

Análise da representação e de pautas da saúde bucal no Conselho Municipal de Saúde do Recife

Analysis of the representation and agendas of oral health in the Municipal Health Council of Recife

Análisis de la representación y agendas de la salud bucal en el Consejo Municipal de Salud de Recife

Gleidson Aguiar da Silva
Ivo Aurélio Lima Júnior
Márcia Maria Dantas Cabral de Melo

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar, por meio das atas do Conselho Municipal de Saúde do Recife, aspectos referentes à representação e às pautas da saúde bucal no contexto de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal. Realizou-se um estudo exploratório por meio de análise documental descritiva com abordagem quantitativa e uso de recurso qualitativo. Pretendeu-se analisar as atas de 2004 a 2022, sendo os dados coletados em 2023. Utilizou-se um formulário semiestruturado, cujos dados receberam tratamento quantitativo, e um roteiro para análise qualitativa. Um total de 162 atas do período de 2012 a 2022 puderam ser analisadas, pois apenas esse período estava disponibilizado no site do Conselho Municipal de Saúde do Recife para que os dados fossem coletados. O quantitativo de atas que abordavam a saúde bucal foi baixo (23,5%). Entre estas, houve 60,5% de deliberações e 63,2% registraram a presença do conselheiro de odontologia. Ressalta-se a ausência do segmento usuário nas discussões, o que fragiliza as construções coletivas sobre esta política. Emergiram das análises qualitativas duas categorias temáticas: ampliação de cobertura para garantia do acesso com equidade à saúde bucal e aspectos da organização da atenção à saúde bucal. Predominaram discussões sobre cobertura das equipes, regulação assistencial, gestão do trabalho, educação em saúde e integração ensino-serviço. Observou-se vocalização e deliberação sobre demandas do setor; porém, persistem lacunas na formulação e encaminhamentos das 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, Política de Saúde, Controle Social Formal

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze, through the minutes of the Recife Municipal Health Council, aspects related to the representation and agendas of oral health in the context of the implementation of the National Oral Health Policy. An exploratory study was conducted using descriptive documentary analysis with a quantitative approach and the use of qualitative resources. The intention was to analyze the minutes from 2004 to 2022, with data collected in 2023. A semi-structured form was used, with data treated

quantitatively, and a guide for qualitative analysis. A total of 162 minutes from the period 2012 to 2022 could be analyzed, as only this period was available on the Recife Municipal Health Council's website for data collection. The percentage of minutes that addressed oral health was low (23.5%). Among these, 60.5% contained deliberations, and 63.2% recorded the presence of the dentistry counselor. The absence of the user segment in the discussions was noted, which weakens collective constructions around this policy. Two thematic categories emerged from the qualitative analyses: expanding coverage to ensure equitable access to oral health and aspects of the organization of oral health care. Discussions predominantly focused on team coverage, care regulation, work management, health education, and the integration of teaching and service. There was vocalization and deliberation on sector demands; however, gaps remain in the formulation and follow-up of the presented demands. Nevertheless, oral health issues have been discussed in light of the current National Oral Health Policy.

Keywords: Social Participation, Oral Health, Health Policy, Social Control Formal

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar, a través de las actas del Consejo Municipal de Salud de Recife, aspectos relacionados con la representación y las agendas de la salud bucal en el contexto de la implementación de la Política Nacional de Salud Bucal. Se realizó un estudio exploratorio mediante análisis documental descriptivo con enfoque cuantitativo y uso de recurso cualitativo. Se pretendió analizar las actas de 2004 a 2022, recogiéndose los datos en 2023. Se utilizó un formulario semiestructurado, cuyos datos recibieron tratamiento cuantitativo, y un guion para el análisis cualitativo. Se pudieron analizar un total de 162 actas del período 2012 a 2022, ya que solo ese período estaba disponible en el sitio web del Consejo Municipal de Salud de Recife para la recopilación de datos. El porcentaje de actas que abordaban la salud bucal fue bajo (23,5%). Entre estas, el 60,5% contenían deliberaciones y el 63,2% registraron la presencia del consejero de odontología. Se destaca la ausencia del segmento usuario en las discusiones, lo que debilita las construcciones colectivas sobre esta política. Surgieron de los análisis cualitativos dos categorías temáticas: ampliación de la cobertura para garantizar el acceso equitativo a la salud bucal y aspectos de la organización de la atención de salud bucal. Predominaron discusiones sobre la cobertura de los equipos, la regulación asistencial, la gestión del trabajo, la educación en salud y la integración enseñanza-servicio. Se observó la vocalización y deliberación sobre demandas del sector; sin embargo, persisten lagunas en la formulación y el seguimiento de las demandas presentadas. No obstante, los temas de salud bucal se han discutido a la luz de la Política Nacional de Salud Bucal vigente.

