



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

**LEILA SANTANA MONTEIRO**

**ATUAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA  
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Salvador  
2016**

**LEILA SANTANA MONTEIRO**

**ATUAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA  
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação  
em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de  
Medicina e Saúde Pública para obtenção do Título de  
mestre em Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Marilda Castelar

Coorientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Almeida  
Matos

**Salvador  
2016**

Ficha Catalográfica elaborada pela  
Biblioteca Cabula da EBMSP

M772 Monteiro, Leila Santana

Atuação dos conselhos municipais de saúde na política nacional de saúde bucal. / Leila Santana Monteiro. – Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2016.

87 f.

Dissertação (mestrado) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Requisito para obtenção de título de Mestre em Tecnologia em Saúde, 2016.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marilda Castelar.

Coorientação: Prof. Dr. Marcos Antônio Almeida Matos

1. Brasil sorridente. 2. Saúde bucal. 3. Controle social. I. Castelar, Marilda. II. Matos, Marcos Antônio Almeida III. Escola Bahiana de Medicina e Saúde. IV. Título.

CDU: 616.314:614

LEILA SANTANA MONTEIRO

**"ATUAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA POLÍTICA  
NACIONAL DE SAÚDE BUCAL"**

Dissertação apresentada a Escola  
Bahiana de Medicina e Saúde  
Pública, como requisito parcial para  
a obtenção do Título de Mestre em  
Tecnologias em Saúde.

Local, 16 de setembro de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof<sup>a</sup> Sônia Cristina Lima Chaves  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia, UFBA



Prof<sup>a</sup> Monique Azevedo Espiridião  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia, UFBA



Prof<sup>a</sup> Liliane Elze Falcão Lins Kusterer  
Doutora em Patologia Humana  
Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Dedico a minha mãe Nina Caldas e ao meu pai Ruy Monteiro (in memoriam), que em muito me influenciaram a trabalhar para o aprimoramento social e político do nosso país.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, imensamente, a minha orientadora, Prof<sup>ª</sup> Dra Marilda Castelar, pela confiança, paciência e estímulo diário.

Agradeço ao Prof<sup>º</sup> Dr. Marcos Almeida pela confiança e exemplo.

Agradeço à Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sônia Chaves pelo acolhimento e profissionalismo.

Agradeço a Prof<sup>ª</sup> Dra Monique Esperidião pelo auxílio e carinho.

Agradeço a Prof<sup>ª</sup> Dra Liliane Lins pela disponibilidade e exemplo.

Agradeço a Prof<sup>ª</sup> Milena Pondé pelo acolhimento e atenção.

Agradeço a todos os discentes e docentes do Mestrado em Tecnologias em Saúde pelo apoio e companheirismo ao longo destes anos.

Agradeço ao Conselho Nacional de Saúde, pela resolutividade e prontidão.

Agradeço ao Conselho Estadual de Saúde da Bahia pelo auxílio no projeto.

Agradeço aos Conselhos e Conselheiros Municipais de Saúde da Bahia, pela parceria e viabilidade deste projeto de pesquisa.

Agradeço a cada colega de trabalho que acompanhou esta minha conquista.

Agradeço a minha família pela compreensão, paciência e amor em toda esta trajetória.

Sonhos determinam o que você quer. Ação  
determina o que você conquista.

Aldo Novak

## RESUMO

Referência: MONTEIRO, Leila. Conselhos Municipais de Saúde na Política Nacional de Saúde Bucal. 2016. Dissertação (Mestrado em Tecnologias em Saúde) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2016.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS), instância colegiada do Sistema Único de Saúde (SUS), possui caráter permanente e deliberativo, e é responsável pelo acompanhamento das ações de saúde no município. A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, instituída em 2004, regulamenta as ações de saúde bucal em todos os níveis de atenção, no território brasileiro. A Gestão Participativa, princípio da PNSB e diretriz dos conselhos de saúde, assegura por lei a participação social nas ações de odontologia do país. O objetivo deste estudo foi avaliar a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde da Bahia na PNSB, além de mapear a presença dos Odontólogos atuantes como conselheiros municipais de saúde no estado. A pesquisa é descritiva, analítica e prospectiva. Conselheiros municipais de saúde responderam um questionário validado contendo indicadores em cinco dimensões: estrutura, representatividade, dinâmica organizacional, autonomia e PNSB. Os municípios foram analisados em cada um dos indicadores, por porte populacional, pelas dimensões e pelo indicador sintético final. O teste do quiquadrado foi utilizado para análise estatística. Houve 81 conselheiros respondentes em quatro categorias de porte populacional e nove macrorregiões de saúde da Bahia. A maioria dos municípios possuiu desempenho ruim quanto ao CMS ao se considerar o índice sintético dos indicadores. Dentre as dimensões estudadas, a representatividade obteve o pior desempenho e a dinâmica organizacional, o melhor. A dimensão estrutura apresentou relação direta com o porte populacional - quanto mais populoso o município, melhor desempenho nesta dimensão. A pesquisa mapeou 20 conselheiros odontólogos em sete macrorregiões de saúde na Bahia e, em 70% das vezes esta categoria representou o segmento do trabalhador no CMS. A maioria (57,14%) dos conselheiros relatou que o CMS contribui pouco nas ações da PNSB. Conclui-se que a atuação do CMS na efetivação da PNSB é relevante para fortalecer os mecanismos que garantam a execução, a avaliação e a fiscalização da referida política. Explicitou-se a necessidade da categoria odontológica adquirir um padrão maior de representatividade nos CMS.

Palavras-chaves: Brasil Sorridente. Saúde Bucal. Controle Social.



## ABSTRACT

Reference: MONTEIRO, Leila. Municipal Health Councils in the National Oral Health Policy. 2016. Thesis (Master in Health Technology) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2016.

The Municipal Health Council (MHC), a collegiate body of the Unified Health System (UHS) known as SUS, has permanent and deliberative character, and is responsible for monitoring the health actions in the city. The National Oral Health Policy (NOHP), called Brasil Sorridente (Smiling Brazil), established in 2004, regulates oral health actions at all levels of care in Brazil. Participative management, a principle of the NOHP and guidance of health councils, by law ensures public participation in the country's dental actions. The aim of this study was to describe the conditions of operation of the Municipal Health Councils of Bahia, and its implications for NOHP and map the presence of active odontologists as municipal health counselors in the state. The research is descriptive, analytical and prospective. Municipal health counselors answered a validated questionnaire containing indicators in five dimensions: structure, representativeness, organizational dynamics, autonomy and NOHP. The municipalities were analyzed in each of the indicators, population size, the dimensions and the end synthetic indicator. The chi-square test was used for statistical analysis. There were 81 respondent councilors across four categories of population size and nine macro regions of health of Bahia. Most municipalities presented regular performance on the MHC considering the synthetic index of indicators. Among the studied dimensions, the representativity had the worst performance and the organizational dynamics, the better. The structure dimension was directly related to the population size - the most populous municipality, the better the performance on this dimension. The research has mapped 20 odontologist counselors in seven macro-regions of health in Bahia and in 70% of the times this category represented the worker thread in the MHC. The majority (57.14%) of the counselors reported that MHC contributes little in the actions of NOHP. It is concluded that the performance of the MHC in the execution of NOHP is important to strengthen the mechanisms that ensure the implementation, evaluation and supervision of the policy. It is explicit the need of the dental category to acquire a higher standard of representativeness of MHC.

Keywords: Health Policy. Oral Health. Health Councils.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Funções do Conselho Nacional de Saúde desde a sua criação.....	19
Ilustração 2- Linha do Tempo das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil.....	24
Ilustração 3 - Quadro do Percentual do Plano e Unidade Amostral da Pesquisa.....	28
Figura 4 - Mapa das nove Macrorregiões de Saúde da Bahia.....	29
Ilustração 5 – Quadro da Atuação do CMS nas ações de Saúde Bucal.....	40
Figura 6- Mapeamento dos Conselheiros Municipais de Saúde Odontólogos na Bahia.....	40
Ilustração 7 – Odontólogos Conselheiros da Bahia por Segmento, porte e macrorregião.....	41

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Juízo de valor (1 = bom, 0 = ruim) segundo indicador, dimensões e porte populacional. Conselhos Municipais de Saúde – BA, 2016.....	37
Tabela 2 – Distribuição de municípios segundo porte, dimensão de análise e juízo de valor na avaliação da gestão da participação popular. Conselhos Municipais de Saúde da Bahia – BA, 2016.....	38
Tabela 3 – Soma dos valores dos indicadores e sua conversão em escores de avaliação, segundo dimensão de análise e porte populacional. Conselhos Municipais de Saúde – BA, 2016.....	39

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CES	Conselho Estadual de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CMS	Conselho Municipal de Saúde.
CNS	Conselho Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	16
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	16
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	16
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	17
<b>3.1 Controle Social na Saúde, Conselhos e Conferências</b> .....	18
<b>3.2 CMS na prática: efetivo instrumento de controle social?</b> .....	21
<b>3.3 Política Nacional de Saúde Bucal e Controle Social</b> .....	23
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	28
<b>4.1 Características do Estudo, amostra e sujeitos da pesquisa</b> .....	28
<b>4.2 Instrumentos e procedimentos</b> .....	30
<b>4.3 Matriz Avaliativa</b> .....	31
<b>4.4 Análises dos dados</b> .....	32
<b>4.5 Aspectos Éticos da pesquisa</b> .....	33
<b>5 RESULTADOS</b> .....	35
<b>5.1 Caracterização da amostra</b> .....	35
<b>5.2 Descrição dos resultados</b> .....	35
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	42
<b>7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DA PESQUISA</b> .....	47
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	48
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	49
<b>APÊNDICES</b> .....	52
<b>ANEXOS</b> .....	65

## 1 INTRODUÇÃO

A participação social nas políticas públicas é prevista em vasta legislação brasileira. A área de saúde pública foi pioneira na adoção desta prática participativa - surgiu no contexto histórico da redemocratização pós-período ditatória <sup>1</sup>.

Em 1986, o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde preconizava, dentre outras medidas, a criação de conselhos municipais compostos por usuários e trabalhadores de saúde, eleitos pela sociedade civil local para desempenharem o papel de controlar o poder executivo no que se refere às ações e serviços de saúde.

A participação da comunidade foi edificada durante a elaboração da Constituição Federal Brasileira em 1988, sendo legitimado no capítulo da Seguridade Social. As Leis Federais nº 8080 e nº 8142, de 1990, a Resolução do CNS nº 333/2003 e a mais atual Resolução do CNS nº 453, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) especificam esta conjuntura do controle social nas ações de saúde do país.

Ressalta-se a importância desta pesquisa devido ao fato de ela ocorrer em uma conjuntura especial, com relevante desgaste político e intensos protestos populares reivindicando o fim da corrupção e melhorias em prol da sociedade, destacando na saúde e na educação.

Recentemente, através do decreto numero 8243, de 23 de maio de 2014, o qual tentou instituir a Política Nacional de Participação Popular. Este decreto foi suspenso pelo poder legislativo. Após a suspensão a esperança está depositada no PL 8048, de 29 de outubro de 2014, que busca recriar a PNPS por lei, através de iniciativa de um partido político.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a participação social se dá por meio dos conselhos e das conferências municipais, estaduais e nacional de saúde. Esta prática do controle social, que busca garantir os direitos da população à saúde pública de qualidade - deve permear todas as ações e serviços de saúde, desde a fiscalização dos serviços e dos recursos financeiros até a formulação de estratégias, o acompanhamento, e a deliberação de políticas e programas. O exercício destas responsabilidades repercute no desenvolvimento da democracia participativa, como um dispositivo da sociedade para interferir de forma organizada e qualificada no poder público para fazer valer seus direitos.

E sua consequência é o empoderamento da população no que se refere ao fazer político do indivíduo e da sociedade<sup>1</sup>.

Apesar de ainda desconhecidos e pouco acessados pela população brasileira, os conselhos e conferências de saúde são importantes instrumentos que se caracterizam como uma tecnologia em saúde do tipo leve ou social, aqui compreendida como uma ferramenta relacional que auxilia na formulação e na implantação das políticas públicas nos municípios à disposição da sociedade. E o que se espera é que sejam utilizados como veículos de efetivo controle social e não apenas meros recursos burocráticos.

O incentivo do Estado ao desenvolvimento das tecnologias sociais cumpre com o objetivo da melhoria da qualidade de vida de seus habitantes. Elas implicam a construção de soluções de modo coletivo pelos que irão se beneficiar por elas. Para um pesquisador da área ficou evidente que a assunção da tecnologia social como política pública pode garantir-lhe maior perenidade e aplicabilidade social dos conhecimentos adquiridos neste âmbito<sup>2</sup>. Já para outro autor, emprego do conceito de tecnologia leve não resolve a redução epistemológica típica da razão técnica quando estuda as práticas sociais, a gestão e o trabalho em saúde- sugere um método analítico conceitual para o estudo de práticas sociais e do trabalho em saúde, utilizando-se a racionalidade tecnológica<sup>3</sup>.

Ocorre que nem sempre os conselhos de saúde vêm cumprindo este efetivo controle social definido em amplo arcabouço jurídico. Muitas situações têm dificultado a atuação destes espaços democráticos. Condições inadequadas de estrutura física, interesses políticos partidários, representatividade desarticulada de seus representados e o próprio desconhecimento por parte da sociedade deste relevante instrumento de tecnologia social, constituem-se em algumas destas.

Na Bahia, local do objeto de estudo desta pesquisa, um estudo analisou o conselho estadual de saúde entre o período de 2003 e 2011, e identificou forte influência político-partidária, corporativismo de algumas representações de entidades profissionais e de usuários, bem como a subordinação do papel desse conselho aos gestores do SUS, em função da centralização decisória ainda prevalente no sistema<sup>4</sup>.

Ao problematizar o desempenho dos CMS vinculando com o porte populacional de cada município, uma pesquisa censitária no Brasil <sup>5</sup> revelou melhores condições de autonomia e organização em municípios com uma sociedade civil mais mobilizada e com maior tradição de participação social, e isso acontece, geralmente, nos municípios com mais de 100 mil habitantes. Melhores resultados foram os dos CMS de cidades com mais de 250.000 habitantes, e os piores, de população inferior a 50.000.

Semelhante à história do surgimento do SUS e dos Conselhos de Saúde, um exemplo é a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). A PNSB conhecida popularmente como Brasil Sorridente, também adveio de uma conquista social.

O Histórico do Brasil Sorridente remete à luta contra a ditadura militar, com ganho em expressão técnico política nos encontros específicos da área de Odontologia.

O ENATESPO (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico) é um importante precursor do Brasil Sorridente por trazer o elemento mais político para o campo da Odontologia. Destacaram-se também alguns congressos de odontologia e de saúde coletiva, algumas entidades odontológicas como a FIO (Federação Interestadual dos Odontologistas) e a ABOPREV (então, Associação Brasileira de Odontologia Preventiva).

Os momentos estratégicos dessa construção foram, indubitavelmente, os debates e proposições originadas nas três Conferências Nacionais de Saúde Bucal, realizadas em 1986, 1993 e 2004.

A importância em ter conselheiro odontólogo presente nos conselhos municipais de saúde reside no fato deste ator, representante ou não de instituições da área (conselho regional de odontologia, sindicato de odontólogos, associação de odontologia etc) possuir função ativa (e estimulante para discussão de temas de saúde bucal) no acompanhamento da PNSB, constituindo-se em vocalizador das demandas da área- sejam estas referentes ao aprimoramento, avaliação e expansão de serviços in loco em cada município ou até mesmo como espaço de luta, abordando demandas crescentes de caráter trabalhista dos profissionais da área.



Considerando que a gestão participativa é um dos princípios da PNSB e que esta política já beneficiou mais de 80 milhões de brasileiros nos seus 12 anos de existência, sendo considerado o maior programa de saúde bucal do mundo, pressupõe-se que os conselheiros municipais de saúde possuem uma importante responsabilidade no aprimoramento, na expansão e na avaliação do Brasil Sorridente. Apesar da existência de legislação consistente referente à participação social no controle da execução das políticas públicas em saúde, verifica-se uma lacuna a ser preenchida referente à avaliação da atuação do controle social. Lacuna maior ocorre na literatura quando se associa especificamente a PNSB e os conselhos municipais de saúde no âmbito nacional e, principalmente, no estado da Bahia, onde não foi encontrado nenhum estudo do controle social na PNSB. Estes fatos reiteram que o objeto essencial em questão é pouco problematizado na área da política de saúde e justificam a realização desta pesquisa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

O objetivo geral do presente estudo foi avaliar a atuação dos conselhos municipais de saúde da Bahia na Política Nacional de Saúde Bucal.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Mapear a presença do Cirurgião Dentista atuante como conselheiro municipal de saúde no estado da Bahia.

Verificar se há relação entre as cinco dimensões do estudo com o porte populacional dos municípios estudados.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

A política de saúde no Brasil deu-se em três momentos significativos sendo eles: primeiro, o assistencialista, que envolve o período que antecede 1930, onde o Estado não reconhece a questão social enquanto objeto de sua intervenção política; o segundo momento o previdencialista, que se desenvolvem no período também conhecido como “Era Vargas” após 1932, onde o estado passa a assumir a atenção ao social enquanto elemento de intervenção estatal. A política de saúde, nesse momento abrangeu apenas os trabalhadores de carteira assinada, e o terceiro momento, o universalista, fruto do processo de redemocratização da sociedade brasileira e legitimada na constituição de 1988, mas que começou de fato a ser implementada a partir da década de 1990<sup>5</sup>.

A criação do SUS objetivou alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços na atenção primária, secundária e terciária. Dessa forma, as ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar "uma rede regionalizada e hierarquizada", organizada de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade <sup>6</sup>.

A participação da sociedade no que se refere ao controle público da implantação e da execução das políticas de saúde é tema definido na legislação brasileira. O exercício destas responsabilidades identificadas na legislação referente ao controle da execução da política de saúde tem repercussão no desenvolvimento da democracia l.

Atualmente, mudanças na política econômica e prioridades governamentais sugerem desmonte das conquistas sociais e apontam a necessidade de rearticulação da sociedade civil em defesa do direito universal a saúde – é o que apontou um estudo<sup>7</sup> que analisou, através de pesquisa documental, a conjuntura e as políticas de saúde no período de junho/2013(ano em que as manifestações de rua apontaram a saúde como prioridade) a março/2015. E sem dúvidas essa rearticulação passa pelo controle social em todas as áreas da saúde, incluindo a odontologia com o Brasil Sorridente.

### 3.1 Controle Social na Saúde, Conselhos e Conferências.

A participação social na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde é definida em ampla legislação Brasileira. “O Controle Social é definido como o processo no qual a população participa, através de representantes, na definição, execução e acompanhamento das políticas públicas”<sup>8</sup>.

