos pesquisadores;
4. Termo de confidencialidade;
5. Carta de anuência;
6. Termo de dispensa de TCLE.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Protocolo Aprovado.

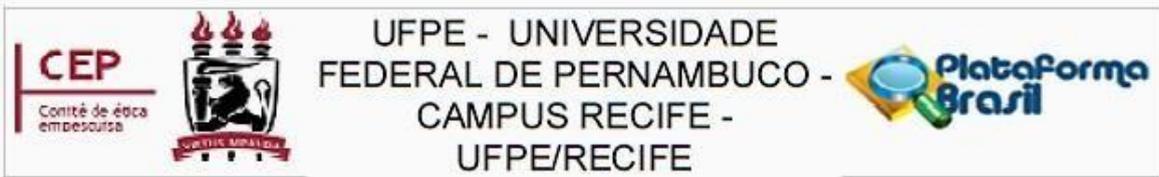
**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO, com autorização para iniciar a coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em [www.ufpe.br/cep](http://www.ufpe.br/cep) para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** [cephumanos.ufpe@ufpe.br](mailto:cephumanos.ufpe@ufpe.br)



Continuação do Parecer: 5.708.814

EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada com a devida justificativa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2023908.pdf	28/09/2022 14:06:59		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinada.pdf	26/09/2022 13:39:11	Márcia Maria Dantas Cabral de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado092022.pdf	25/09/2022 22:20:04	Márcia Maria Dantas Cabral de Melo	Aceito
Outros	lattesivo.pdf	25/09/2022 14:09:55	Márcia Maria Dantas Cabral de Melo	Aceito
Outros	lattesmarcia.pdf	25/09/2022 14:09:13	Márcia Maria Dantas Cabral de Melo	Aceito
Outros	lattesgleidson.pdf	25/09/2022 14:08:36	Márcia Maria Dantas Cabral de Melo	Aceito
Outros	TermoConfidencialidadecms2022.pdf	25/09/2022 14:08:21	Márcia Maria Dantas Cabral de Melo	Aceito
Declaração de concordância	cartadeanuenciaCMS0922.pdf	25/09/2022 14:07:49	Márcia Maria Dantas Cabral de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensadetclecms2022.pdf	25/09/2022 14:07:12	Márcia Maria Dantas Cabral de Melo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



UFPE - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
CAMPUS RECIFE -  
UFPE/RECIFE



Continuação do Parecer: 5.708.814

RECIFE, 19 de Outubro de 2022

---

**Assinado por:**  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

## ANEXO B

### NORMAS DA REVISTA

**Revista: Saúde em Debate**

#### ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

#### Modalidades de textos aceitos para publicação

**Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

**Importante:** em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

#### Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

#### O texto deve conter

##### Na primeira página:

**Título:** que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

**Resumo:** em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

**Palavras-chave:** ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a ‘Saúde em Debate’ apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

#### **No corpo do texto:**

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos.

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados.

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada.

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o ‘Manual de Normalização de Referências’ elaborado pela editoria do Cebes.

**Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.**

#### **OBSERVAÇÕES**

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: ‘porta de entrada’; ‘Saúde em Debate’. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.