Palabras clave: Participación Social, Salud bucal, Política de Salud, Control Social Formal

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, advindo o processo de redemocratização, a institucionalização do controle social no SUS constituiu-se em como peça chave na luta por melhores condições de saúde¹. Isso inaugurou uma prática participativa e democrática, por meio da criação dos fóruns formais de participação da sociedade civil organizada, com o objetivo de interferir na gestão pública do setor, seja orientando os gastos e investimentos, seja contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde de forma a garantir o atendimento dos interesses coletivos^{2,3,4}.

A partir desse momento, configurou-se um novo padrão de representatividade na construção, operação e gestão das políticas de saúde. O controle social, materializado na prática por meio das Conferências e dos Conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde, tornou-se um espaço onde se articulam diferentes atores sociais capazes de orientar o processo de desenvolvimento do SUS, favorecendo o cumprimento de metas e o respeito à participação social democrática. Ele é definido como "o processo no qual a população participa, por meio de representantes, na definição, execução e acompanhamento das políticas públicas"^{5,6}.

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 em todo o país. Ao mesmo tempo, nos espaços específicos das Conferências nacionais de saúde bucal (CNSB), foram sendo gestadas as propostas que influenciaram na formulação das políticas de saúde bucal, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

Sublinha-se que a importância das CNSB, além de histórica, representou uma forte base reivindicatória para políticas públicas de saúde bucal que se concretizariam anos mais tarde. Em 1986, ocorreu a 1ª CNSB, alinhada organicamente à 8ª CNS, quando foi afirmado que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Em 1993, na 2ª CNSB, cujo tema foi "A Saúde Bucal como direito de cidadania", foram aprovadas diretrizes políticas para o setor, abordando o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde. Em 2004, em um contexto político favorável às políticas sociais e de saúde com viés redistributivo, ocorreu a 3ª CNSB, com o tema "Acesso e qualidade, superando a exclusão social"^{7,8,9,10,11}.

Uma série de recomendações oriundas das CNSB foram incorporadas pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), implementada em 2004, que apresenta entre seus

princípios a gestão participativa, buscando fortalecer o controle social para ampliar o acesso, a partir dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira^{12,13}.

Dessa forma, discute-se a importância de ter conselheiros do setor da saúde bucal presentes nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), pois essa representação deve desempenhar uma função ativa no acompanhamento da PNSB^{14,15}. Segundo Alves-Souza e Saliba (2003)¹⁴, é necessário que a categoria odontológica adquira uma representatividade maior 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 na rede de atenção do SUS, além das intersetoriais.

Na perspectiva mencionada, analisar os documentos produzidos pelo controle social, especialmente nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), é relevante para compreender o potencial que os diversos atores do controle social têm para contribuir positivamente com a PNSB. Isso é especialmente crucial nos tempos atuais, em que a participação social na defesa das políticas públicas e do SUS se torna fundamental para conter o avanço das forças privatistas que disputam o financiamento do SUS¹⁶.

Portanto, é necessário que os avanços significativos alcançados pela PNSB a partir de 2004 sejam mantidos, como a ampliação do número de 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), entre outros, visando alcançar a universalidade do acesso. Nessa perspectiva, destaca-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^{13,17}.

Apesar de ser incipiente a produção de estudos nacionais sobre controle social e saúde bucal, a literatura existente apresenta fragilidades relacionadas à representação e à inserção de pautas de saúde bucal nas reuniões dos Conselhos de Saúde^{15,18}. Em Pernambuco, um estudo realizado em 2012¹⁹ para caracterizar o processo de trabalho das eSB em municípios desse estado constatou uma participação reduzida dessas equipes nas reuniões do Conselho de Saúde, sendo os municípios de médio porte os que apresentam uma frequência maior.