O controle social em saúde surge a partir dos textos constitucionais de 1988, no momento em que há o resgate da importância da participação da população nas decisões de governo<sup>9</sup>. Pode-se afirmar que o empoderamento da população ao se responsabilizar na formulação de estratégias e no controle da política pública é consequência de um efetivo controle social. E é isso que se espera dos conselheiros estaduais e municipais do Brasil, os quais representam diversos segmentos da sociedade civil do país.

Este conceito incorpora a institucionalização da participação em saúde, entendida como “inclusão no arcabouço jurídico institucional do Estado, de instâncias participativas, como os conselhos de saúde”<sup>10</sup>, objeto desta dissertação.

A noção de participação não apresenta um significado único. Ao contrário, sua polissemia tem provocado em intenso debate na literatura especializada em ciência política, em movimentos sociais e em política de saúde<sup>11</sup>. Nesta pesquisa trabalhou-se com o termo no mesmo sentido que a tipologia de Lee&Mills (1985), a qual admite ser teoricamente possível a existência de um processo participativo que provoque repartição de poder, com noções de colaboração e de negociação<sup>8</sup>. Há participação quando o participante toma parte no processo decisão política.

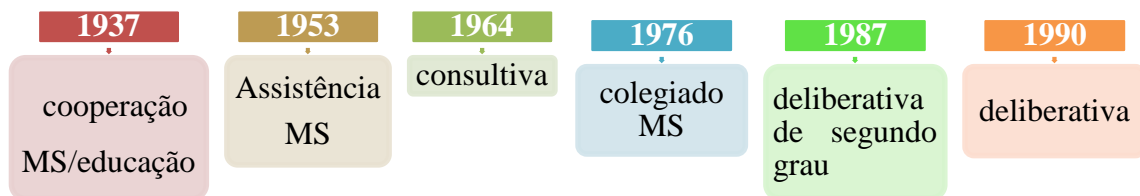
Os Conselhos são uma invenção tão antiga quanto à própria democracia participativa e sua origem data dos clãs visigodos<sup>12</sup>. Alguns conselhos tornaram-se famosos na história como a Comuna de Paris, os Conselhos dos Sovietes Russos, os Conselhos Operários de Turim – estudados por Gramsci – e alguns Conselhos na Alemanha da década de 1920.

Existem também os conselhos da antiga Iugoslávia de 1950, os conselhos atuais na democracia americana, entre outros. <sup>12</sup>

Percebe-se, conforme figura abaixo, que, desde a criação do conselho Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1937, é interessante observar que a sua função foi se adequando às necessidades sociais, políticas e econômicas da época em questão.

Desse modo, é possível compreender, ao menos em parte, as mutações no papel que ele desempenhou na arena decisória da área ao longo do período<sup>8</sup>.

**Ilustração 1.** Funções do Conselho Nacional de Saúde desde a sua criação



Fonte: Adaptado de CORTÊS, 2009<sup>11</sup>

O CNS foi criado na década de 1930, numa reorganização do Ministério da Educação e da Saúde Pública, constituindo-se como órgão de cooperação ao Ministro. Em 1953 houve a segregação em dois Ministérios e confirmou-se a permanência do Conselho no organograma do novo Ministério da Saúde (MS) com a finalidade de assistência ao ministro. Após o golpe militar de 1964, houve mudança na composição do CNS, com redução de números de membros, fortalecimento da presença de militares, manutenção da sua função consultiva e criação do cargo de secretário geral<sup>11</sup>.

Após a crise econômica da década de 1970, é criado o Sistema Nacional de Saúde em 1975, houve mudança na composição e na função do CNS - membros de outros ministérios são integrados ao conselho e seu funcionamento passa a ser um Órgão Colegiado integrante da estrutura Básica do MS. Com a redução da legitimidade do governo militar, gradualmente foram surgindo formas democráticas de expressão política e liberdade de imprensa. Na Saúde a reforma do sistema teve na criação de mecanismos participatórios uma das principais características nos anos 80. Em 1987 o CNS passou a ser um órgão ministerial de deliberação coletiva, o que indica que os idealizadores propunham mais poder compartilhado a saúde através dessa instância, o Conselho<sup>11</sup>.

Assim permaneceu até 1990, quando foi criado o novo Conselho Nacional de saúde, com base nos princípios e diretrizes do SUS, agora com caráter deliberativo no qual os conselheiros emitem resoluções, que devem ser adotadas pelo Ministério da Saúde.

A disseminação das instituições participativas pelo país, como os conselhos, orçamentos participativos e fóruns, evidencia que apesar de todas as resistências e contramarchas, o projeto participativo se impôs como princípio na sociedade<sup>13</sup>.

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e das Secretarias Municipais de Saúde. Traduzem-se em tecnologia que incorpora novos atores políticos no processo de tomada de decisão pública, antes monopolizado pela burocracia estatal e interesses apenas do setor privado. Os números evidenciam a magnitude dessas instâncias no arcabouço institucional brasileiro. Podemos hoje falar num exército de conselheiros espalhados pelos quatro cantos do Brasil<sup>13</sup>.

Na atualidade existem aproximadamente 5.537 conselhos de saúde atingindo quase a totalidade dos municípios brasileiros (5.560), e implicando em cerca de 87.212 conselheiros (798 estaduais e 86.414 municipais), novos sujeitos políticos no Sistema Único de Saúde – SUS<sup>14</sup>. Segundo estudo da Confederação Nacional de Municípios (CNM), em 2012, os 5.563 municípios brasileiros elegeram 56.810 mil vereadores nas eleições de 2012<sup>15</sup>.

O número de conselheiros municipais de saúde excede, em muito, o número de vereadores no Brasil. Diferentemente dos vereadores, os conselheiros não são remunerados pelas suas funções e não possuem obrigatoriedade de filiação partidária. Porém ambos possuem sua função assemelhada devido possuírem caráter fiscalizatório das ações do poder executivo e também assumirem ações propositivas – os conselhos propondo estratégias em ações de saúde e os vereadores com os projetos de lei, os dois atores representam a sociedade civil e a ela devem ouvir e prestar contas de suas ações e deliberações.

Os conselhos de políticas públicas já atingiram a maioria. Não são mais “experiências” ou “apostas” hoje refletem conquistas inegáveis do ponto de vista da construção de uma institucionalidade democrática.

Presentes na maioria dos municípios, articulados desde o nível federal, cobrindo uma ampla gama de temas, os conselhos figuram como parte importante de relação entre Estado e sociedade no Brasil contemporâneo<sup>13</sup>.

Têm natureza jurídica inovadora porquanto não são entes governamentais, mas integram a estrutura básica do Poder Executivo, da secretaria ou do órgão da área social respectiva. São entes com estrutura jurídica peculiar, pois são governo e são sociedade civil ao mesmo tempo<sup>16</sup>.

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas no Brasil em 1937, ocorrendo a primeira apenas entre 10 e 15 de novembro de 1941<sup>17</sup>.

Evoluíram como um espaço de protagonismo do movimento social e de todos os segmentos do campo da saúde- tornaram-se hoje um dos mais importantes foros de discussão sobre a saúde acompanhando as transformações políticas do País.

### **3.2 CMS na prática: efetivo instrumento de controle social?**

Difícil imaginar a atual política de saúde do Brasil sem a existência dos CMS. Mesmo funcionando muitas vezes de maneira pró-forma e apenas como legitimador dos interesses do executivo sem dúvidas o cenário sem os conselheiros certamente seria muito pior. Bem ou mal eles certamente cumprem um relevante papel social.

Fato é que a literatura demonstra necessidades de avanços e aprimoramento<sup>13</sup>. Faz-se necessário que os Conselhos fortaleçam seus vínculos com a população, para que a representação popular não seja mera utopia<sup>8</sup>.

Nenhum governo pode hoje ignorar os conselhos nos processos de implementação da política. Mesmo que não tenham poder efetivo para decidir sobre a política pública, os conselhos têm poder de veto sobre as decisões do governo, podendo paralisar obras, vetar convênios, suspender o repasse de recursos etc. Resta saber se cumprem de fato seu papel, porque se cumprem, parece não ter visibilidade<sup>13</sup>.

Em um estudo sobre o papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público com seis conselheiros representantes de usuários em um município Baiano,

há relatos de contribuição para o predomínio da desigualdade e da submissão quando a fiscalização das contas pelo conselho ocorre de maneira a defender interesses que não condizem com os da sociedade<sup>18</sup>.

Uma pesquisa comparativa sobre conselhos municipais realizada na Bahia, Ceará e Pernambuco - destacou, em 2007, a inefetividade do CMS de Salvador, e a pouca produção de decisões nas áreas de políticas públicas pelas instituições participativas da cidade<sup>19</sup>.

A dimensão estrutural é a base a partir da qual os conselhos de saúde encontram possibilidade de desenvolver seus trabalhos com propriedade. O poder Executivo local é o ator responsável por prover condições adequadas ao funcionamento dos conselhos.

Porém isto nem sempre acontece. “Para aumentar esta dificuldade, não há sanções pelo descumprimento desta responsabilidade do Executivo”<sup>10</sup>.

Um relevante estudo testou, e demonstrou a viabilidade da aplicação de uma matriz avaliativa em Conselhos de Saúde de 24 municípios no estado de Santa Catarina<sup>1</sup>. Nesta pesquisa, os piores desempenhos foram para as dimensões “estrutura e autonomia”.

A prática do Conselho Municipal de Saúde parece ser burocratizada, com a predominância de aprovações de programas, sem que seja visualizada a proposição de políticas de saúde pelo setor<sup>20</sup>.

Conselhos e conferências são apenas a primeira etapa de um processo deliberativo. O passo seguinte é pressionar as três esferas de governo para que os consensos sejam acatados. A questão é que os governos não são pressionados apenas pelo controle social, mas também por outras forças, como o mercado e a política<sup>14</sup>.

Percebe-se que há um paradoxo entre o baixo poder relativo dos conselhos e a sua força como modelo de participação. As disputas travadas entre interesses corporativos das comunidades de política no interior dos conselhos parecem ter dificuldades de extrapolar suas fronteiras e repercutir no ambiente político-societal e político-institucional de forma mais ampla<sup>13</sup>.

Outra situação que limita a participação social é a comunicação do CMS com a sociedade civil. No estado de Minas Gerais, por exemplo, os resultados de um estudo sobre o formato institucional dos CMS sugerem a existência de problemas relacionados à representação e a visibilidade dos conselhos, neste, 44,1% dos entrevistados afirmaram que as deliberações não são informadas à população<sup>21</sup>.



A ausência de formação para o exercício da função de conselheiro pode ser um obstáculo ao efetivo controle social<sup>22</sup>. Instrumentos complexos são utilizados na prestação de contas, e isso requer conhecimento por parte dos conselheiros na medida em que a estrutura interna do conselho encaminha propostas para apreciação e discussões para a Plenária, visando à aprovação ou não do orçamento<sup>12</sup>.

Ao analisar 49 atas de reuniões ordinárias e 18 reuniões extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde de Friburgo – RJ<sup>23</sup>, a temática da saúde bucal foi encontrada em 11 atas analisadas (16,42%), sendo este um dos poucos estudos que associou a saúde bucal com as atividades de um conselho municipal de saúde no Brasil.

### **3.3 Política Nacional de Saúde Bucal e Controle Social**

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), sinónimo do “Brasil Sorridente”, possui no seu histórico um forte vínculo com o controle social. Isto porque foi resultante de árduas conquistas sociais e vem sendo construída há muitas décadas por diversos setores da sociedade, dentre eles estão os movimentos sociais da saúde, professores e pesquisadores da saúde coletiva.

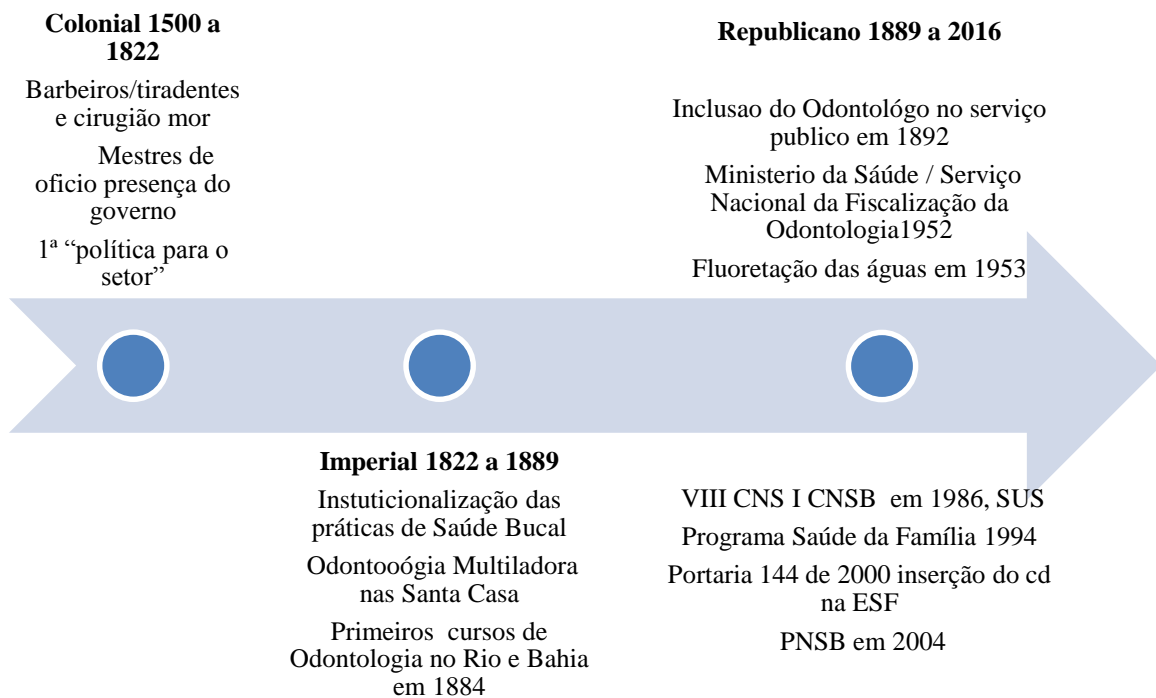
As políticas públicas de saúde bucal atravessaram historicamente um processo de evolução de forma excludente e individual. No Brasil colonial, os acometidos por doenças dentárias, utilizavam-se de benzeduras, rezas e uso de óleo de cravo, cânfora, entre outros. A figura do “tira-dentes” e sua caixa de horrores (facas, alavancas, boticões) eram procuradas como último recurso<sup>24</sup>

Ainda no período colonial, as ações relacionadas à saúde bucal eram exercidas por mestres, cirurgiões e barbeiros que deveriam necessariamente receber da Corte Portuguesa uma carta, a Carta de Ofício, que era uma licença concedida pelo Cirurgião-Mor da Corte Portuguesa e que regia o ofício de barbeiro ou Tiradentes. Esta carta de ofício representou a presença do Estado, sendo considerada a primeira “política” para o setor de Odontologia<sup>25</sup>.

Em 1929 houve a regulamentação do Serviço Dentário Escolar, com a existência de consultórios odontológicos em espaços escolares que possuíam a lógica da demanda livre e ações exclusivamente individuais e curativas<sup>25</sup> esta prática tornou-se hegemônica nos serviços públicos até 1988.

Na República as condições sócias históricas no Brasil do século XX favoreceram a “odontologia de mercado” como prática hegemônica desta época. A primeira referência à inclusão do cirurgião-dentista no serviço público data de 1892, no Estado de São Paulo.

Ilustração 2. Linha do Tempo das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil.



Fonte: Silvestre JAC et all, 2012<sup>19</sup>

No período Imperial, após a chegada da família real ao Brasil, houve a organização e a institucionalização das atividades de saúde bucal<sup>25</sup>. As ações assistenciais restringiram-se à área militar e instituições filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia, sendo que estas eram apenas destinadas às exodontias<sup>24</sup>. Em 1884 o decreto 9.311, de 25 de Outubro, criou os primeiros cursos de odontologia, anexo as Faculdades de Medicina, no Rio de Janeiro e na Bahia<sup>25</sup>.

Os primeiros programas de Odontologia Sanitária no Brasil foram os Sistemas Incrementais, criados pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1952, ano também da Criação do Ministério da Saúde no qual se instituiu o Serviço Nacional da Fiscalização da Odontologia no Brasil.

Os movimentos populares latino-americanos inspiraram ao longo das décadas de 1970 e 1980, surgindo então a “odontologia simplificada”, a qual preconizava o aumento da cobertura, redução dos custos e desmonopolização de conhecimentos. Este modelo promoveu grande avanço, porém ainda não considerava o controle social <sup>17</sup>.

A criação do SUS na constituição de 1988 é o marco de referência do início da oferta de atendimento odontológico regular e em larga escala na rede pública de saúde. A adoção dos princípios constitucionais do SUS (Universalidade, Integralidade e Equidade) implicou reconhecer a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, como dever do Estado e direito de todos. A transformação social na política e sanitária desenvolveu novas atitudes em relação aos cuidados com o corpo. “A prática comunitária estimulou a família e a comunidade a perceber suas necessidades de saúde bucal e a buscar sua resolução no nível dos meios de promoção de saúde disponíveis no seu entorno social”<sup>17</sup>.

Duas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) na década de 1980 evidenciaram em seus textos a fragilidade do setor da saúde bucal no Brasil: a 7ª CNS (1980) que abriu espaço para a inserção da odontologia em um programa nacional de saúde - e a 8ª CNS (1986) onde o movimento nascente da Saúde Bucal Coletiva defendeu as diretrizes da Reforma Sanitária<sup>17</sup>.

Em 1986 realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em Brasília, onde se discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e afirmou a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo. <sup>17</sup>

“A Saúde Bucal como direito de cidadania” foi o tema central da 2ª CNSB, realizada em 1993 e esteve articulada à 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992. Como resultado, a situação da saúde bucal do país foi caracterizada como “iatrogênica, excludente e ineficaz”.

Nesta ocasião foram aprovadas estratégias políticas para a saúde bucal, indicando formas para o financiamento e o controle social por meio dos conselhos de saúde.

Em 1998 a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) apontou que 18,7% da população brasileira nunca havia consultado um dentista. “Esta pesquisa demonstrou também que mais de 70% dos atendimentos odontológicos eram pagos em dinheiro ou através de planos de saúde, ou seja, a saúde bucal era condicionada à parcela da população que podia pagar por ela” <sup>26</sup>. Apesar da importância histórica pouco se avançou na prática na década de 1990 no território nacional.

A 3ª CNSB foi realizada apenas em 2004, com o tema “Acesso e qualidade, superando a exclusão social”, sendo que o controle social constitui-se em um dos quatro eixos temáticos. Como desdobramento, surge então o Programa Brasil Sorridente <sup>17</sup>. Neste mesmo ano, foram apresentadas as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal como um documento norteador para a organização da atenção a Odontologia no SUS através do já citado Programa.