Diante disso, considera-se relevante a realização de estudos cujo interesse seja identificar a inclusão das pautas de saúde bucal nas reuniões dos Conselhos de Saúde, bem como verificar a 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 à representação e às pautas da saúde bucal no contexto de implementação da PNSB.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é descrito como uma pesquisa exploratória que emprega análise documental descritiva, utilizando método de abordagem quantitativa e recursos quantitativos para explorar as questões do estudo¹⁸. O local da pesquisa foi o Conselho Municipal de Saúde do Recife (CMS-Recife), um órgão responsável pela fiscalização, proposição e deliberação das políticas públicas de saúde do município.

O CMS-Recife foi criado pela Lei Nº 15.773 de 18 de junho de 1993 e regulamentado em 2006 pela Lei Nº 17.280, que inclui as constituições dos Conselhos de Saúde distritais e de unidade^{20,21}. De caráter permanente e deliberativo, esse Conselho é composto por representantes dos usuários, trabalhadores, gestores e/ou prestadores de serviços de saúde do Recife, totalizando 48 conselheiros, sendo 24 titulares e 24 suplentes, com mandato de 2 anos²². Pretendeu-se analisar as atas das reuniões do CMS-Recife no período de 2004 a 2022, com foco na representação e pautas relacionadas à saúde bucal que estivessem disponibilizadas para consulta.

Os dados foram coletados a partir das atas das reuniões do Colegiado do CMS-Recife, as quais estavam disponíveis no site do referido CMS, durante o período de fevereiro a maio de 2023. Para esse propósito, foi desenvolvido um formulário semiestruturado, o qual recebeu tratamento quantitativo para os dados, bem como um roteiro que orientou a coleta de dados qualitativos, voltados para a identificação nos conteúdos das atas das pautas relacionadas à saúde bucal e suas discussões, assim como sobre a atuação da representatividade da saúde bucal.

O formulário foi composto por dados referentes aos biênios do Colegiado eleito, incluindo o número de atas produzidas durante o biênio, quantidade de reuniões ordinárias e extraordinárias, presença de conselheiros de saúde bucal por biênio, informações sobre a representação dos atores da saúde bucal por segmento (trabalhador, gestor/prestador, usuário) e entidade de representação, assim como sobre as pautas de saúde bucal discutidas

e incluídas nas atas, deliberações sobre o assunto e participação do conselheiro solicitando a palavra para tratar do tema. Para a elaboração do instrumento de coleta, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em documentos técnicos do Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Recife e do CMS-Recife, os quais estão disponíveis no Blog oficial do CMS do Recife²². Os procedimentos metodológicos para coleta de dados qualitativos nos documentos técnicos das atas, são direcionados à análise, avaliação e descrição de seus conteúdos. Bardin (1997)²³ 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 garantir a qualidade dos dados, foi realizado um treinamento prévio do estudante-pesquisador responsável por conduzir a coleta de dados.

Na análise quantitativa dos dados, foram utilizados 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, estes foram ordenados categoricamente para serem interpretados e analisados à luz do suporte teórico embasado nas diretrizes da PNSB⁵. As análises dos conteúdos das atas referentes às pautas de saúde bucal foram realizadas pela análise de conteúdo temática categorial. Todo o material coletado foi sistematizado e categorizado para ser submetido a essa análise. A técnica propõe três etapas: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação.

O projeto de pesquisa foi desenvolvido com financiamento do programa PIBIC/UFPE/CNPq (EditalPROPESQI 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.

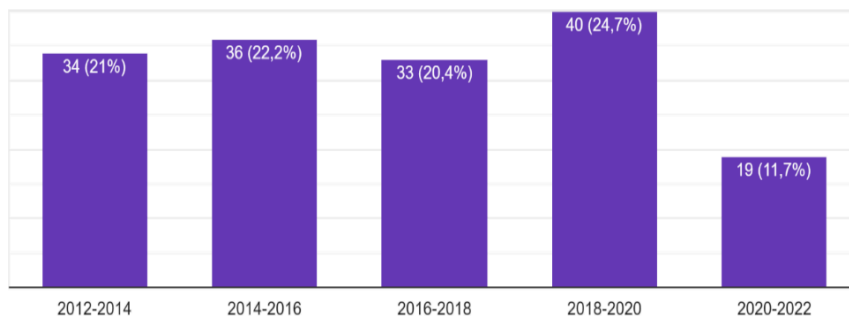
3 RESULTADOS

Um total de 162 atas do período de 2012 a 2022 puderam ser analisadas, pois apenas esse período estava disponibilizado no site do CMS-Recife para que os dados fossem coletados. Predominaram as atas referentes às 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 o biênio 2018-2020 foi 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)

Nota: * O período de início e término de cada biênio corresponde a data da posse do conselheiro no mês de 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, 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 sobre os 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.