Na Bahia nunca se realizou nenhuma conferência estadual de saúde bucal como houve as três citadas acima no cenário nacional. O estado da Bahia possui um relevante histórico na área de saúde bucal coletiva – já sediou uma das gestões da presidência da ABOPREV (Associação Brasileira de odontologia de Promoção de Saúde) - hoje atualmente denominada CarioBra (Sociedade Brasileira de Cariologia) - entre 2001 e 2003. Atualmente a Bahia sedia a coordenação do Observatório de Análise de Políticas de Saúde Bucal no Brasil, no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Além disso, esta na Bahia um dos municípios pioneiros na implantação de equipes e saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, que foi Vitória da Conquista.

Essa política já beneficiou 80 milhões de brasileiros nos seus 12 anos de existência, sendo considerado o maior programa de saúde bucal do mundo <sup>27</sup>.

As principais linhas de ação do referido Programa são: a reorganização da atenção básica em saúde bucal, com a implementação das Equipes de Saúde Bucal – ESBs na Estratégia Saúde da Família, a ampliação e qualificação da atenção especializada, com a implementação de Centros de Especialidades Odontológica – CEOs e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPDs<sup>28</sup>.

O Brasil Sorridente possui progressivas articulações intraministeriais, mas também interministeriais, em ações combinadas com vários ministérios. Essas ações buscam o enfrentamento das iniquidades e geram acesso para populações em situação de vulnerabilidade como, por exemplo: Rede Cegonha, Plano Brasil sem miséria, Programa Saúde na Escola, Programa Viver sem Limite <sup>17</sup>. Estudos técnicos e levantamentos estatísticos demonstram a excelente relação de custo-benefício, o alcance, o grau de satisfação, a ampliação do atendimento e a melhoria consistente dos padrões de saúde bucal do país. <sup>27</sup>

Apesar do avanço e dos grandes benefícios que o Brasil Sorridente trouxe para o Brasil, alguns nós e entraves são observados por profissionais estudiosos da PNSB. O

acompanhamento do Observatório de Análise Política em Saúde apontou a estagnação do indicador de utilização dos serviços públicos odontológicos em 2015. Os principais problemas indicados foram: falta de interiorização dos profissionais, a necessidade de um piso salarial para a categoria e redução da precarização das condições de trabalho. Neste último ano, já foi possível detectar um cenário incerto para a PNSB, devido a “cortes de investimentos na saúde bucal, e uma crise política, inclusive com mudança de cargo na Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A fluoretação da água de abastecimento público concentra-se nas áreas urbanas e beneficia apenas 5,2 milhões de Brasileiros”<sup>26</sup>.

A Gestão Participativa é um dos princípios norteadores da PNSB e visa assegurar a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo<sup>27</sup>.

Um estudo com 28 Odontólogos trabalhadores do SUS na Paraíba evidenciou que o conhecimento destes acerca do controle social é satisfatório, e percebeu também que os mesmos como usuários do SUS estão mais informados quanto aos seus direitos e os meios pelos quais precisam seguir através de conselhos municipais e conferências de saúde<sup>29</sup>.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Características do Estudo, amostra e sujeitos da pesquisa

Este estudo se caracterizou como uma pesquisa descritiva observacional do tipo avaliativa, com corte transversal. A amostra foi aleatória por conglomerados, respeitando a proporção dos municípios das macrorregiões de saúde da Bahia em relação ao Plano Amostral conforme quadro abaixo. A intenção inicial era contemplar todos os 417 municípios, porém isto não foi possível devido à obtenção do contato de apenas 250 conselhos municipais de saúde, os quais receberam o questionário via email. Depois, foi realizado uma complementação final por um trabalho de campo pela pesquisadora na 9ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia a fim de atingir proporcionalmente os percentuais da amostra. Os municípios baianos foram selecionados entre 4 categorias de portes populacionais predefinidas (0 a 10.000 habitantes, 10.000 a 20.000 habitantes, 20.000 a 50.000 habitantes e acima de 50.000 habitantes). A coleta de dados foi finalizada com 81 conselheiros municipais de saúde respondentes, o que significou atingir 18% do plano amostral da Bahia.

Ilustração 3 - Quadro do Percentual do Plano e Unidade Amostral da Pesquisa

Macrorregião da Bahia	Plano Amostral	%	Unidade Amostral	%
Centro Leste	72	<b>17,27</b>	13	<b>17,33</b>
Centro Norte	38	<b>9,11</b>	4	<b>5,34</b>
Leste	48	<b>11,52</b>	13	<b>17,33</b>
Extremo Sul	21	<b>5,04</b>	4	<b>5,34</b>
Nordeste	33	<b>7,92</b>	5	<b>6,66</b>
Norte	28	<b>6,71</b>	4	<b>5,33</b>
Oeste	37	<b>8,87</b>	4	<b>5,33</b>
Sul	67	<b>16,06</b>	16	<b>21,34</b>
Sudoeste	73	<b>17,5</b>	12	<b>16</b>
Total	417	100%	75	100%

Fonte: Autora

Os sujeitos da pesquisa foram conselheiros dos CMS de cidades das 09 macrorregiões de saúde existentes na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) da Bahia, a saber – Sudoeste, Sul, Extremo Sul, Oeste, Norte, Nordeste, Leste, Centro Norte e Centro Leste. O fato de o conselheiro ser analfabeto foi um critério de exclusão deste estudo. Houveram 43 respostas incompletas que não foram consideradas como dado válido para análise.

Figura 4 – Mapa das nove Macrorregiões de Saúde da Bahia

Norte, Nordeste, Leste, Sul, Sudeste, Centro-Norte, Centro-Leste, Oeste e Centro-Oeste.



Fonte:geolivresaude.ba.gov.br

## 4.2 Instrumentos e procedimentos

Os dados foram levantados por meio de um instrumento de avaliação da gestão da participação popular em conselhos municipais de saúde – produto de uma dissertação de Mauro Vieira, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, no ano de 2010, orientado pela Profa Dra Maria Cristina Marino Calvo. Esta matriz foi desenvolvida e validada para uso no Brasil - e autorizada pelos autores (em setembro de 2013) a modificação e utilização previamente à coleta de dados.

A escolha do instrumento deu-se pela objetividade das questões e pela proximidade com os objetivos do estudo. Foram utilizadas quatro dimensões da matriz original e incluída a quinta dimensão, a Política Nacional de Saúde Bucal. Um questionário estruturado contendo 31 perguntas que contemplaram os indicadores das cinco dimensões foi construído online na plataforma Survey Monkey. O mesmo foi enviado em um primeiro momento apenas por e-mail via plataforma aos conselheiros municipais de saúde dos municípios da Bahia. O telefone celular foi utilizado num segundo momento visando contemplar todas as macrorregiões de saúde da Bahia, através do envio do link do questionário pelo aplicativo WhatsApp. Estes contatos foram obtidos pela plataforma do SIACS (Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde), plataforma de domínio público- também foram utilizados contatos fornecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, pelo Conselho Estadual de Saúde e pelos Conselhos Municipais de Saúde da Bahia. A coleta foi realizada entre novembro de 2014 e novembro de 2015. A terceira etapa de coleta de dados foi através de contato presencial com os conselheiros municipais de saúde presentes na 9ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia, em outubro de 2015. Posteriormente foi realizado reforço da importância da pesquisa via telefone, naqueles municípios de porte populacional específicos que ainda não haviam respondido, a fim de estimular os conselheiros para que respondessem as questões solicitadas a fim de complementar uma amostra representativa da Bahia.



### 4.3 Matriz Avaliativa

A matriz avaliativa é um quadro que retrata os critérios, indicadores e padrões que foram utilizados para fazer o juízo de valor a que se propõe a avaliação em questão.

Para a construção da matriz foram selecionados livros e dissertações referentes ao controle social através do cruzamento dos descritores “participação da comunidade”, “conselho de saúde”, “participação da população”, com os termos “atuação”, “efetividade”, “fiscalização” e “deliberação” - Também foram analisados os textos da Constituição Federal, Lei Federal nº 8.142/90, Resolução nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde, das Portarias 3332/06 e 3176/08 do Ministério da Saúde referentes ao Sistema de Planejamento do SUS, e a Lei Complementar 101/00.

A partir desses aspectos, foram identificadas dimensões de análise coerentes ao modelo teórico proposto. Os indicadores localizados na literatura foram distribuídos nas dimensões.

A matriz avaliativa construída foi primeiramente aperfeiçoada durante o desenvolvimento da disciplina de Planejamento e Avaliação de Serviços, Programas e Sistemas de Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Sequencialmente, oficinas de consenso com especialistas aperfeiçoaram a matriz, seguindo-se a fase do pré-teste deste instrumento em dois municípios e concluiu-se com após o teste de aplicabilidade deste modelo avaliativo em 24 municípios de Santa Catarina.

No atual estudo foram contempladas cinco dimensões: “Estrutura”, “Representatividade”, “Dinâmica Organizacional”, “Autonomia” e “Política Nacional de Saúde Bucal”. Cada dimensão foi composta de 3 a 5 indicadores, totalizando vinte e dois indicadores distribuídos entre as cinco dimensões pesquisadas.

□ A dimensão “estrutura” avalia as condições de estrutura administrativa, secretaria executiva e dotação orçamentária que o conselho de saúde apresenta para o desenvolvimento de seus trabalhos. Compôs-se de quatro indicadores: estrutura administrativa, secretaria executiva, regimento interno e orçamento próprio.

□ A dimensão “representatividade” avalia a presença da representatividade do odontólogo no CMS, bem como o cumprimento da composição percentual do segmento dos

trabalhadores. Compôs-se de cinco indicadores: representatividade dos trabalhadores, representatividade dos usuários, presença de odontólogo representante de usuário, presença de odontólogo representante de trabalhador e presença de odontólogo representante de prestador do governo.

□ A dimensão “dinâmica organizacional” avalia a dinâmica de funcionamento recomendada para as reuniões do conselho. Compôs-se de cinco indicadores: plenária com reunião mensal, divulgação das atividades do CMS, entrega prévia de pauta, entrega prévia de material de apoio e aprovação da ata da reunião anterior.

□ A dimensão “autonomia” avalia o nível de independência do conselho de saúde em relação ao Poder Executivo municipal. Compôs-se de três indicadores: eleição do presidente, existência de comissões internas e apresentação de parecer pelas comissões.

□ A dimensão “política nacional de saúde bucal” avalia o desenvolvimento do Brasil Sorridente no âmbito das ações do CMS. Compôs-se de cinco indicadores: conhecimento da política, número de deliberações de saúde bucal, inserção de pautas em saúde bucal, atuação do CMS nas ações de saúde bucal e contribuição do CMS para a PNSB.

#### **4.4 Análises dos dados**

Os dados coletados foram analisados através do método da estatística descritiva. Utilizou-se a análise bivariada considerando o desfecho o porte populacional relacionando-o com cada dimensão estudada.. Foi utilizado o teste estatístico do Qui Quadrado.

Os municípios foram analisados em cada uma das medidas (tabela 1), por porte populacional (tabela 2) e pelas dimensões e indicador sintético final (tabela 3). Todos os vinte e dois indicadores foram considerados com o mesmo grau de importância.

Cada medida foi transformada em um valor, o qual foi atribuído a partir da escala estabelecida por referência a um padrão esperado (Apêndice A). As medidas dos indicadores receberam valor “1” se atendessem ao parâmetro esperado, sendo julgados como “bom”, e “0”, se não atendessem ao parâmetro, sendo julgados como “ruim”. Desta forma obteve-se a tabela 1 de juízo de valor de cada indicador pesquisado.

Para avaliar se houve influência do fator porte populacional nas dimensões (tabela 2), somou-se, a partir da tabela 1, os municípios com juízo de valor BOM(1) e RUIM(0) de cada porte populacional considerando cada dimensão individualmente, o que possibilitou a análise estatística através do teste quiquadrado.

Para categorizar o desempenho de cada dimensão em BOM, REGULAR ou RUIM (tabela 3) adotou-se a soma dos escores de seus indicadores de cada dimensão (Exmplo: a dimensão estrutura contém os indicadores E1, E2, E3, E4) contidos na tabela 1, da seguinte maneira:

- Juízo de valor “bom” – dimensão com 75% ou mais de seus indicadores com juízo de valor “bom”, recebendo a dimensão o escore valor “5”.
- Juízo de valor “ruim” – dimensão com 50% ou mais de seus indicadores com juízo de valor “ruim”; recebendo a dimensão o escore valor “0”.
- Juízo de valor “regular” – nos demais casos, recebendo a dimensão o escore valor “3”.

Na avaliação do escore sintético final (tabela 3), adotou-se a soma de escores das dimensões da seguinte maneira:

- Juízo de valor “bom” – mais que 50% das dimensões com “bom” e nenhuma dimensão “ruim” (soma de escores das dimensões entre 21 e 25).
- Juízo de valor “ruim” – mais que 50% das dimensões com “ruim” e menos que 40% de “bom” (soma de escores das dimensões entre 0 e 8).
- Juízo de valor “regular” – nos demais casos (soma de escores das dimensões entre 9 e 20).

#### **4.5 Aspectos Éticos da pesquisa**

Esta pesquisa faz parte de uma pesquisa mais ampla “Atuação dos Profissionais de Saúde e dos Movimentos Sociais nos Conselhos e nas Políticas Públicas” CAAE 33098814.0.0000.5544, avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EBMSP e autorizado

inicialmente através do Parecer Nº 804.222 de 24/09/2014 e adendo Parecer Nº1.317.532 de 11/11/2015. Este estudo obteve a anuência do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (ANEXO A). Faz-se importante explicar que os CMS têm a responsabilidade legal de tornar acessível uma série de informações que são de “interesse público”. Como as informações aqui trabalhadas enquadram-se neste contexto, considera-se que sua divulgação, além de não gerar maleficência, traz benefícios à sociedade, que passa a ter acesso a dados que, embora públicos são pouco trabalhados. Além disso, todos os que responderam ao instrumento aceitaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com as exigências da resolução 466/12 do CNS.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização da amostra

Dos 417 municípios existentes na Bahia, a pesquisa abrangeu 81, os quais estavam divididos entre quatro classificações de porte populacional: 17,86% pertenciam a municípios de 0 a 10.000 habitantes, 28,57% dos conselheiros municipais atuavam nas cidades 10.000 a 20.000 habitantes, 23,81% nas de 20.000 a 50.000 habitantes e 29,75% encontravam-se em municípios com população acima de 50.000 habitantes.

Em relação ao gênero, 51% dos conselheiros respondentes foram mulheres e 48% homens. Caracterizando a amostra em relação a autodeclaração da raça/cor, segundo a classificação do IBGE, 23% brancos, 25% pretos, 50% se autodeclararam pardos e 1% Amarelo/Asiático. Apenas um percentual de 2% não respondeu a esta questão, não houve autodeclarante indígena. A soma de pretos e pardos compõe a população negra da Bahia e foi representada por 75% dos respondentes.

A média de idade dos respondentes foi de  $38,6 \pm 8,5$  anos sendo que a maioria está na faixa etária de 30-44 anos. A menor parte, 24% dos conselheiros respondentes, pertenceu segmento dos usuários. Os demais segmentos ficaram equilibrados com 38% de trabalhadores de saúde e 38% representantes do segmento de Gestores/Prestadores.

O serviço de odontologia mais citado pelos conselheiros foi a atuação de equipes de Saúde da Família - PSF (96,47%), seguida pelas Unidades Básicas de Saúde- UBS (79,27%), Centro e Especialidades Odontológicas - CEO (31,25%), Unidade Odontológica Móvel - UOM (24,05%), Laboratório Regional de Prótese Dentária - LRPD (19,48%), Unidade de Pronto Atendimento – UPA (7,79%) e Assistência Odontológica Hospitalar - AOH (3,95%).

### 5.2 Descrição dos resultados

A análise individual de cada um dos 81 respondentes (tabela 1 abaixo) indicou somatória de valores positivos com amplitude total de um a dezesseis (At: 1-16), e a análise dos indicadores, amplitude total de três a setenta e sete (At: 3-77). A tabela sumariza a atribuição de juízo de valor dos indicadores das cinco dimensões do estudo. As células sombreadas com

cinza escuras são as que obtiveram juízo de valor bom e as cinzas claras juízo de valor ruim. Os respondentes estão numerados de 1 a 81 em ordem crescente de porte populacional.

Dentre as dimensões estudadas, observou-se que a representatividade obteve o pior desempenho (mais quantidade de célula cinza clara) e a dinâmica organizacional, o melhor (maior quantidade de célula cinza escura). Ao avaliar cada um dos 22 indicadores separadamente, o último -PNSB5, contribuição do CMS para a política- foi o que obteve menos juízo de valor bom, apenas três. O indicador com melhor desempenho foi o A1, Eleição do presidente – neste, apenas três conselheiros avaliaram como ruim, afirmando que o presidente do CMS não é eleito.



Observou-se que há influência do nível populacional no desempenho dos municípios, uma vez que dos onze municípios com piores desempenhos (soma de indicadores igual a seis) nove estavam nos grupos com até 50 mil habitantes, e os três municípios com melhor desempenho pertenciam ao porte populacional acima 50 mil habitantes.

Ao analisar estatisticamente a influência do porte populacional em cada uma das cinco dimensões do estudo, obteve-se a tabela 2 abaixo, na qual se observa uma tendência de melhorar o desempenho com o aumento do porte populacional, mais evidente na dimensão “autonomia” ( $p < 0,0001$ ), porém significativo também na dimensão “estrutura” ( $p = 0,0240$ ). A dimensão da Política Nacional de Saúde Bucal não obteve correlação com o porte populacional.

**Tabela 2 – Distribuição de municípios segundo porte, dimensão de análise e juízo de valor na avaliação da gestão da participação popular. Conselhos municipais de Saúde da Bahia – BA, 2016.**

	n	% BOM	n	% RUIB	Teste $\chi^2$	p
<b>ESTRUTURA</b>	<b>121</b>	<b>37,3</b>	<b>203</b>	<b>62,7</b>		
≤ 10 mil hab (n=15)	17	28,3	43	71,7	$\chi^2$ 9,44	0,024
10- 20 mil hab (n=23)	32	34,7	60	65,3		
20- 50 mil hab (n=20)	26	32,5	54	67,5		
> 50 mil hab (n=23)	46	50	46	50		
<b>REPRESENTATIVIDADE</b>	<b>117</b>	<b>28,9</b>	<b>288</b>	<b>71,1</b>		
≤ 10 mil hab (n=15)	15	20	60	80	$\chi^2$ 6,0	0,1116
10- 20 mil hab (n=23)	38	33	77	67		
20- 50 mil hab (n=20)	25	25	75	75		
> 50 mil hab (n=23)	39	33,9	76	66,1		
<b>DINÂMICA ORGANIZACIONAL</b>	<b>233</b>	<b>57,5</b>	<b>172</b>	<b>42,5</b>		
≤ 10 mil hab (n=15)	42	56	33	44	$\chi^2$ 6,042	0,1096
10- 20 mil hab (n=23)	61	53	54	47		
20- 50 mil hab (n=20)	53	53	47	47		
> 50 mil hab (n=23)	77	67	38	33		
<b>AUTONOMIA</b>	<b>174</b>	<b>71,6</b>	<b>69</b>	<b>28,4</b>		
≤ 10 mil hab (n=15)	17	37,8	28	62,2	$\chi^2$ 43,665	<0,0001
10- 20 mil hab (n=23)	44	63,8	25	36,2		
20- 50 mil hab (n=20)	53	88,3	7	11,7		
> 50 mil hab (n=23)	60	87	9	13		
<b>POLITICA NACIONAL DE SAUDE BUCAL</b>	<b>162</b>	<b>40</b>	<b>243</b>	<b>60</b>		
≤ 10 mil hab (n=15)	32	42,7	43	57,3	$\chi^2$ 5,199	0,1578
10- 20 mil hab (n=23)	46	40	69	60		
20- 50 mil hab (n=20)	47	47	53	53		
> 50 mil hab (n=23)	37	32,2	78	67,8		
<b>TOTAL</b>	<b>807</b>	<b>45,3</b>	<b>975</b>	<b>54,7</b>		
≤ 10 mil hab (n=15)	123	37,3	207	62,7	$\chi^2$ 16,396	0,0009
10- 20 mil hab (n=23)	221	46,7	285	53,3		
20- 50 mil hab (n=20)	204	46,4	236	54,6		
> 50 mil hab (n=23)	259	51,2	247	48,8		

Fonte: Autora



A consolidação das dimensões e do indicador sintético está apresentada na tabela 3 abaixo.

**Tabela 3 – Soma dos valores dos indicadores e sua conversão em escores de avaliação, segundo dimensão de análise e porte populacional. Conselhos Municipais de Saúde – BA, 2016.**

	n	Pop	ESTRUTURA		REPRESENTATIVIDADE		DINAMICA		AUTONOMIA		PNSB		SINTÉTICO
			Σ	Escore	Σ	Escore	Σ	Escore	Σ	Escore	Σ	Escore	Escore
Porte populacional 1	1	10.363	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	2	8.073	1	0	2	0	4	5	1	0	0	0	5
	3	2.612	2	0	1	0	4	5	1	0	2	0	5
	4	11.990	2	0	0	0	3	5	1	0	1	0	5
	5	6.453	2	0	1	0	4	5	3	5	4	5	15
	6	8.776	2	0	0	0	4	5	1	0	3	3	8
	7	7.309	0	0	0	0	1	0	1	0	3	3	3
	8	8.895	0	0	2	0	1	0	0	0	3	3	3
	9	17.064	2	0	2	0	3	5	1	0	2	0	5
	10	7.956	0	0	1	0	1	0	1	0	3	3	3
	11	4.602	1	0	1	0	3	5	1	0	1	0	5
	12	9.648	1	0	2	0	3	5	1	0	3	3	8
	13	8.822	1	0	2	0	2	0	1	0	1	0	0
	14	8.843	1	0	1	0	4	5	1	0	1	0	5
	15	11.077	2	0	0	0	4	5	3	5	5	5	15
16	12.491	1	0	1	0	4	5	1	0	3	3	8	
17	14.118	2	0	2	0	4	5	3	5	2	0	10	
18	12.803	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	
19	12.055	0	0	2	0	3	5	1	0	2	0	5	
20	16.713	1	0	3	5	1	0	2	3	0	0	8	
21	19.750	2	0	1	0	4	5	3	5	1	0	10	
22	14.098	0	0	1	0	3	5	2	3	0	0	8	
23	10.113	1	0	2	0	2	0	3	5	3	3	8	
24	12.693	0	0	2	0	3	5	3	5	0	0	10	
25	16.014	1	0	1	0	2	0	1	0	3	3	3	
26	10.363	1	0	1	0	2	0	1	0	1	0	0	
27	10.062	1	0	2	0	2	0	1	0	3	3	3	
28	17.731	2	0	2	0	3	5	3	5	0	0	10	
29	11.154	4	5	2	0	1	0	3	5	3	3	13	
30	13.639	0	0	1	0	2	0	1	0	3	3	3	
31	18.112	2	0	1	0	3	5	3	5	3	3	13	
32	14.118	2	0	2	0	4	5	3	5	4	5	15	
33	18.964	1	0	0	0	4	5	0	0	2	0	5	
34	14.191	1	0	3	5	2	0	1	0	1	0	5	
35	14.118	2	0	2	0	4	5	3	5	3	3	13	
36	16.425	2	0	2	0	3	5	1	0	3	3	8	
37	11.145	1	0	2	0	3	5	1	0	1	0	5	
38	13.960	3	5	2	0	1	0	3	5	4	5	15	
39	35.180	2	0	2	0	3	5	3	5	2	0	10	
40	34.351	2	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	
41	34.788	2	0	1	0	3	5	3	5	0	0	10	
42	24.272	3	5	1	0	3	5	3	5	3	3	18	
43	24.110	1	0	0	0	3	5	3	5	2	0	10	
44	24.602	2	0	2	0	3	5	3	5	4	5	15	
45	36.113	2	0	1	0	2	0	3	5	3	3	8	
46	44.701	1	0	1	0	3	5	3	5	2	0	10	
47	20.964	1	0	1	0	1	0	3	5	2	0	5	
48	32.300	1	0	0	0	1	0	3	5	2	0	5	
49	33.283	1	0	3	5	4	5	3	5	4	5	20	
50	27.274	1	0	2	0	0	0	3	5	2	0	5	
51	22.874	0	0	2	0	2	0	3	5	3	3	8	
52	30.646	1	0	2	0	4	5	2	3	4	5	13	
53	24.613	2	0	1	0	4	5	3	5	3	3	13	
54	22.874	0	0	1	0	3	5	3	5	3	3	13	
55	32.300	2	0	1	0	2	0	3	5	0	0	5	
56	36.306	2	0	2	0	4	5	3	5	4	5	15	
57	20.060	0	0	1	0	4	5	1	0	1	0	5	
58	49.325	0	0	0	0	2	0	1	0	3	3	3	
59	52.338	1	0	1	0	3	5	3	5	2	0	10	
60	76.76	1	0	1	0	2	0	2	3	1	0	3	
61	51.077	3	5	3	5	4	5	3	5	3	3	23	
62	30.646	0	0	1	0	4	5	1	0	3	3	8	
63	47.880	0	0	2	0	4	5	3	5	1	0	10	
64	58.606	2	0	2	0	4	5	3	5	0	0	10	
65	66.440	1	0	0	0	2	0	2	3	0	0	3	
66	66.440	1	0	2	0	4	5	3	5	0	0	10	
67	126.929	2	0	1	0	1		1	0	0	0	0	
68	90.985	4	5	2	0	4	5	3	5	0	0	15	
68	126.929	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	
70	118.047	2	0	0	0	4	5	3	5	3	3	13	
71	126.929	3	5	2	0	4	5	3	5	2	0	15	
72	151.895	1	0	1	0	4	5	3	5	3	3	13	
73	197.965	2	0	3	5	4	5	3	5	1	0	15	
74	163.449	4	5	2	0	4	5	3	5	3	3	18	
75	242.970	2	0	3	5	3	5	3	5	4	5	20	
76	242.970	4	5	2	0	4	5	3	5	3	3	18	
77	204.667	3	5	2	0	4	5	3	5	2	0	15	
78	2.675.656	1	0	1	0	4	5	3	5	1	0	10	
79	2.675.656	3	5	3	5	1	0	2	3	1	0	13	
80	2.675.656	2	0	2	0	4	5	3	5	2	0	10	
81	306.866	2	0	3	5	4	5	3	5	1	0	15	
					Ruim			Regular					

Fonte: Autora

Os resultados foram também demonstrados em tabelas descritivas das variáveis. Por exemplo, as ações da atuação do CMS no Brasil Sorridente estão descritas na ilustração abaixo, a qual refere que o acompanhamento das ações de saúde bucal é atividade específica que mais o CMS realiza – e a discussão da valorização dos profissionais de saúde bucal foi a ação menos citada pelos respondentes.

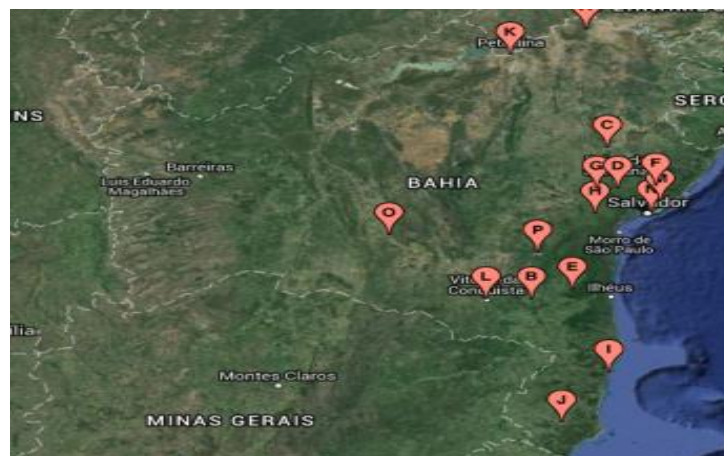
Ilustração 5 – Atuação do CMS nas ações de Saúde Bucal

<b>Tipo de Atuação</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei informar</b>	<b>Total</b>
Acompanha as ações de Saúde Bucal	54(66,7%)	26(32,1%)	1(1,23%)	81(100%)
Avalia as ações de Saúde Bucal	48(59,3%)	30(37%)	3(3,7%)	81(100%)
Propõe estratégias e serviços de Saúde Bucal após consulta da população	41(50,6%)	40(49,4%)	0(0%)	81(100%)
Discute a valorização dos profissionais de Saúde Bucal	32(39,5%)	49(60,5%)	0(0%)	81(100%)

Fonte: Autora

Ao mapear a presença do cirurgião dentista nos conselhos municipais de saúde da Bahia, observou-se que esta categoria compõe os CMS de todos os quatro portes populacionais do estudo, desde municípios pequenos, de até 10.000 habitantes, até em cidade de grande porte populacional, com mais de 50.000 habitantes. Dentre os 81 conselheiros municipais que responderam o questionário, vinte responderam positivamente para presença deste profissional na composição do CMS em 16 municípios baianos. O Odontólogo foi encontrado em sete, das nove, macrorregiões de saúde estudadas. Extremo Sul, Sul, Sudoeste, Norte, Nordeste, Centro Leste e Leste foram as regiões mapeadas. As macrorregiões Oeste e Centro Norte não registraram a presença do Dentista.

Figura 6 – Mapeamento dos Conselheiros Municipais de Saúde Odontólogos na Bahia



Fonte: [geolivres.saude.ba.gov.br](http://geolivres.saude.ba.gov.br) /Autora

**Ilustração 7 – Odontólogos Conselheiros da Bahia por Segmento, porte e Macrorregião.**

	<b>Segmento</b>	<b>Porte populacional</b>	<b>Macrorregião</b>
<b>1</b>	Usuário	> 50 mil hab	Norte
<b>2</b>	Usuário	> 50 mil hab	Leste
<b>3</b>	Usuário	> 50 mil hab	Extremo sul
<b>4</b>	Usuário/ Trabalhador	10- 20 mil hab	Centro leste
<b>5</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Extremo sul
<b>6</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Leste
<b>7</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Centro leste
<b>8</b>	Trabalhador	10- 20 mil hab	Sudoeste
<b>9</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Nordeste
<b>10</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Leste
<b>11</b>	Trabalhador	10- 20 mil hab	Norte
<b>12</b>	Trabalhador	10- 20 mil hab	Sul
<b>13</b>	Trabalhador	20- 50 mil hab	Centro leste
<b>14</b>	Trabalhador	20- 50 mil hab	Leste
<b>15</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Leste
<b>16</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Leste
<b>17</b>	Trabalhador/ Usuário	10- 20 mil hab	Centro leste
<b>18</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Sudoeste
<b>19</b>	Prestador/Governo	20- 50 mil hab	Centro leste
<b>20</b>	Prestador/Governo	> 50 mil hab	Leste

Fonte: Autor

A consolidação dos escores das dimensões no indicador sintético geral identificou apenas 1 município (1,23%) com desempenho bom e 41 municípios com desempenho “ruim”(50,62%), sendo este o mais frequente. O desempenho “regular” deu-se em 39 (48,15%).

## 6 DISCUSSÃO

O baixo desempenho da dimensão “Política Nacional de Saúde Bucal” ratificou a falta de representatividade da categoria e do controle social da PNSB nos CMS da Bahia. Apenas três municípios tiveram juízo de valor “bom” ao avaliar o grau de contribuição do CMS para a PNSB – setenta e oito cidades (96,3%) avaliaram esta contribuição como “ruim” para a referida política. Resultado semelhante a um estudo que analisou, por meio dos documentos técnicos do CMS, a organização dos serviços de saúde bucal no Município de Nova Friburgo (RJ)- e concluíram que os temas em saúde bucal abordados também não foram capazes de gerar discussões relevantes entre os participantes, dando um caráter mais informativo que deliberativo<sup>23</sup>.

Apesar do desempenho ruim da dimensão específica da saúde bucal, quarenta e seis municípios (56,8%) afirmaram conhecer o Brasil Sorridente. Este percentual mostrou-se superior ao CFO<sup>30</sup>, onde 32% da população, ao ser inquirida sobre o conhecimento do Programa Brasil Sorridente, relatou o seu conhecimento. O que significa que apesar a maior parte dos conselheiros respondentes saberem da existência da referida política, a população não conhece esse direito e conseqüentemente não acessa, por outro lado é preciso saber como a mesma está implantada e quais as condições para atender a população.

Os três piores indicadores desta dimensão foram os relacionados a presença de Odontólogo nos CMS. Dos 81 municípios apenas 16 (19,75%) possuíam representatividade desta categoria. Apesar da pouca literatura sobre o tema, os estudos existentes corroboram com o achado, a exemplo de Alves-Souza, Saliba<sup>31</sup>, que sinalizou para a necessidade de a categoria de odontólogos aumentar sua representatividade nos conselhos de saúde, a fim de contribuir com a formação de vínculos participativos em saúde e com a democratização das informações, direcionando esforços para um sistema de saúde digno e que concorde com as reais necessidades de saúde da população. Outro estudo com Odontólogos trabalhadores do SUS em uma cidade de médio porte na Paraíba, constatou que 36% destes profissionais não tem conhecimento sobre a constituição do Conselho Municipal de Saúde <sup>29</sup>.

Em relação à inserção de pautas de saúde bucal, cinquenta e quatro (66,7%) dos conselhos municipais inseriram esse tema em suas discussões, porém apenas trinta e sete (45,7%) deliberaram mais de cinco pautas relacionadas a odontologia. Esses dados podem convalidar com a literatura<sup>23</sup> quando esta relata que as discussões de saúde bucal no Conselho Municipal de Saúde pesquisado eram incipientes, devido principalmente à falta de projetos e propostas concretas que se preocupem com a qualidade da atenção em saúde bucal ofertada à população. O que demonstra falta de prioridade.

A atuação do CMS nas ações de saúde bucal deteve juízo de valor “ruim” por sessenta conselheiros (74,1%). O estudo observou que os municípios com porte populacional menor (até 50mil habitantes) concentraram a maior frequência de juízo de valor “bom” em relação a esta atuação específica do CMS. Dentre as ações de saúde bucal exercida nos CMS, a valorização dos profissionais de Saúde Bucal não é discutida na maioria dos CMS da Bahia (56%), apesar dos municípios brasileiros serem atualmente o maior empregador de dentistas do país<sup>30</sup>. Para a maioria dos conselheiros respondentes (57,14%), o CMS contribui pouco nas ações da PNSB. Nesse sentido, uma maior mobilização da categoria para incentivar a participação dos odontólogos nos CMS, poderia modificar esse cenário.

A dimensão “representatividade” foi a que apresentou o pior desempenho. Resultado semelhante na literatura, a qual retrata que “este baixo desempenho, próprio da atual conjuntura dos conselhos, implica uma atuação do conselheiro em um provável desacordo com as demandas do grupo ou entidade que representam”<sup>1</sup>. Isto coloca em questão o atual estágio de empoderamento da população brasileira que não teve formação adequada, não conhece e não sabe usar os dispositivos de participação que possui.

Concordando com esse achado, uma pesquisa<sup>8</sup> com 17 conselheiros municipais de saúde revelou considerável grau de desconexão entre a atuação dos conselheiros e as instituições representadas por eles. O segmento usuários foi o que mais apresentou desarticulação entre conselheiros e comunidade.

Os achados com a dimensão estrutura deste estudo corroboram com a literatura. Ao utilizar a mesma matriz do presente estudo, observa-se que no estado de Santa Catarina, esta dimensão foi a que apresentou o pior desempenho<sup>1</sup>. Em outro estudo<sup>5</sup>, realizado em 2009, com 98% dos 5.564 municípios brasileiros, observou-se que somente 4,8 % dos conselhos possuíam “orçamento próprio”, 16,6% possuíam “sede”, e 33% possuíam “secretaria executiva”. Comparando com os achados do presente estudo dos CMS da Bahia em relação aos itens da estrutura administrativa, o computador é o que está mais presente - em 66,67% deles possuem este item. Menos da metade dos conselhos municipais de saúde, 42,86%, têm sala própria. Já o item telefone, apenas 15,66% dos espaços democráticos estudados possuem uma linha específica para uso do CMS. Verificou-se que a maioria dos CMS possui servidor público municipal ocupando este cargo, sendo que apenas 44,05% destes foram indicados formalmente. Podemos inferir neste aspecto um reconhecimento por parte do poder público da necessidade da existência do CMS para cumprir as exigências do Ministério da Saúde para receber verbas do SUS. Apesar das secretarias municipais de saúde serem responsáveis por prover a estrutura física dos CMS, não há, por outro lado, sanção para o município que descumpra a legislação. Segundo uma pesquisa, é necessário o aperfeiçoamento das regras institucionais e do processo deliberativo para reduzir as tensões em torno da preocupação do Executivo com o não cumprimento de seus interesses, por um lado, e encarecer os custos das reações negativas dos gestores do setor<sup>5</sup>.

A dimensão Dinâmica Organizacional foi a mais bem avaliada da pesquisa, com 35 municípios com escore “bom” (65,4%). A maioria (91,67%) dos conselheiros afirmou que a aprovação da ata anterior acontece antes das sessões dos CMS se iniciarem. O indicador “Divulgação das atividades do CMS” obteve o pior desempenho dentre todos os 22 indicadores analisados individualmente da pesquisa, tendo tido valores positivos em somente um município da amostra (1,2%). – o mesmo fato ocorreu quando esta mesma matriz foi aplicada em 24 municípios de Santa Catarina<sup>1</sup>. Corroba com o mesmo achado outro estudo<sup>20</sup> o qual concluiu que a forma como as resoluções vêm sendo formalizadas não caracteriza a visibilidade das ações para a população em geral. Isto sugere um isolamento muito grande do conselho de saúde, já que a comunidade não recebe informação de quando ocorrem as reuniões, nem do que foi deliberado nelas.