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

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Nota: (1) Valores calculados com base no total de atas (162); (2) Valores calculados com base no total de atas compactadas de SB (38); Cálculo da média com base no total de reuniões com a presença do

conselheiro (24).

A identificação, nas atas, dos assuntos e conteúdos de saúde bucal discutidos nas reuniões de colegiado do CMS-Recife permitiu a sistematização dos 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:

- I) Ampliação da cobertura para garantir o acesso equitativo 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 doséculo XXI teve seu conteúdo amplamente discutido na 3ª CNSB²⁴ 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 2004¹⁷.

Devido a problemas de arquivamento das Atas do CMS-Recife, dados importantes referentes à atuação desse colegiado nos oito anos subsequentes à publicação da PNSB, em 2004, quando foram iniciados os movimentos institucionais para estruturação das ações de saúde bucal integradas às redes municipais e estaduais de atenção à saúde a partir da Atenção Básica, ficaram inacessíveis para análise^{5,25}.

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. Além disso, dos 81 municípios pesquisados, apenas em 16 deles existia alguma representatividade nos Conselhos de Saúde na área da saúde bucal¹⁵. 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, visando ao aumento da cobertura e à qualificação das ações de saúde bucal. Dessa forma, possibilita-se aos usuários uma apropriação mais crítica das ações que estão sendo implementadas e das decisões que fomentam o acesso oportuno e ágil aos serviços^{14,15,18}.

Esse enfoque vem ao encontro do debate sobre a valorização da atuação engajada e ativa dos conselheiros de saúde²⁶, pois 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 socio-sanitário da população e com o propósito de garantir o direito à saúde com equidade.

Segundo Ditterich, Ditterich, Baldani, (2015)¹⁸ o que caracterizaria as dimensões política e estratégica nos Conselhos de Saúde seria o exercício de mecanismos participativos e democráticos, nos quais o aparato envolvendo a troca de informação em saúde e a disputa por demandas fossem democratizados e as barreiras que entravam nesse 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 assuntos relacionados à saúde bucal foi baixa em relação ao total das atas estudadas. Percentuais ainda menores foram encontrados em outros dois estudos semelhantes^{14,18}.

Esses achados da presente pesquisa e dos dois últimos estudos^{14,18}, quando confrontados com a análise realizada por Soratto e Witt (2003)²⁷, revelam um cenário bem diferente em Conselhos nos quais gestores e comunidade se movimentam em torno de seus interesses. No entanto, os autores²⁷ também constataram a existência de dificuldades na manifestação dos trabalhadores da saúde bucal em espaços de controle social em suas respectivas áreas de atuação, o que se refletiu nos baixos percentuais de temas relacionados à saúde bucal encontrados nas atas das reuniões dos Conselhos de Saúde analisados.

De forma antagônica à 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 esses temas foram discutidos, realizando intervenções mais de uma vez por reunião. Em um estudo semelhante, foram identificados, em atas dos CMS de quatro municípios do Paraná, elogios às intervenções dos representantes da categoria odontológica em várias discussões sobre saúde bucal¹⁴. Na abordagem qualitativa deste estudo, emergiram duas categorias temáticas da análise dos conteúdos das atas, as quais serão discutidas a seguir:

4.1 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 dessa 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 iriavisitar (Ata 168, 2012, p.6).

As atas analisadas também revelaram aspectos relativos à alta procura por cuidados odontológicos em um cenário de baixa cobertura populacional por eSB na cidade, sugerindo uma possível sobrecarga profissional. Em uma das reuniões, constatou-se a necessidade de contratação de cirurgiões-dentistas para atuarem nas unidades de saúde da família (USF) e suprirem a defasagem de equipes existentes. No entanto, 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 a realização de agendamentos de consultas pelas equipes de saúde bucal (eSB) e as falhas nos serviços foram interpretadas pelos conselheiros do Colegiado como um efeito das dificuldades de acesso aos cuidados em saúde bucal e dos problemas estruturais existentes nas unidades básicas de saúde, conforme verificado na Ata 317 de 2018. Ressalte-se que já foi relatado anteriormente (Ata 168, 2012) a situação de uma unidade de saúde da família (USF) em que dois equipamentos odontológicos não foram entregues e foram realocados para o Centro de Especialidades Odontológicas (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 equipes de saúde da família e de 113 eSB. Fato semelhante ocorreu na esfera estadual com um aumento das eSB de 237 em 2002 para 721 eSB implantadas até 2005²⁸.