Retifica este achado um estudo 8 com conselheiros municipais de saúde no qual revelou que para 59% do total dos entrevistados, o Conselho é desconhecido por parte da população em geral. O Mural e a internet foram os meios de comunicação mais citados para divulgação das atividades dos CMS, a publicação oficial veio em terceiro lugar, a frente do rádio, cartaz, jornal e panfleto. Considerando o indicador de documentos recebidos na semana anterior a reunião ordinária dos CMS, os conselheiros confirmam o recebimento da pauta antecipadamente em 71,95% das vezes e já o material de apoio (relatórios, programas etc) foi citado menos, por 60% dos respondentes, como documentos que recebem antecipadamente para análise e discussão nos CMS. Observando a dimensão da dinâmica organizacional e com execução do indicador de divulgação das atividades, verifica-se uma homogeneidade na quantidade de valores positivos (de 46 a 77), o que indica pouca variabilidade no desenvolvimento dos trabalhos nos diferentes municípios. Os indicadores “apreciação da ata anterior” e “apreciação dos instrumentos de gestão” foram positivos na maioria dos 81 municípios analisados, sugerindo baixo poder discriminatório dos mesmos.

A dimensão autonomia foi a segunda com melhor desempenho na pesquisa e a que mais teve relação direta com o porte populacional do município. Quanto mais populoso, mais autônomo o conselho municipal de saúde avaliado. A grande maioria dos CMS estudados, 92,86%, realiza eleição para o cargo de presidente do conselho, percentual maior do que o observado no estado de Santa Catarina, no qual a eleição para presidente esteve presente em 70% dos conselhos de saúde estudados no momento da pesquisa, em 2010 <sup>1</sup>.

Resultado diferente foi encontrado em uma pesquisa censitária sobre o funcionamento dos CMS no ano de 2007, a análise dos resultados mostra que os CMS têm problemas com autonomia e organização e bom desempenho no acesso. A distribuição por portes populacionais revela que os melhores resultados são os dos CMS de cidades com mais de 250.000 habitantes, e os piores, de população inferior a 50.000<sup>57</sup>. Esta relação diretamente proporcional do porte populacional com a autonomia também foi encontrada na pesquisa alvo desta dissertação.

A autonomia é tema amplamente discutido na literatura científica como um importante nó para o efetivo exercício do controle social dos CMS - é relatada a existência de dificuldade por parte dos representantes do poder executivo em partilhar o poder decisório nos espaços do conselho e também a desigualdade que marca as relações sociais, a qual muitas vezes engessa a participação política dos grupos populares, mesmo onde essa presença se encontra juridicamente assegurada <sup>21</sup>.

Segundo uma relevante autora<sup>11</sup> a criação de instâncias federativas de gestão compartilhada, as comissões intergestores, não favoreceram o Conselho a ocupar lugar central na arena decisória da área – bem como, as escolhas estratégicas dos atores que lideravam a dinâmica de funcionamento do Conselho de certa forma consolidaram um lugar relativamente secundário do fórum. Estes fatos históricos podem elucidar os diversos estudos que relatam a ausência de autonomia dos conselhos de saúde do Brasil.

Em mais da metade dos conselhos, 58,33%, houve relato da existência de comissões internas para divisão de atividades e assuntos dentro da instituição. Nos CMS em que há comissões instituídas, a maioria afirma que as comissões apresentam pareceres para apreciação dos conselheiros - percebe-se que na Bahia houve maior positividade que em Santa Catarina, onde o mesmo indicador “comissões internas formalmente constituídas”, apresentou apenas 33% dos municípios com valores positivos<sup>1</sup>.

Ao analisar 290 resoluções emitidas por um CMS, um estudo documental<sup>20</sup> concluiu que a prática deste parece ser burocratizada, com ausência de ações propositivas, e que o mero funcionamento regular do conselho não garante que exista efetivo controle social

Ao analisar o indicador sintético final, obteve-se uma prevalência do juízo de valor “ruim” (41 municípios). O juízo de valor “regular” (39 municípios) e somente um município (1,2%) apresentou “bom” desempenho – sendo este de porte populacional alto. Este resultado foi semelhante ao do estado de Santa Catarina, no qual 70,8% dos municípios obtiveram juízo de valor “ruim” e apenas 2 municípios (8,3%) apresentaram “bom” desempenho<sup>1</sup>.

Apesar de distintos entre si, pode-se notar entre os dois estados, em ambos, os resultados demonstram a fragilidade no desempenho das funções destas instituições.

Em um outro projeto denominado “Participação e Distribuição nas Políticas Públicas do Nordeste” em 2007, afirmou-se que, entre os estados de Pernambuco, Bahia e Ceará, há diferenças de ‘performance’ no que se refere à participação, à efetividade e à institucionalização dos conselhos municipais.<sup>19</sup>



## **7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DA PESQUISA**

Este foi um estudo panorâmico da magnitude da questão da participação social relacionada a PNSB mas que não focou nas causas deste problema, ateve-se apenas na descrição do desempenho dos CMS nas dimensões estudadas – mas não explicou o problema, a causa da obtencao deste resultado. Os municípios com porte maior que 50.000 habitantes tiveram pouca sensibilidade neste estudo,e esta foi outra lacuna da pesquisa.. Ressalta-se também que o SIACS ( Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saude) muitas vezes apresentou contatos desatualizados dos CMS, fato que pode ter sido fator limitador de uma amostra maior do que a obtida. Outra lacuna foi que algumas perguntas do questionário os conselheiros não tinham obrigação de saber e houve respostas que eles não sabiam informar. A perspectiva do estudo é que este seja um instrumento de fortalecimento da odontologia aliada ao Controle Social no país - e que sirva como estímulo para produção de mais pesquisas neste tema, tão necessária para o aprimoramento das políticas públicas no Brasil.

## 8 CONCLUSÃO

A maioria dos municípios possuiu desempenho ruim quanto ao CMS ao se considerar o índice sintético dos indicadores e, ao avaliar o grau de contribuição do CMS para a PNSB, a grande parte avaliou como “ruim” para a referida política. Este estudo contribuiu na reflexão sobre o controle social local, colocando essa discussão em pauta no meio científico e realçou a necessidade de a categoria odontológica adquirir um padrão maior de representatividade nos CMS.

Apesar de haver uma ampla legislação sobre o controle social na execução das políticas públicas em saúde, percebeu-se também que há um relevante espaço a ser preenchido na literatura no que tange à avaliação desta atuação do controle social relacionado à política nacional de saúde bucal.

Cada vez mais a participação social se torna fundamental na conjuntura política e econômica atual há controle social, há menor risco de ataque a democracia e esta é diretamente relacionada a capacidade dos agentes influenciar na política através do controle social.

O potencial histórico dos diversos atores do controle social tem muito a contribuir positivamente com a PNSB, principalmente em tempos de cenário incerto, como o atual. Desta forma, o cirurgião dentista, e também as suas entidades de classe, devem se aproximar mais dos conselhos municipais de saúde a fim de aprimorar e institucionalizar a PNSB – e assim obter avanços positivos em prol da sociedade e da categoria odontológica.

## REFERÊNCIAS

1. Vieira M. Modelo de avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde [dissertação]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.
2. Rodrigues I, Barbieri JC. A emergência da tecnologia social: revisitando o movimento da tecnologia apropriada como estratégia de desenvolvimento sustentável. *Revista de Administração Pública*. 2008; 42(6): 1069-94.
3. Campos, GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. 2011; *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7): 3033-3040.
4. Júnior, JPB. Participação social e relação de poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia. 2013. 214 f. Tese de Doutorado (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
5. Rasga MM, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14(3): 795-805.
6. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. p.133-4: Seção II
7. Duque LM, Paim JS. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. *Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde* [Internet]. 2015. [Acesso em 26 Dez 2015]; 9(4). Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br>.
8. Duarte EB, Machado MDAS. O Exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. *Saúde e Soc*. 2012; 21 Sup11: S126–37.
9. Souza MF. Comunicação e Democracia nos Conselhos de Saúde: um estudo sobre os processos deliberativos do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fiocruz, 2011.
10. Escorel S, Moreira MR. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Fleury S, Lobato LVC (organizadoras). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009.
11. Côrtes SV, organizadora. *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 208p.
12. Gonçalves AO, Gonçalves RS, Tavares AL. O Olhar dos Conselheiros de Saúde Sobre os Relatórios de Prestação de Contas no Município de Natal (Rio Grande do Norte). *Saúde Soc*. 2011; 20(3): 659–72.
13. Almeida C, Tatagiba L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. *Serv. Soc Soc*. 2012; 109:68–92.

14. Dominguez B. As vozes do Brasil. RADIS. 2014; 144:10–6.
15. Confederação Nacional Dos Municípios. Censo sobre a alteração no número de vereadores [Internet]. Porto Alegre; 2012. Disponível em: [www.cnm.org.br](http://www.cnm.org.br). Acesso em 22/10/2015.
16. Carvalho AMM. Conselhos de Direito: canais de participação social no orçamento público. Amaz em Foco. 2012; 1(1): 6–15.
17. Moysés JS. Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológicas. São Paulo: Artes Médicas; 2013. (Série Abeno Odontologia Essencial).
18. Rocha N, Cunha JXP, Lira LSSP, Oliveira LB, Nery AA, Vilela ABA, et al. O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. Saúde em Debate [Internet]. 2013; 37 (96): 104–11. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
19. Avritzer L, organizador. A participação social no nordeste. 1ª ed. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007.
20. Landerdhal MC, Unfer B. Resoluções do Conselho de Saúde : instrumento de controle social ou documento burocrático ?. Cien Saúde Colet. 2010; 15(5): 2431–6.
21. Cazal MDM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde : ( re ) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. Cien Saúde Colet. 2010; 15(5): 2437–45.
22. Belini LMP, Moysés SJ. Conselho Municipal de Saúde de Ampére: avaliando o controle social. Saúde em Debate. 2010; 34(85): 321-327.
23. Ditterich RG, Ditterich ACR, Baldani M. A política de saúde bucal em pauta no Conselho Municipal de Saúde no Município de Nova Friburgo RJ. Rev Odontol UNESP. 2015; 44(3): 143–51.
24. Pereira W. Uma história da Odontologia no Brasil. Uberlândia. 2012; 8(47): 147–173.
25. Amilton J, Silvestre C, Silvia A, Aguiar W, Teixeira EH. Do Brasil sem Dentes ao Brasil Sorridente: Um Resgate Histórico das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil. Cadernos ESP. 2013; 7(2): 28–39.
26. Chaves SCL, Almeida AMFL, Santana FS, Barros SG, Rossi TRA, Santos CML. A Política Nacional de Saúde Bucal no período 2003 a 2013: breves considerações sobre cenário e implementação. Relatório de Acompanhamentos de Políticas do Observatório de Análise Política em Saúde. Salvador; 2016. [Citado 2016 março 17]. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org>.
27. Paludetto MJ, Pacheco LMS, Florentino MP, Pucca GA. Avaliação da estrutura normativa da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, no período de 2003 a 2011. Divulgação em Saúde para debate. 2014;51:86-100.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
29. Cleide M, Braz A, Araki AT. Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o controle social do SUS. Rev COOPEX. 2015; 6:2-13.
30. Conselho Federal de Odontologia. O que esperamos do próximo presidente do Brasil 2015-2018 [internet] Brasília; 2014. Disponível em: [www.cfo.org.br](http://www.cfo.org.br). Acesso em 22/11/2015.
31. 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. Cad Saude Publica. 2003 ;19(5):1381-8.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A** - Indicadores de avaliação. Dimensões: estrutura, representatividade, dinâmica organizacional, autonomia e política nacional de saúde bucal.

DIMENSÃO: Estrutura

INDICADORES	MEDIDAS/VALOR/QUESTÃO NO QUESTIONÁRIO
E1: Estrutura Administrativa	Existência de sala, computador, telefone, próprios do Conselho/ (1) / Questão 8
E2: Secretaria Executiva	Existência de ato administrativo do Executivo definindo funcionário para a atividade/(1)/Questão 9
E3: Regimento Interno	Existência de Regimento Interno homologado pelo chefe do Executivo/(1)/ Questão 10
E4: Orçamento próprio	Existência de orçamento próprio específico para o CMS / (1) /Questão 11

**Estrutura Administrativa:** A estrutura administrativa representa a existência de uma estrutura com área física (sala) e materiais permanentes (computador, telefone) para o adequado desenvolvimento dos trabalhos do Conselho.

**Secretaria Executiva:** A Secretaria executiva representa a existência de um funcionário indicado pelo Executivo especificamente para apoiar os trabalhos desenvolvidos pela Plenária, pela Mesa Diretora, e pelas Comissões Técnicas, sendo importante para a agilização das diferentes demandas vindas destas várias frentes.

**Regimento Interno:** O Regimento Interno regulamenta a competência do Conselho e de seus membros; a composição e o mandato dos conselheiros e da Mesa Diretora; a estrutura e funcionamento da Plenária, da Mesa Diretora, das Comissões, da Secretaria Executiva e Estrutura Administrativa; a normatização de suas reuniões e dos encaminhamentos de suas Resoluções, assim como outros assuntos inerentes ao seu funcionamento. Estas regulamentações todas são a base para a atuação do Conselho, devendo ser apreciadas pelo Executivo através de Decreto, para possuírem respaldo legal.

**Orçamento próprio:** O orçamento próprio representa os recursos financeiros que permitem a instituição da Estrutura administrativa, assim como o desenvolvimento dos trabalhos de responsabilidade da Secretaria Executiva.

## DIMENSÃO: Representatividade

INDICADORES	MEDIDAS/VALOR QUESTAO NO QUESTIONARIO
R1: Composição Percentual de representantes trabalhadores	Existência de distribuição dos conselheiros trabalhadores no Percentual de 25% em relação a totalidade dos demais conselheiros(1)/Questões 12 e 13
R2: Representatividade dos usuários	Inexistência de profissional de saúde, cargo comissionado do Executivo ou prestador de serviço no segmento dos usuários (1) /Questão 14
R3: Presença de Odontólogo representando usuário	Existência de Odontólogo como conselheiro representante do segmento usuário (1) / Questão 15
R4: Presença de Odontólogo representando trabalhador	Existência de Odontólogo como conselheiro representante do segmento trabalhador (1) / Questão 15
R5: Presença de Odontólogo representando governo	Existência de Odontólogo como conselheiro representante do segmento governo (1)/ Questão 15

**Composição percentual de representantes trabalhadores:** A composição do Conselho deve possuir 25% de representantes de entidades de profissionais de saúde.

**Representatividade dos usuários:** A paridade é garantida quando não houver na categoria dos usuários representantes dos outros segmentos, já que de outra maneira o peso da participação popular, e, portanto, da sua capacidade de influência política, estaria prejudicada.

**Presença de Odontólogo representante do segmento usuário:** O mapeamento da presença do profissional Odontólogo como conselheiro municipal de saúde é relevante para o aprimoramento do Brasil Sorridente.

**Presença de Odontólogo representante do segmento trabalhador:** O mapeamento da presença do profissional Odontólogo como conselheiro municipal de saúde é relevante para o aprimoramento do Brasil Sorridente.

**Presença de Odontólogo representante do segmento governo:** O mapeamento da presença do profissional Odontólogo como conselheiro municipal de saúde é relevante para o aprimoramento do Brasil Sorridente.

## DIMENSÃO: Dinâmica Organizacional

INDICADORES	MEDIDAS/VALOR QUESTAO NO QUESTIONÁRIO
D1: Plenária com reunião mensal	Existência de 9 reuniões ou mais em 2014(1)/ Questão 17
D2: Divulgação das reuniões	Existência dos sete meios de divulgação (rádio, jornal, cartaz, panfleto, mural, internet ou publicação oficial) contendo datas e horários das reuniões do CMS/(1)/ Questão 18
D3: Entrega prévia de pauta	Existência de rotina de entrega de pauta das reuniões com a antecedência prevista no Regimento Interno(1)/ Questão 19
D4: Entrega prévia de material de apoio	Existência de rotina de entrega de material de apoio para as reuniões com a antecedência prevista no Regimento Interno (1) / Questão19
D5: Aprovação rotineira da ata da reunião anterior	Existência de aprovação rotineira da ata da reunião anterior no dia da reunião/(1)/ Questão20

**Plenária com reunião mensal:** A legislação prevê o mínimo de 1 (uma) reunião por mês do Conselho. A reunião periódica, regular, permite o desenvolvimento mais adequado dos trabalhos do Conselho.

**Divulgação das reuniões:** A transparência das atividades do Conselho passa necessariamente pela divulgação das datas e horários de suas reuniões.

**Entrega prévia de pauta:** A entrega com antecedência prevista no Regimento Interno da pauta das reuniões do Conselho permite que os conselheiros possam estudar antecipadamente os temas, buscando os esclarecimentos e informações necessárias para que os mesmos tenham autonomia nas suas decisões durante a Plenária.

**Entrega prévia de material de apoio:** A entrega com antecedência prevista no Regimento Interno de material de apoio para as reuniões do Conselho permite que os conselheiros possam estudar antecipadamente o material que vai ser usado na reunião, buscando os esclarecimentos e informações necessárias para que os mesmos tenham autonomia nas suas decisões durante a Plenária.

**Aprovação rotineira da ata da reunião anterior:** A aprovação rotineira da ata da reunião anterior do CMS é um relevante procedimento que se traduz em transparência e credibilidade para posterior assinatura dos conselheiros municipais retificando as informações contidas na ata



## DIMENSÃO: Autonomia

INDICADORES	MEDIDAS/VALOR QUESTAO NO QUESTIONARIO
A1: Eleição para presidente	Existência de eleição para presidência do CMS/ (1)/ Questão 23
A2 :Existência de Comissões Internas	Existência de comissões internas no CMS /(1)/ Questão 24
A3: Apresentação de parecer pelas comissões	A existência de parecer pelas comissões indica a atuação das mesmas / (1)/ Questão25

**Eleição para presidente:** A ocorrência de eleição para a presidência do Conselho permite que a Plenária decida a quem conferir o controle do processo decisório, referente à pauta e ao desenvolvimento de todos os trabalhos.

**Existência de Comissões Internas:** Os Conselhos que possuem Comissões Internas têm uma maior agilidade nos seus trabalhos, permitindo que assuntos complexos, ou extensos, possam vir para a Plenária com um posicionamento prévio de grupos mais familiarizados, motivados e competentes para determinados grupos temáticos, os quais podem inclusive receber apoio técnico para tal. Além disso, permite que conselheiros tenham mais autonomia.

**Apresentação de parecer pelas Comissões:** A existência de pareceres de Comissões Internas indica que além de as mesmas existirem, são atuantes.

## DIMENSÃO: Política Nacional de Saúde Bucal

INDICADORES	MEDIDAS/VALOR QUESTAO NO QUESTIONÁRIO
PNSB1: Conhecimento da política	Conhecer o Brasil Sorridente/ (1)/ Questão 26
PNSB 2:Número de deliberações de saúde bucal	Possuir mais de 1 deliberação em saúde bucal em 2014/(1)/ Questão 21
PNSB 3:Inserção de pautas em saúde bucal	Saúde Bucal esteve inserida em alguma pauta de reunião ordinária em 2014/ (1)/ Questão 28
PNSB 4: Atuação do CMS nas ações de saúde bucal	A atuação simultânea no acompanhamento, na avaliação, na proposição de estratégias e serviços e na discussão da valorização dos profissionais de saúde bucal/(1)/ Questão 29
PNSB 5:Contribuição do CMS para a política	Contribuir muito para a PNSB /(1)/ Questão 30

**Conhecimento da Política Nacional de Saúde Bucal:** Conhecer o Brasil Sorridente é importante para subsidiar as ações dos conselheiros municipais de saúde nesta área.

**Número de deliberações de saúde bucal:** O numero de deliberações em saúde bucal pelo CMS é um aspecto relevante para avaliar a atuação do conselho municipal de saúde nas ações de saude bucal.

**Inserções de Pautas em Saúde Bucal:** O fato de haver inserções de pauta continuamente pelos conselheiros mostra uma atuação positiva do CMS em Odontologia.

**Atuação do CMS nas ações de saúde bucal:** A atuação do CMS nas ações de saúde bucal é de grande relevância – acompanhar as ações de Saúde Bucal, avaliá-las, propor estratégias e serviços e discutir a valorização dos profissionais são algumas das atuações esperadas.

**Contribuição do CMS para a política:** Avaliar o grau de contribuição do CMS para o Brasil Sorridente é fundamental para o aprimoramento dos serviços do Brasil Sorridente no município.

**APÊNDICE B** -Carta convite de apresentação aos Conselheiros Municipais de Saúde sobre objetivos da pesquisa com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: “Atuação dos profissionais de saúde e dos Movimentos Sociais nos Conselhos e nas Políticas Públicas” e em específico do sub projeto: “Conselhos Municipais de Saúde na Política Nacional de Saúde Bucal”.

**1 - Qual os objetivos do estudo?**

O projeto visa mapear a presença e a atuação dos profissionais de saúde e de militantes de movimentos sociais nos Conselhos de Direitos e nas políticas públicas no Estado da Bahia, descrever as condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e identificar possíveis contribuições dos CMS frente à Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) .

**2- Aonde serão armazenadas as respostas?**

**Caso concorde em participar , suas respostas** serão guardadas em lugar seguro no Banco de Dados da Pesquisa desenvolvida pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em HD externos sob a responsabilidade das pesquisadoras: Marilda Castelar, e-mail marildacastelar@bahiana.edu.br, cel: (71)99874406 e Leila Santana Monteiro, e-mail leimonteiro@hotmail.com.br, cel: (71)93470454.

**3- Qual o tema das perguntas que eu responderei?**

**Os participantes desta pesquisa, responderão a** algumas questões referentes aos Conselhos Municipais de Saúde, seus membros, suas Condições de Atuação e sua relação com a Política Nacional de Saúde Bucal.

**4- Quais os possíveis benefícios desta pesquisa?**

**Espera-se que esta pesquisa possa tr**azer novos parâmetros ao aperfeiçoamento dos Conselhos Municipais de Saúde além de uma possível tomada de consciência dos Odontólogos quanto a importância dos conselhos municipais de saúde na execução da Política Nacional de Saúde Bucal.

**5- Minha participação neste estudo será mantida em sigilo?**

Sim. As pesquisadoras se comprometem a cumprir e seguir todas as normas e diretrizes vigentes direcionadas pela resolução 466/12 (Pesquisa com Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, tendo, portanto, total postura ética diante desta pesquisa e dos sujeitos, perante o desenvolvimento da mesma - e também com a guarda de sigilo em relação a identidade dos participantes que terão a garantia de total esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, estando, portanto livres para recusar- se a participar da pesquisa, assim como retirar este consentimento a qualquer momento.Os resultados desta pesquisa, poderão ser divulgados em congressos, revistas científicas, mídia impressa, divulgação científica de pesquisas e relatórios para arquivamento e formação de acervo histórico.

**6- Como posso esclarecer dúvidas sobre a pesquisa?**

Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina Saúde Pública – Avenida Dom João VI, n. 275 – Brotas. Salvador – BA. CEP 40.290-000 Tel: (71) 3276-8225. E-mail: cep@bahiana.edu.br

1. Assinale abaixo que a (o) Senhor(a) leu o TCLE e concorda em participar desta pesquisa
- Dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimento e compreendido.

## APÊNDICE C - Questionário para coleta de dados dos municípios

\* 1. Assinale abaixo que a(o) sr.(a) leu o TCLE e concorda em participar desta pesquisa

- Dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimento e compreendido.

\* 2. Qual é o seu gênero?

- Masculino  Feminino  Prefiro não responder

\* 3. Qual a sua cor ou raça segundo a classificação do IBGE?

- Branco  Parda  Indígena  
 Preta  Amarela/Asiática  Prefiro não responder

\* 4. Qual é a sua idade?

\* 5. Qual o segmento que você representa no CMS onde atua?

- Usuário  Trabalhador de saúde  Gestor ou Prestador de Serviço

\* 6. Escolha o nome da cidade aonde você atua como conselheiro. O número de habitantes (IBGE 2010) encontra-se ao lado do município.

\* 7. Qual o porte populacional do município aonde você atua como conselheiro?

\* 8. Assinale "possui" ou "não possui" para os seguintes itens da estrutura administrativa do seu CMS :

	Possui	Não possui
Sala própria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Computador próprio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telefone próprio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 9. com relação ao se secretário executivo, o CMS possui:

- Servidor público municipal indicado formalmente para o cargo (através de portaria, memorando, comunicação interna)  
 Servidor público municipal indicado informalmente para o cargo

\* 10. Com relação ao regimento interno o CMS:

- Possui regimento interno, homologado pelo Prefeito
- Possui regimento interno, porém não homologado pelo Prefeito
- Não possui regimento interno

\* 11. O Conselho de Saúde possui orçamento municipal específico para o controle social?

- Sim
- Não
- Não sei informar

\* 12. Quantos conselheiros titulares possui o conselho?

\* 13. Quantos conselheiros titulares são representantes do segmento dos trabalhadores de saúde?

\* 14. Há profissionais de saúde, cargos comissionados do governo ou prestadores de serviço de saúde como representantes do segmento dos usuários?

- Sim
- Não

\* 15. Analise cada profissão abaixo e, caso exista conselheiro municipal que a possua, marque o segmento que cada um representa. Deixe a linha em branco na situação de não haver conselheiro com a referida profissão.

	Usuário	Trabalhador	Prestador/Governo	Governo
Assistente Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biomédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educador Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veterinário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutricionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odontólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta Ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nível Técnico na área de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual a profissão do presidente do CMS?

\* 16. Quais outros conselhos existem no município onde você é conselheiro?

	Existe	Não Existe	Não sei informar
Criança e Adolescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistência Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outro (especifique)

\* 17. Quantas reuniões foram realizadas no ano de 2014?

- 9 ou mais
  9 ou menos

\* 18. Qual meio de comunicação é utilizado para a divulgação à população das datas das reuniões e das deliberações do CMS?

	É utilizado	Não é utilizado
Radio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jornal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cartaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Panfleto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet (site, blog, redes sociais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Publicação oficial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outro (especifique)





\* 25. As Comissões Internas, quando existentes, apresentam Pareceres para serem apreciados pelo Conselho?

- Sim  Não  Não sei informar

\* 26. Você conhece a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)?

- Sim  Não

27. Assinale em quais das unidades assistenciais abaixo é(são) oferecido(s) serviço de odontologia pelo SUS no município onde você atua como conselheiro?

	É oferecido	Não é oferecido	Não sei informar
Equipe de Saúde Bucal da Família ( PSF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centro de Especialidades odontológicas (CEO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unidade Básica de Saúde (UBS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unidade Pronto Atendimento 24h (UPA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratórios de Próteses Dentárias (LPD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unidade Odontológica Móvel (UOM)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistência Odontológica Hospitalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 28. No ano de 2014, a Saúde Bucal esteve inserida em alguma pauta de reunião ordinária ?

- Sim  Não  Não sei informar

\* 29. Em relação as ações de Saúde Bucal no município onde você atua conselheiro, o CMS:

	Sim	Não	Não sei informar
Acompanha as ações de Saúde Bucal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avalia as ações de Saúde Bucal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Propõe estratégias e serviços de Saúde Bucal após consulta da população	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discute a valorização dos profissionais de Saúde Bucal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 30. Assinale qual é o grau de contribuição que o CMS exerce nas ações da PNSB no município onde você atua como conselheiro?

- Não contribui     
  Contribui pouco     
  Contribui o suficiente     
  Contribui muito

31. Você gostaria de receber os resultados dessa pesquisa?

Endereço de email

**Agradecemos por você responder a nossa pesquisa!**

**ANEXOS****ANEXO A – Carta de Anuência emitida pelo Conselho Estadual de Saúde da Bahia**

Conselho Estadual de Saúde

Salvador, 19 de maio de 2014

Prezados Senhores

O Conselho Estadual de Saúde está ciente dos termos deste trabalho e concorda realização da pesquisa no âmbito dos Conselhos de Saúde no Estado da Bahia a ser realizado pela Pesquisadora Leila Santana Monteiro, estudante do Mestrado da Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), intitulado: "Condições de Atuação dos Conselhos Municipais de Saúde da Bahia", que faz parte de um projeto mais amplo intitulado "Atuação dos profissionais de saúde e dos movimentos sociais nos conselhos de direitos nas políticas Públicas". Coordenado e orientado pela Professora Dr<sup>a</sup> Marilda Castelar previsto para ser desenvolvido em 24 meses, com início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EBMSP.



Atenciosamente

Elisabete Lima de Moraes

Coordenação do Conselho Estadual de Saúde

Elisabete Lima de Moraes  
Coordenadora do CES  
Cad. 13.326.698-0

## ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP

	<b>ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA / FUNDAÇÃO BAHIANA</b>	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NOS CONSELHOS E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

**Pesquisador:** Marilda Castelar

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 33098814.0.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.317.532

**Apresentação do Projeto:**

A pesquisa foi aprovada por este Comitê pelo parecer 804.222 e relatoria de 24/09/2014. O Pesquisador Responsável informa que considerando o tempo transcorrido foi elaborado um relatório para informar o andamento da pesquisa no período setembro de 2014 a setembro/2015. E para informar mudanças na equipe e a necessidade de aperfeiçoamentos nos objetivos específicos, e no cronograma, solicitamos portanto uma ementa dos mesmos. Considerando que a presente pesquisa enquadra-se no campo das ciências humanas, usa métodos qualitativos e por ser do tipo exploratória poderá no curso de seu processo aperfeiçoar ou modificar seus objetivos

**Objetivo da Pesquisa:**

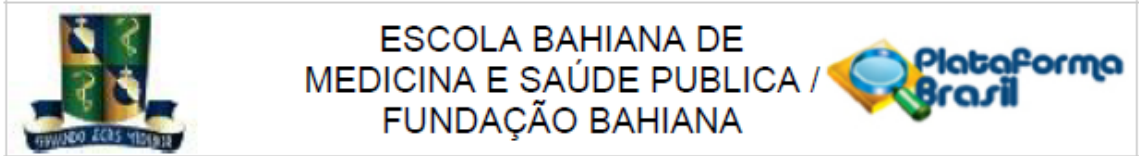
Objetivo Primário do Protocolo Original ( Primeira versão)

1. Mapear a presença e a atuação dos profissionais de saúde e de militantes de movimentos sociais nos Conselhos de Direitos e nas políticas públicas no Estado da Bahia.

Proposta de nova redação dos Objetivos Específicos:

a) Descrever as condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde da Bahia e suas

<b>Endereço:</b> AVENIDA DOM JOÃO VI, 275	<b>CEP:</b> 40.290-000
<b>Bairro:</b> BROTAS	
<b>UF:</b> BA <b>Município:</b> SALVADOR	
<b>Telefone:</b> (71)3276-8225	<b>E-mail:</b> cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.317.532

implicações na Política de Saúde Bucal.

- b) Levantar, descrever e analisar as concepções sobre relações raciais de profissionais de saúde que participam de Conselhos de Saúde e de Igualdade Racial Estadual e Municipal existentes em Salvador, no Estado da Bahia.
- c) Identificar as principais práticas inovadoras vinculadas aos profissionais de psicologia para elaboração de políticas públicas e no enfrentamento do racismo institucional em Salvador.
- d) Conhecer os desafios relacionados à atenção psicológica a surdos que utilizam a LIBRAS como meio de comunicação, verificando a possibilidade de desenvolver formas de atendimento e acessibilidade que atendam as demandas da Comunidade Surda que utiliza a LIBRAS.
- e) Identificar concepções de psicólogas brancas sobre o racismo.
- f) Conhecer a perspectiva dos psicólogos sobre as políticas públicas para crianças e adolescentes voltadas para as medidas sócio educativas.
- g) Identificar as concepções de profissionais de Psicologia sobre as políticas públicas voltadas para a atenção a adolescentes em situação de abortamento nos serviços públicos terciários de Salvador, com vistas à criação de tecnologias leve.
- h) Compreender as práticas do psicólogo no acompanhamento às gestantes na atenção primária.
- i) Mapear a presença de psicólogos que atuam nos conselhos de saúde e nas políticas de saúde na Região Sudoeste da Bahia, bem como analisar a atuação desses profissionais nestas áreas.
- j) Analisar a efetivação das diretrizes: Acolhimento e Clínica Ampliada, da Política Nacional de Humanização (PNH), no atendimento psicológico aos usuários do SUS, em unidades de saúde de Salvador Bahia.
- k) Registrar a história de vida de profissionais de saúde e de militantes na efetivação das políticas públicas voltadas para a população negra e no combate ao racismo institucional.
- l) Construir um banco de dados sobre os conselhos de direitos, políticas públicas e histórias de vida de profissionais e de militantes de movimentos sociais da Bahia

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O Pesquisador Responsável mantém os riscos e benefícios do projeto original.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

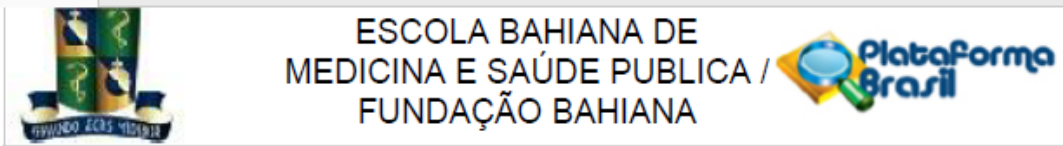
Bairro: BROTAS

CEP: 40.290-000

UF: BA Município: SALVADOR

Telefone: (71)3278-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.317.532

#### Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Esta pesquisa envolve um risco mínimo que se baseia na possibilidade de constrangimento ao responder alguma questão. Caso isso ocorra, estes participantes poderão optar por não responder qualquer questão online, ou mesmo de não participar da pesquisa. As pesquisadoras farão o possível para minimizar qualquer tipo de situação, as entrevistas serão realizadas em local silencioso, que garantam o sigilo e confidencialidade do entrevistado, também se comprometem em manter sigilo sobre os conteúdos e possíveis ocorrências.

#### Benefícios:

Os Benefícios diretos aos participantes estão relacionados, à maior compreensão dos processos participativos, das demandas dos movimentos sociais que devem possibilitar mudanças em concepções e práticas dos profissionais de saúde no atendimento à população, que poderá ser beneficiada com um maior controle social dos bens públicos e no sistema de saúde. Impacto na Formação: esta pesquisa pretende contribuir com a formação de recursos humanos, a partir da reflexão acerca dos problemas de escolarização em uma perspectiva crítica no processo de formação de professores e profissionais de saúde.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

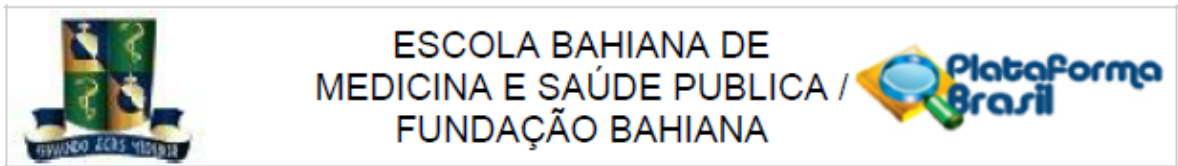
O pesquisador Responsável anexou o relatório parcial da pesquisa informando o andamento da pesquisa no período de um ano.

Anexou a Emenda 3 informando mudanças na equipe e a necessidade de aperfeiçoamentos nos objetivos específicos, e no cronograma.

O cronograma original foi programado para o final da pesquisa em 01/03/2016 01/07/2016. O atual apresenta um prazo para o término da pesquisa em 2017.

Não contempla no cronograma o prazo de envio do relatório parcial e final ao CEP-EBMSP, e além disso não distingue

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275	CEP: 40.290-000
Bairro: BROTAS	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3278-8225	E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.317.532

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

Os pesquisadores postaram os documentos correspondentes a emenda em consonância com a Resolução 466/12.