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 passaram de um quantitativo de 87 eSB²⁹ para 144 em 2013³⁰ e 186 eSB em 2018³¹.

Atualmente, o Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025³² compromete-se a ampliar a cobertura de saúde bucal de 39% para 44%, assumindo como origem da proposta as deliberações da 15ª Conferência Municipal de Saúde. Entre os objetivos, destacam-se fortalecer o programa Brasil Sorridente garantindo a ampliação e o pleno funcionamento dos novos e existentes serviços de saúde bucal, realizar um estudo para viabilizar a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em todo o município e implementar Unidades Odontológicas Móveis. Essas unidades móveis visam ampliar os atendimentos odontológicos nas comunidades com áreas descobertas pela Saúde da Família, incluindo a população em situação de rua, ocupações e palafitas³².

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

aumentou no período de 2011 a 2022, no Recife houve uma redução.

Nesse período, houve uma queda expressiva no número de eSB na rede básica do Recife, que passou de 211 eSB em 2011 para 191 em 2012, chegando ao seu menor patamar em 2013 com 127 eSB. Entre 2013 e 2022, houve uma tímida retomada de crescimento, que não conseguiu recuperar o quantitativo de equipes de 2011. Atualmente, existe uma defasagem de 44 equipes quando se compara com o período de crescimento interrompido de 2011.

Um estudo realizado em sites do Ministério da Saúde, entre 2015 e 2017, identificou um aumento de 5,8% no número de eSB e de 6,4% em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no país. No entanto, a cobertura de primeira consulta odontológica programática diminuiu de 14,6% em 2015 para 8,3% em 2017, coincidindo com uma redução do financiamento federal em comparação a 2016²⁵.

Semelhantemente, Lucena et al. (2020)³³ demonstraram que o número de eSB no Brasil aumentou entre 2017 e 2019, mas também houve um aumento no número de municípios que diminuíram a quantidade de eSB na Estratégia Saúde da Família (ESF), especialmente em localidades já desiguais e densamente povoadas do Nordeste e Sudeste. Além disso, no primeiro semestre de 2020, no contexto da pandemia de Covid-19, foi registrada uma queda no 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. Além disso, a Emenda Constitucional nº 95 limitou o teto de gastos em saúde e educação, resultando na redução dos investimentos menos prioritários nessas áreas³⁴. O reflexo desse quadro na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi analisado por Chaves et al. (2017)²⁵, que 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, 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 à necessidade de ampliação dessas equipes, especialmente nos anos de 2012, 2016 e 2017.

Entretanto, muitas dessas pautas com características reivindicatórias e mantendo um certo grau participativo, apresentavam deficiência no caráter de assertividade uma vez que poucas deliberações resultavam em aumentos significativos na cobertura nos períodos subsequentes. Diferentemente, os achados do estudo realizado por Alves-Souza, Saliba, (2003)¹⁴, observaram 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 demandas de grupos LGBTQIA+. É possível observar que esses grupos possuem representação no CMS-Recife.

O tema do acesso aos cuidados odontológicos para pessoas com deficiência física está presente em discussões sobre as barreiras de acesso existentes. Em uma das atas, foram problematizados os persistentes obstáculos enfrentados pelas Pessoas com Deficiência (PCD) para acessarem os cuidados odontológicos em serviços 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). Esses eventos incluíram ações de saúde bucal e contaram com o envolvimento de distritos sanitários e de diferentes atores sociais.

4.2 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 à regulação assistencial, à gestão do trabalho e à 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 foi abordada em cinco atas, com prevalência das discussões sobre a organização dos encaminhamentos das USF para os serviços de

atenção secundária, buscando-se a resolutividade. Essas atas abordaram aspectos como:

[...] 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 contenta, 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, predominaram nas pautas questões referentes à integração ensino-serviço, educação permanente, formação dos trabalhadores e provimento de profissionais.

Em duas atas, foram discutidas questões referentes à integração ensino-serviço e à formação em saúde bucal coletiva. Em 2015, houve uma deliberação unânime sobre a adesão 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, conforme requerido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as áreas da saúde³⁵. Esse programa também favorece a ampliação do acesso dos usuários aos serviços ofertados pelas clínicas-escolas³⁶

[...] 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. O programa visa formar cirurgiões-dentistas para desenvolverem competências profissionais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da

Política de Saúde Bucal, atuando na gestão e realizando ações de gerenciamento, planejamento, monitoramento e avaliação em diferentes cenários de prática das redes de Atenção à Saúde. A Instituição Formadora é o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira e Instituição Executora da 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 PNSB⁵, 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^{29,30, 31, 32}, o tema da EP teve relevância para a qualificação dos serviços de saúde, especialmente, com metas a serem cumpridas pelas 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 equipe³⁷. Diferentemente dos achados de um estudo realizado no CMS de Nova Friburgo¹⁸, que encontrou em apenas uma ata do ano de 2007 a 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 à educação em saúde para as eSB.

Essa questão da EP esteve presente nas discussões do CMS-Recife, seja como 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 nos cursos ofertados por distritos, além 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 foram observadas demandas de capacitação para os conselheiros de saúde. Um estudo apontou a necessidade de capacitar os conselheiros de saúde, com destaque para a 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 entrevistados³⁸.

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 PNSB⁵ no que se refere ao aumento de cobertura dos serviços odontológicos^{25,28}.

Predominaram as pautas deliberativas sobre a ampliação e contratação de novas eSB e reivindicações para a absorção dos concursados do cadastro de reserva. Contudo registraram-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 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (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 interferências privadas na gestão da APS³⁹.

A questão do provimento adequado de trabalhadores de saúde é uma agenda prioritária da política Brasil Sorridente⁴⁰. 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.

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, a educação em saúde e a 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 disso, essa ausência pode fragilizar as construções coletivas sobre esta política na cidade do Recife. Todavia, persistem entraves na dinâmica decisória 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. Pereira IP, Soares JF, Almeida RM. O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2019; 24:1767-76.
2. 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 (3):795–806.
3. Rolim LB, Cruz RS, Sampaio KJA. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*. 2013;37(99):139–147.
4. Shimizu HE, Moura LM. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saúde e Sociedade*. 2015;24(4):1180–1192.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Oliveira ML, Almeida ES. 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(1):141–153.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
8. Conferência Nacional de Saúde, 8. Anais da 8. Conferência Nacional de Saúde Brasília. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 381-9.
9. Conselho Federal de Odontologia. II Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final. Em: II Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final. 1993. p. 23–23.

10. Fernandes GF. A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2011.
11. Narvai PC, Frazão P. O SUS e a política nacional em saúde bucal. In: Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009.
12. 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):305–310.
13. 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):175-187.
14. 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; 19:1381–1388.
15. Monteiro LS. Atuação dos Conselhos municipais de saúde na política nacional de saúde bucal. Dissertação de mestrado. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2016. 87 f.
16. 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.
17. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*. 2011;5(3):21–34.
18. 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; 44:143–151.
19. 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; 28:146–157.
20. Lei Ordinária nº 15773 de 1993 de Recife, PE [Internet]. *Leis municipais.com.br*. [citado em 8/09/2023]. Disponível em: <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>.
21. Lei Ordinária nº 17280 de 2006 de Recife, PE [Internet]. *Leis municipais.com.br*. [citado em 8/09/2023]. Disponível em: <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>.
22. Conselho Municipal de Saúde do Recife: Atas [Internet]. Conselho Municipal de Saúde do Recife. [citado em 8/09/2020]. Disponível em: <https://cmsaude-recife.blogspot.com/p/conferencia.html>.
23. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
25. 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(6):1791–1803.
26. Souza TO, et al. Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65:215-221.
 27. Soratto J, Witt RR. Participação e controle social: percepção dos trabalhadores da saúde da família. *Texto & Contexto Enferm.* 2013; 22:89–96.
 28. 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.
 29. Recife. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. 1ª ed. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2005. 102 p.: il.
 30. Recife, Prefeitura do Recife, Secretaria de Saúde do Recife, Gerência Geral de Planejamento e Orçamento. Relatório anual de gestão – 2013, versão preliminar. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2014. 178 p.: il.
 31. Recife. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 1ª ed. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2018. 97 p.: il.
 32. Recife. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Planejamento, Monitoramento e Articulação Distrital. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. 1ª ed. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2022. 102. p.: il.
 33. Lucena EHG de, Lucena CDRX de, Alemán JADS, 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.
 34. 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.
 35. 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.
 36. 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.
 37. 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 Atenção Primária a Saúde.* 2020;23(1).
 38. 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.
 39. 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.

40. Gabriel M, et al. Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(3):859-868.