**Recomendações:**

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

Após análise da emenda e do protocolo de pesquisa original, a emenda foi aprovada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

**XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Instrumento.pdf	11/11/2015 09:36:06	CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_604058 E1.pdf	14/10/2015 15:29:15		Aceito
Outros	Anexo_5_TCLE_Questionario_Online_0 1_10_15.pdf	14/10/2015 14:43:58	Marilda Castelar	Aceito
Outros	Relatorio_Parcial_CEP_01_10_2015.pdf	06/10/2015 16:40:21	Marilda Castelar	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE  
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA /  
FUNDAÇÃO BAHIANA



Continuação do Parecer: 1.317.532

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Marilda_Castelar_01_10_2015.pdf	06/10/2015 16:38:00	Marilda Castelar	Aceito
Cronograma	Apendice_1_Cronograma_01_10_15.pdf	06/10/2015 16:34:34	Marilda Castelar	Aceito
Declaração de Pesquisadores	APENDICE 1 Cronograma Projeto Marilda Castelar 2014-2016.pdf	31/08/2014 22:44:05		Aceito
Declaração de Pesquisadores	APENDICE 2 Orçamento Detalhado CEP Marilda Castelar.pdf	31/08/2014 22:41:40		Aceito
Declaração de Pesquisadores	APENDICE 3 Roterio Geral e especificos de Entrevistas 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:39:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO 5 Autorização de Uso de Imagem, Som 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:37:57		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta de Anuência Hospital Juliano Moreira.jpg	31/08/2014 22:28:46		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta de Anuência HGRS.jpg	31/08/2014 22:28:09		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta de Anuência CRPBA -OF. 319.jpg	31/08/2014 22:27:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto CEP Marilda Castelar revisado 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:26:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Psicólogas SSA 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:25:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - Conselheiros 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:24:35		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto Assinada PósGrad.jpg	20/06/2014 16:15:20		Aceito
Outros	Instrumento Validado coleta de dados etapa 1.pdf	20/06/2014 16:06:35		Aceito
Outros	QUESTIONARIO - Primeira Etapa.pdf	20/06/2014 16:05:01		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta Anuência Conselho de Saúde.jpg	20/06/2014 16:02:44		Aceito
Outros	Autorização da Autora para uso de instrumento validado.pdf	20/06/2014 16:02:06		Aceito

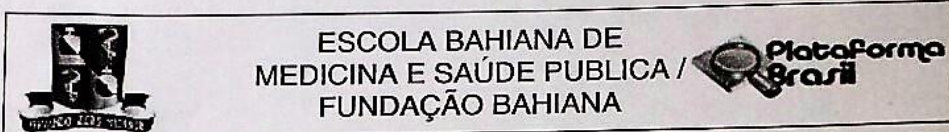
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275  
Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br





Continuação do Parecer: 1.317.532

Não

SALVADOR, 11 de Novembro de 2015

*Cristiane Dias*

Assinado por:

**CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS**  
(Coordenador)

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA  
**BAHIANA**

*Cristiane Maria Carvalho Costa Dias*  
Vice-Coordenadora da CEP  
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

UF: BA

Telefone: (71)3276-8225

Município: SALVADOR

CEP: 40.290-000

E-mail: cep@bahiana.edu.br

*Brotas*

**ANEXO C - Artigo****ATUAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA  
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**

Leila Santana Monteiro<sup>1</sup>, Marilda Castelar<sup>2</sup>, Marcos Antônio Almeida Matos<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Escola Bahiana Medicina e Saúde Pública, EBMSP, Salvador-BA

<sup>2</sup> Escola Bahiana Medicina e Saúde Pública, EBMSP, Salvador-BA

<sup>3</sup> Escola Bahiana Medicina e Saúde Pública, EBMSP, Salvador-BA

---

**RESUMO**

O Conselho Municipal de Saúde (CMS), instância colegiada do Sistema único de Saúde (SUS), possui caráter permanente e deliberativo, e é responsável pelo acompanhamento das ações de saúde nos municípios brasileiros. A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), instituída em 2004, regulamenta as ações de saúde bucal e tem a Gestão Participativa como um princípio. O objetivo foi avaliar a atuação dos CMS da Bahia na PNSB e mapear a presença dos Odontólogos atuantes como conselheiros municipais de saúde. A pesquisa é descritiva, analítica e prospectiva. Conselheiros responderam um questionário contendo indicadores em cinco dimensões: estrutura, representatividade, dinâmica organizacional, autonomia e PNSB. O teste do quiquadrado foi utilizado para análise estatística. Houve 81 respondentes em quatro categorias de porte populacional e nove macrorregiões de saúde. Os CMS pesquisados apresentaram desempenho ruim. Dentre as dimensões estudadas, a representatividade obteve o pior desempenho e a dinâmica organizacional, o melhor. A estrutura possui relação direta com o porte populacional - quanto mais populoso o município, melhor desempenho nesta dimensão. A pesquisa mapeou 20 conselheiros odontólogos em sete macrorregiões de saúde na Bahia. 57,14% dos conselheiros relataram que o CMS contribui pouco nas ações da PNSB. Conclui-se que a atuação do CMS na efetivação da PNSB deve ser relevante para fortalecer mecanismos que garantam a execução, a avaliação e a fiscalização da referida política. Explicitou-se a necessidade da categoria odontológica adquirir um padrão maior de representatividade nos CMS.

---

**INTRODUÇÃO**

A participação social nas políticas públicas é prevista em vasta legislação brasileira. A área de saúde pública foi pioneira na adoção desta prática participativa <sup>1</sup> - surgiu no contexto histórico da redemocratização pós-período ditatorial.

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e das Secretarias Municipais de Saúde. Traduzem-se em tecnologia que incorpora novos atores políticos no processo de tomada de decisão pública, antes monopolizado pela burocracia estatal e interesses apenas do setor privado. Os números evidenciam a magnitude dessas instâncias no arcabouço institucional

brasileiro. Podemos hoje falar num exército de conselheiros espalhados pelos quatro cantos do Brasil<sup>2</sup>.

Na atualidade existem aproximadamente 5.537 conselhos de saúde atingindo quase a totalidade dos municípios brasileiros (5.560), e implicando em cerca de 87.212 conselheiros (798 estaduais e 86.414 municipais), novos sujeitos políticos no Sistema Único de Saúde – SUS<sup>3</sup>. Segundo estudo da Confederação Nacional de Municípios (CNM), em 2012, os 5.563 municípios brasileiros elegeram 56.810 mil vereadores nas eleições de 2012<sup>4</sup>. O número de conselheiros municipais de saúde excede, em muito, o número de vereadores no Brasil. Diferentemente dos vereadores, os conselheiros não são remunerados pelas suas funções e não possuem obrigatoriedade de filiação partidária. Porém ambos possuem sua função assemelhada devido possuírem caráter fiscalizatório das ações do poder executivo e também assumirem ações propositivas – os conselhos propondo estratégias em ações de saúde e os vereadores com os projetos de lei, os dois atores representam a sociedade civil e a ela devem ouvir e prestar contas de suas ações e deliberações.

Ocorre que nem sempre os conselhos de saúde vêm cumprindo este efetivo controle social definido em amplo arcabouço jurídico<sup>5</sup>. Muitas situações têm dificultado a atuação destes espaços democráticos. Condições inadequadas de estrutura física, representatividade desarticulada de seus representados e o próprio desconhecimento por parte da sociedade deste relevante instrumento de tecnologia social, constituem-se em algumas destas<sup>6</sup>.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecido popularmente como Programa Brasil Sorridente, também adveio de uma conquista social. Algumas entidades são importantes na história do Brasil Sorridente - O ENATESPO (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico), a FIO (Federação Interestadual dos Odontologistas) e a ABOPREV (então, Associação Brasileira de Odontologia Preventiva) são algumas delas. Os momentos estratégicos dessa construção foram, indubitavelmente, os debates e proposições originadas nas três Conferências Nacionais de Saúde Bucal, realizadas em 1986, 1993 e 2004<sup>7</sup>.

Considerando que a gestão participativa é um dos princípios da PNSB<sup>8</sup>, pressupõe-se que os conselheiros municipais de saúde possuem uma importante responsabilidade no aprimoramento, na expansão e na avaliação do Brasil Sorridente. Apesar da existência de legislação consistente referente à participação social no controle da execução das políticas públicas em saúde, verifica-se uma lacuna a ser preenchida referente à avaliação da atuação do

controle social. Lacuna maior ocorre na literatura quando se associa especificamente a PNSB e os conselhos municipais de saúde no âmbito nacional e, principalmente, no estado da Bahia. Estes fatos reiteram que o objeto essencial em questão é pouco problematizado na área da política de saúde e justificam a realização desta pesquisa. O objetivo geral do presente estudo foi avaliar a atuação dos conselhos municipais de saúde da Bahia na Política Nacional de Saúde Bucal. Os objetivos Específicos foram Mapear a presença dos Odontólogos atuantes como conselheiros municipais de saúde no estado da Bahia e verificar se há relação entre as cinco dimensões do estudo com o porte populacional dos municípios estudados.

## **MÉTODOS**

### **Desenho de estudo e sujeitos da pesquisa**

Este estudo se caracterizou como uma pesquisa descritiva observacional do tipo avaliativa, com corte transversal. A amostra foi aleatória por conglomerados – e consistiu em 81 conselheiros municipais de saúde respondentes, em municípios baianos de 4 categorias de portes populacionais (0 a 10.000 habitantes, 10.000 a 20.000 habitantes, 20.000 a 50.000 habitantes e acima de 50.000 habitantes) localizados nas 09 macrorregiões de saúde existentes na Bahia, a saber – Sudoeste, Sul, Extremo Sul, Oeste, Norte, Nordeste, Leste, Centro Norte e Centro Leste).

### **Instrumento, dimensões e indicadores**

Os dados foram levantados por meio de um questionário com 31 perguntas que contemplou cinco dimensões. Tais dimensões foram inspirados em trabalho anterior que avaliou conselhos de saúde em 27 municípios do Estado de Santa Catarina “**Modelo de avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde**”. Para efeito do presente estudo considerou-se as dimensões: “Estrutura”, “Representatividade”, “Dinâmica Organizacional”, “Autonomia” e “Política Nacional de Saúde Bucal”. Cada dimensão foi composta de 3 a 5 indicadores, totalizando vinte e dois indicadores. A dimensão “estrutura” avalia as condições de estrutura administrativa, secretaria executiva e dotação orçamentária que o conselho de saúde apresenta para o desenvolvimento de seus trabalhos. Compôs-se de quatro indicadores: estrutura administrativa, secretaria executiva, regimento interno e orçamento próprio.

A dimensão “representatividade” avalia a presença da representatividade do odontólogo no CMS, bem como o cumprimento da composição percentual do segmento dos trabalhadores. Compôs-se de cinco indicadores: representatividade dos trabalhadores, representatividade dos

usuários, presença de odontólogo representante de usuário, presença de odontólogo representante de trabalhador e presença de odontólogo representante de prestador do governo.

A dimensão “dinâmica organizacional” avalia a dinâmica de funcionamento recomendada para as reuniões do conselho. Compôs-se de cinco indicadores: plenária com reunião mensal, divulgação das atividades do CMS, entrega prévia de pauta, entrega prévia de material de apoio e aprovação da ata da reunião anterior.

A dimensão “autonomia” avalia o nível de independência do conselho de saúde em relação ao Poder Executivo municipal. Compôs-se de três indicadores: eleição do presidente, existência de comissões internas e apresentação de parecer pelas comissões.

A dimensão “política nacional de saúde bucal” avalia o desenvolvimento do Brasil Sorridente no âmbito das ações do CMS. Compôs-se de cinco indicadores: conhecimento da política, número de deliberações de saúde bucal, inserção de pautas em saúde bucal, atuação do CMS nas ações de saúde bucal e possíveis contribuições do CMS para a PNSB.

### **Categorização, análise estatística e critérios avaliativos**

Os indicadores foram categorizados da seguinte forma: receberam valor “1” se atendessem ao parâmetro esperado, sendo julgados como “bom”, e “0”, se não atendessem ao parâmetro, sendo julgados como “ruim”. Os dados coletados foram analisados através do método da estatística descritiva. Utilizou-se a análise bivariada considerando o desfecho o porte populacional relacionando-o com cada dimensão estudada. Foi utilizado o teste estatístico do Qui Quadrado. Para avaliar se houve influência do fator porte populacional nas dimensões, somou-se os municípios com juízo de valor BOM(1) e RUIM(0) de cada porte populacional considerando cada dimensão individualmente, o que possibilitou a análise estatística através do teste quiquadrado. Para categorizar o desempenho de cada dimensão em BOM, REGULAR ou RUIM adotou-se a soma dos escores de seus indicadores de cada dimensão (Exemplo: a dimensão estrutura contém os indicadores E1, E2, E3, E4) da seguinte maneira: Juízo de valor “bom” – dimensão com 75% ou mais de seus indicadores com juízo de valor “bom”, recebendo a dimensão o escore valor “5”; Juízo de valor “ruim” – dimensão com 50% ou mais de seus indicadores com juízo de valor “ruim”; recebendo a dimensão o escore valor “0”; Juízo de valor “regular” – nos demais casos, recebendo a dimensão o escore valor “3”. Na avaliação do escore sintético final, adotou-se a soma de escores das dimensões da seguinte maneira: Juízo de valor “bom” – mais que 50% das dimensões com “bom” e nenhuma dimensão “ruim” (soma de escores das dimensões entre 21

e 25); Juízo de valor “ruim” – mais que 50% das dimensões com “ruim” e menos que 40% de “bom” (soma de escores das dimensões entre 0 e 8); Juízo de valor “regular” – nos demais casos (soma de escores das dimensões entre 9 e 20).

### **Procedimentos e aspectos éticos**

O questionário foi enviado em um primeiro momento apenas por e-mail via plataforma Survey Monkey aos conselheiros municipais de saúde dos municípios da Bahia. O telefone celular foi utilizado num segundo momento visando contemplar todas as macrorregiões de saúde da Bahia, através do envio do link do questionário pelo aplicativo WhatsApp. Estes contatos foram obtidos pela plataforma do SIACS (Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde), plataforma de domínio público - também foram utilizados contatos fornecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, pelo Conselho Estadual de Saúde e pelos Conselhos Municipais de Saúde da Bahia. A coleta foi realizada entre novembro de 2014 e novembro de 2015. A terceira etapa de coleta de dados foi através de contato presencial com os conselheiros municipais de saúde presentes na 9ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia, em outubro de 2015. Posteriormente foi realizado reforço da importância da pesquisa via telefone, naqueles municípios de porte populacional específicos que ainda não haviam respondido, a fim de estimular os conselheiros para que respondessem as questões solicitadas a fim de complementar uma amostra representativa da Bahia. Ressalta-se que os dados faltantes (questionários com respostas incompletas) foram excluídos da amostra, a qual finalizou com 81 respostas completas. Todos os que responderam ao instrumento aceitaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com as exigências da resolução 466/12 do CNS. Esta pesquisa faz parte de uma pesquisa mais ampla “Atuação dos Profissionais de Saúde e dos Movimentos Sociais nos Conselhos e nas Políticas Públicas” CAAE 33098814.0.0000.5544, avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EBMSP e autorizado inicialmente através do Parecer Nº 804.222 de 24/09/2014 e adendo Parecer Nº 1.317.532 de 11/11/2015. Este estudo obteve a anuência do Conselho Estadual de Saúde da Bahia.

### **RESULTADOS**

Dos 417 municípios existentes na Bahia, a pesquisa abrangeu 81, os quais estavam divididos entre quatro classificações de porte populacional: 17,86% pertenciam a municípios de 0 a 10.000 habitantes, 28,57% dos conselheiros municipais atuavam nas cidades 10.000 a 20.000

habitantes, 23,81% nas de 20.000 a 50.000 habitantes e 29,75% encontravam-se em municípios com população acima de 50.000 habitantes. Em relação ao gênero, 51% dos conselheiros respondentes foram mulheres e 48% homens. Caracterizando a amostra em relação à autodeclaração da raça/cor, segundo a classificação do IBGE, 23% brancos, 25% pretos, 50% se autodeclaram pardos e 1% Amarelo/Asiático. Apenas um percentual de 2% não respondeu a esta questão, não houve autodeclarante indígena. A soma de pretos e pardos compõe a população negra da Bahia e foi representada por 75% dos respondentes. A média de idade dos respondentes foi de  $38,6 \pm 8,5$  anos sendo que a maioria está na faixa etária de 30-44 anos. A menor parte, 24% dos conselheiros respondentes, pertenceu segmento dos usuários. Os demais segmentos ficaram equilibrados com 38% de trabalhadores de saúde e 38% representantes do segmento de Gestores/Prestadores. A análise individual de cada um dos 81 respondentes (tabela 1) indicou somatória de valores positivos com amplitude total de um a dezesseis (At: 1-16), e a análise dos indicadores, amplitude total de três a setenta e sete (At: 3-77).





Esta tabela sumariza a atribuição de juízo de valor dos indicadores das cinco dimensões do estudo. As células sombreadas com cinza escuras são as que obtiveram juízo de valor bom e as cinzas claras juízo de valor ruim. Os respondentes estão numerados de 1 a 81 em ordem crescente de porte populacional.

Dentre as dimensões estudadas, observou-se que a representatividade obteve o pior desempenho (mais quantidade de célula cinza clara) e a dinâmica organizacional, o melhor (maior quantidade de célula cinza escura). Ao avaliar cada um dos 22 indicadores separadamente, o último -PNSB5, contribuição do CMS para a política- foi o que obteve menos juízo de valor bom, apenas três. O indicador com melhor desempenho foi o A1, Eleição do presidente – neste, apenas três conselheiros avaliaram como ruim, afirmando que o presidente do CMS não é eleito. Na dimensão autonomia destacou-se o indicador A1, o que demonstra que quase a totalidade dos conselheiros respondeu que há eleição no CMS para escolha do presidente da instituição. Apenas quatro municípios relataram não haver processo eleitoral para tal fim. Analisando o indicador D2 (Divulgação das atividades do CMS), chama a atenção o fato de que apenas um CMS alcançou o parâmetro esperado, de possuir todos os meios de divulgação citados no questionário (internet, mural, radio, jornal, cartaz e panfleto).

Observou-se que há influência do nível populacional no desempenho dos municípios, uma vez que dos onze municípios com piores desempenhos (soma de indicadores igual a seis) nove estavam nos grupos com até 50 mil habitantes, e os três municípios com melhor desempenho pertenciam ao porte populacional acima 50 mil habitantes.

Ao analisar estatisticamente a influência do porte populacional em cada uma das cinco dimensões do estudo, obteve-se a tabela 2, na qual se observa uma tendência de melhorar o desempenho com o aumento do porte populacional, mais evidente na dimensão “autonomia” ( $p < 0,0001$ ), porém significativo também na dimensão “estrutura” ( $p = 0,0240$ ). A dimensão da Política Nacional de Saúde Bucal não obteve correlação com o porte populacional.

**Tabela 2 – Distribuição de municípios segundo porte, dimensão de análise e juízo de valor na avaliação da gestão da participação popular. Conselhos municipais de Saúde da Bahia – BA, 2016.**

	n	% BOM	n	% RUIM	Teste $\chi^2$	p
<b>ESTRUTURA</b>	<b>121</b>	<b>37,3</b>	<b>203</b>	<b>62,7</b>		
≤ 10 mil hab (n=15)	17	28,3	43	71,7	$\chi^2$ 9,44	0,024
10- 20 mil hab (n=23)	32	34,7	60	65,3		
20- 50 mil hab (n=20)	26	32,5	54	67,5		
> 50 mil hab (n=23)	46	50	46	50		
<b>REPRESENTATIVIDADE</b>	<b>117</b>	<b>28,9</b>	<b>288</b>	<b>71,1</b>		
≤ 10 mil hab (n=15)	15	20	60	80	$\chi^2$ 6,0	0,1116
10- 20 mil hab (n=23)	38	33	77	67		
20- 50 mil hab (n=20)	25	25	75	75		
> 50 mil hab (n=23)	39	33,9	76	66,1		
<b>DINÂMICA ORGANIZACIONAL</b>	<b>233</b>	<b>57,5</b>	<b>172</b>	<b>42,5</b>		
≤ 10 mil hab (n=15)	42	56	33	44	$\chi^2$ 6,042	0,1096
10- 20 mil hab (n=23)	61	53	54	47		
20- 50 mil hab (n=20)	53	53	47	47		
> 50 mil hab (n=23)	77	67	38	33		
<b>AUTONOMIA</b>	<b>174</b>	<b>71,6</b>	<b>69</b>	<b>28,4</b>		
≤ 10 mil hab (n=15)	17	37,8	28	62,2	$\chi^2$ 43,665	<0,0001
10- 20 mil hab (n=23)	44	63,8	25	36,2		
20- 50 mil hab (n=20)	53	88,3	7	11,7		
> 50 mil hab (n=23)	60	87	9	13		
<b>POLITICA NACIONAL DE SAUDE BUCAL</b>	<b>162</b>	<b>40</b>	<b>243</b>	<b>60</b>		
≤ 10 mil hab (n=15)	32	42,7	43	57,3	$\chi^2$ 5,199	0,1578
10- 20 mil hab (n=23)	46	40	69	60		
20- 50 mil hab (n=20)	47	47	53	53		
> 50 mil hab (n=23)	37	32,2	78	67,8		
<b>TOTAL</b>	<b>807</b>	<b>45,3</b>	<b>975</b>	<b>54,7</b>		
≤ 10 mil hab (n=15)	123	37,3	207	62,7	$\chi^2$ 16,396	0,0009
10- 20 mil hab (n=23)	221	46,7	285	53,3		
20- 50 mil hab (n=20)	204	46,4	236	54,6		
> 50 mil hab (n=23)	259	51,2	247	48,8		

**Fonte: Autora**

Os resultados foram também demonstrados em tabelas descritivas das variáveis. Por exemplo, as ações da atuação do CMS no Brasil Sorridente estão descritas na tabela 3, a qual refere que o “acompanhamento das ações de saúde bucal” é atividade específica que mais o CMS realiza – e a discussão da valorização dos profissionais de saúde bucal foi a ação menos citada pelos respondentes.

**Tabela 3 – Atuação do CMS nas ações de Saúde Bucal**

Fonte: Autora

<b>Tipo de Atuação</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei informar</b>	<b>Total</b>
Acompanha as ações de Saúde Bucal	54(66,7%)	26(32,1%)	1(1,23%)	81(100%)
Avalia as ações de Saúde Bucal	48(59,3%)	30(37%)	3(3,7%)	81(100%)
Propõe estratégias e serviços de Saúde Bucal após consulta da população	41(50,6%)	40(49,4%)	0(0%)	81(100%)
Discute a valorização dos profissionais de Saúde Bucal	32(39,5%)	49(60,5%)	0(0%)	81(100%)

Ao mapear a presença do cirurgião dentista nos conselhos municipais de saúde da Bahia, observou-se que esta categoria compõe os CMS de todos os quatro portes populacionais do estudo (quadro 1), desde municípios pequenos, de até 10.000 habitantes, até em cidade de grande porte populacional, com mais de 50.000 habitantes. Dentre os 81 conselheiros municipais que responderam o questionário, vinte responderam positivamente para presença deste profissional na composição do CMS em 16 municípios baianos. O Odontólogo foi encontrado em sete, das nove, macrorregiões de saúde estudadas. Extremo Sul, Sul, Sudoeste, Norte, Nordeste, Centro Leste e Leste foram as regiões mapeadas. As macrorregiões Oeste e Centro Norte não registraram a presença do Dentista.

**Quadro 1 – Odontólogos Conselheiros da Bahia por Segmento, porte e Macrorregião.**

	<b>Segmento</b>	<b>Porte populacional</b>	<b>Macrorregião</b>
<b>1</b>	Usuário	> 50 mil hab	Norte
<b>2</b>	Usuário	> 50 mil hab	Leste
<b>3</b>	Usuário	> 50 mil hab	Extremo sul
<b>4</b>	Usuário/ Trabalhador	10- 20 mil hab	Centro leste
<b>5</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Extremo sul
<b>6</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Leste
<b>7</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Centro leste
<b>8</b>	Trabalhador	10- 20 mil hab	Sudoeste
<b>9</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Nordeste
<b>10</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Leste
<b>11</b>	Trabalhador	10- 20 mil hab	Norte
<b>12</b>	Trabalhador	10- 20 mil hab	Sul
<b>13</b>	Trabalhador	20- 50 mil hab	Centro leste
<b>14</b>	Trabalhador	20- 50 mil hab	Leste
<b>15</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Leste
<b>16</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Leste
<b>17</b>	Trabalhador/ Usuário	10- 20 mil hab	Centro leste
<b>18</b>	Trabalhador	> 50 mil hab	Sudoeste
<b>19</b>	Prestador/Governo	20- 50 mil hab	Centro leste
<b>20</b>	Prestador/Governo	> 50 mil hab	Leste

Fonte: Autora

A consolidação dos escores das dimensões no indicador sintético geral (tabela 4) identificou apenas 1 município(1,23%) com desempenho bom e 41 municípios com desempenho “ruim” (50,62%), sendo este o mais frequente. O desempenho “regular” deu-se em 39 (48,15%).

**Tabela 4 – Soma dos valores dos indicadores e sua conversão em escores de avaliação, segundo dimensão de análise e porte populacional. Conselhos Municipais de Saúde – BA, 2016.**

	n	Pop	ESTRUTURA		REPRESENTATIVIDADE		DINAMICA		AUTONOMIA		PNSB		SINTÉTICO
			Σ	Escore	Σ	Escore	Σ	Escore	Σ	Escore	Σ	Escore	Escore
Porte populacional 1	1	10.363	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	2	8.073	1	0	2	0	4	5	1	0	0	0	5
	3	2.612	2	0	1	0	4	5	1	0	2	0	5
	4	11.990	2	0	0	0	3	5	1	0	1	0	5
	5	6.453	2	0	1	0	4	5	3	5	4	5	15
	6	8.776	2	0	0	0	4	5	1	0	3	3	8
	7	7.309	0	0	0	0	1	0	1	0	3	3	3
	8	8.895	0	0	2	0	1	0	0	0	3	3	3
	9	17.064	2	0	2	0	3	5	1	0	2	0	5
	10	7.956	0	0	1	0	1	0	1	0	3	3	3
	11	4.602	1	0	1	0	3	5	1	0	1	0	5
	12	9.648	1	0	2	0	3	5	1	0	3	3	8
	13	8.822	1	0	2	0	2	0	1	0	1	0	0
	14	8.843	1	0	1	0	4	5	1	0	1	0	5
	15	11.077	2	0	0	0	4	5	3	5	5	5	15
Porte Populacional 2	16	12.491	1	0	1	0	4	5	1	0	3	3	8
	17	14.118	2	0	2	0	4	5	3	5	2	0	10
	18	12.803	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
	19	12.055	0	0	2	0	3	5	1	0	2	0	5
	20	16.713	1	0	3	5	1	0	2	3	0	0	8
	21	19.750	2	0	1	0	4	5	3	5	1	0	10
	22	14.098	0	0	1	0	3	5	2	3	0	0	8
	23	10.113	1	0	2	0	2	0	3	5	3	3	8
	24	12.693	0	0	2	0	3	5	3	5	0	0	10
	25	16.014	1	0	1	0	2	0	1	0	3	3	3
	26	10.363	1	0	1	0	2	0	1	0	1	0	0
	27	10.062	1	0	2	0	2	0	1	0	3	3	3
	28	17.731	2	0	2	0	3	5	3	5	0	0	10
	29	11.154	4	5	2	0	1	0	3	5	3	3	13
	30	13.639	0	0	1	0	2	0	1	0	3	3	3
31	18.112	2	0	1	0	3	5	3	5	3	3	13	
32	14.118	2	0	2	0	4	5	3	5	4	5	15	
33	18.964	1	0	0	0	4	5	0	0	2	0	5	
34	14.191	1	0	3	5	2	0	1	0	1	0	5	
35	14.118	2	0	2	0	4	5	3	5	3	3	13	
36	16.425	2	0	2	0	3	5	1	0	3	3	8	
37	11.145	1	0	2	0	3	5	1	0	1	0	5	
38	13.960	3	5	2	0	1	0	3	5	4	5	15	
Porte populacional 3	39	35.180	2	0	2	0	3	5	3	5	2	0	10
	40	34.351	2	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0
	41	34.788	2	0	1	0	3	5	3	5	0	0	10
	42	24.272	3	5	1	0	3	5	3	5	3	3	18
	43	24.110	1	0	0	0	3	5	3	5	2	0	10
	44	24.602	2	0	2	0	3	5	3	5	4	5	15
	45	36.113	2	0	1	0	2	0	3	5	3	3	8
	46	44.701	1	0	1	0	3	5	3	5	2	0	10
	47	20.964	1	0	1	0	1	0	3	5	2	0	5
	48	32.300	1	0	0	0	1	0	3	5	2	0	5
	49	33.283	1	0	3	5	4	5	3	5	4	5	20
	50	27.274	1	0	2	0	0	0	3	5	2	0	5
	51	22.874	0	0	2	0	2	0	3	5	3	3	8
	52	30.646	1	0	2	0	4	5	2	3	4	5	13
	53	24.613	2	0	1	0	4	5	3	5	3	3	13
54	22.874	0	0	1	0	3	5	3	5	3	3	13	
55	32.300	2	0	1	0	2	0	3	5	0	0	5	
56	36.306	2	0	2	0	4	5	3	5	4	5	15	
57	20.060	0	0	1	0	4	5	1	0	1	0	5	
58	49.325	0	0	0	0	2	0	1	0	3	3	3	
Porte populacional 4	59	52.338	1	0	1	0	3	5	3	5	2	0	10
	60	76.76	1	0	1	0	2	0	2	3	1	0	3
	61	51.077	3	5	3	5	4	5	3	5	3	3	23
	62	30.646	0	0	1	0	4	5	1	0	3	3	8
	63	47.880	0	0	2	0	4	5	3	5	1	0	10
	64	58.606	2	0	2	0	4	5	3	5	0	0	10
	65	66.440	1	0	0	0	2	0	2	3	0	0	3
	66	66.440	1	0	2	0	4	5	3	5	0	0	10
	67	126.929	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
	68	90.985	4	5	2	0	4	5	3	5	0	0	15
	68	126.929	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
	70	118.047	2	0	0	0	4	5	3	5	3	3	13
	71	126.929	3	5	2	0	4	5	3	5	2	0	15
	72	151.895	1	0	1	0	4	5	3	5	3	3	13
	73	197.965	2	0	3	5	4	5	3	5	1	0	15
74	163.449	4	5	2	0	4	5	3	5	3	3	18	
75	242.970	2	0	3	5	3	5	3	5	4	5	20	
76	242.970	4	5	2	0	4	5	3	5	3	3	18	
77	204.667	3	5	2	0	4	5	3	5	2	0	15	
78	2.675.656	1	0	1	0	4	5	3	5	1	0	10	
79	2.675.656	3	5	3	5	1	0	2	3	1	0	13	
80	2.675.656	2	0	2	0	4	5	3	5	2	0	10	
81	306.866	2	0	3	5	4	5	3	5	1	0	15	
				Ruim		Regular		Bom					

Fonte: Autora

## DISCUSSÃO

O baixo desempenho da dimensão Política Nacional de Saúde Bucal ratificou a falta de representatividade da categoria e do controle social da PNSB nos CMS da Bahia. Apenas três municípios tiveram juízo de valor “bom” ao avaliar o grau de contribuição do CMS para a PNSB – setenta e oito cidades (96,3%) avaliaram esta contribuição como “ruim” para a referida política. Resultado semelhante a um estudo que analisou, por meio dos documentos técnicos do CMS, a organização dos serviços de saúde bucal no Município de Nova Friburgo (RJ) - e concluíram que os temas em saúde bucal abordados também não foram capazes de gerar discussões relevantes entre os participantes, dando um caráter mais informativo que deliberativo <sup>9</sup>.

Apesar do desempenho ruim da dimensão específica da saúde bucal, quarenta e seis municípios (56,8%) afirmaram conhecer o Brasil Sorridente. Este percentual mostrou-se superior ao CFO<sup>10</sup>, onde 32% da população, ao ser inquirida sobre o conhecimento do Programa Brasil Sorridente, relatou o seu conhecimento. O que significa que apesar a maior parte dos conselheiros respondentes saberem da existência da referida política, a população não conhece esse direito e conseqüentemente não acessa, por outro lado é preciso saber como a mesma está implantada e quais as condições para atender a população.

A atuação do CMS nas ações de saúde bucal deteve juízo de valor “ruim” por sessenta conselheiros (74,1%). O estudo observou que os municípios com porte populacional menor (até 50mil habitantes) concentraram a maior frequência de juízo de valor “bom” em relação a esta atuação específica do CMS. Dentre as ações de saúde bucal exercida nos CMS, a valorização dos profissionais de Saúde Bucal não é discutida na maioria dos CMS da Bahia (56%), apesar dos municípios brasileiros serem atualmente o maior empregador de dentistas do país <sup>10</sup>. Para a maioria dos conselheiros respondentes (57,14%), o CMS contribui pouco nas ações da PNSB. Nesse sentido, uma maior mobilização da categoria para incentivar a participação dos odontólogos nos CMS, poderia modificar esse cenário.

A dimensão representatividade foi a que apresentou o pior desempenho. Resultado semelhante na literatura, a qual retrata que “este baixo desempenho, próprio da atual conjuntura dos conselhos, implica uma atuação do conselheiro em um provável desacordo com as demandas do grupo ou entidade que representam” <sup>11</sup>. Isto coloca em questão o atual estágio de empoderamento da população brasileira que não teve formação adequada, não conhece e não sabe usar os dispositivos de participação que possui.

Os achados com a dimensão estrutura deste estudo corroboram com a literatura. Ao utilizar a mesma matriz do presente estudo, observa-se que no estado de Santa Catarina, esta dimensão foi a que apresentou o pior desempenho<sup>11</sup>. Em outro estudo<sup>5</sup>, realizado em 2009, com 98% dos 5.564 municípios brasileiros, observou-se que somente 4,8 % dos conselhos possuíam “orçamento próprio”, 16,6% possuíam “sede”, e 33% possuíam “secretaria executiva”. Comparando com os achados do presente estudo dos CMS da Bahia em relação aos itens da estrutura administrativa, o computador é o que está mais presente - em 66,67% deles possuem este item. Menos da metade dos conselhos municipais de saúde, 42,86%, têm sala própria. Já o item telefone, apenas 15,66% dos espaços democráticos estudados possuem uma linha específica para uso do CMS.

Apesar das secretarias municipais de saúde serem responsáveis por prover a estrutura física dos CMS, não há, por outro lado, sanção para o município que descumpra a legislação. Segundo uma pesquisa, é necessário o aperfeiçoamento das regras institucionais e do processo deliberativo para reduzir as tensões em torno da preocupação do Executivo com o não cumprimento de seus interesses, por um lado, e encarecer os custos das reações negativas dos gestores do setor<sup>6</sup>.

A dimensão Dinâmica Organizacional foi a mais bem avaliada da pesquisa, com 35 municípios com escore “bom” (65,4%).

O indicador “Divulgação das atividades do CMS” obteve o pior desempenho dentre todos os 22 indicadores analisados individualmente da pesquisa, tendo tido valores positivos em somente um município da amostra (1,2%). – o mesmo fato ocorreu quando esta mesma matriz foi aplicada em 24 municípios de Santa Catarina<sup>11</sup>. Corroba com o mesmo achado outro estudo<sup>5</sup>, o qual concluiu que a forma como as resoluções vêm sendo formalizadas não caracteriza a visibilidade das ações para a população em geral. Isto sugere um isolamento muito grande do conselho de saúde, já que a comunidade não recebe informação de quando ocorrem as reuniões, nem do que foi deliberado nelas:

A dimensão autonomia foi a segunda com melhor desempenho na pesquisa e a que mais teve relação direta com o porte populacional do município. Quanto mais populoso, mais autônomo o conselho municipal de saúde avaliado. Resultado diferente foi encontrado em uma pesquisa censitária sobre o funcionamento dos CMS no ano de 2007, a análise dos resultados mostra que os CMS têm problemas com autonomia e organização e bom desempenho no acesso. A distribuição por portes populacionais revela que os melhores resultados são os dos CMS de cidades com mais de 250.000 habitantes, e os piores, de população inferior a 50.000<sup>6</sup>. Segundo

uma relevante autora <sup>12</sup> a criação de instâncias federativas de gestão compartilhada, as comissões intergestores, não favoreceram o Conselho a ocupar lugar central na arena decisória da área - e de certa forma consolidaram um lugar relativamente secundário do fórum. Estes fatos históricos podem elucidar os diversos estudos que relatam a ausência de autonomia dos conselhos de saúde do Brasil.

Ao analisar o indicador sintético final, obteve-se uma prevalência do juízo de valor “ruim” (41 municípios). O juízo de valor “regular” (39 municípios) e somente um município (1,2%) apresentou “bom” desempenho – sendo este de porte populacional alto. Este resultado foi semelhante ao do estado de Santa Catarina, no qual 70,8% dos municípios obtiveram juízo de valor “ruim” e apenas 2 municípios (8,3%) apresentaram “bom” desempenho <sup>11</sup>.

Como limitações da pesquisa, destaca-se o fato de que ela se ateve apenas na descrição do desempenho dos CMS nas dimensões estudadas – mas não explicou o problema, a causa da obtenção deste resultado. Uma outra limitação foi que os municípios com porte maior que 50.000 habitantes tiveram pouca sensibilidade neste estudo, e esta foi outra lacuna da pesquisa.

Este estudo contribuiu na reflexão sobre o controle social local, colocando essa discussão em pauta no meio científico e realçou a necessidade de a categoria odontológica adquirir um padrão maior de representatividade nos CMS. Apesar de haver uma ampla legislação sobre o controle social na execução das políticas públicas em saúde, percebeu-se também que há um relevante espaço a ser preenchido na literatura no que tange à avaliação desta atuação do controle social relacionado à política nacional de saúde bucal.

Cada vez mais a participação social se torna fundamental na conjuntura política e econômica – e onde há controle social há menor risco de ataque a democracia. E esta tem relação direta com a capacidade dos agentes em influenciar na política através do controle social. O potencial histórico dos diversos atores do controle social tem muito a contribuir positivamente com a PNSB, principalmente em tempos de cenário incerto, como o atual.



## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todo (a)s que colaboraram de alguma forma com esta pesquisa: aos Conselhos e Conselheiros Municipais de Saúde da Bahia, ao Conselho Estadual de Saúde da Bahia, ao Conselho Nacional de Saúde, à Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sônia Chaves, à Prof<sup>ª</sup> Dra Monique Esperidião, à Prof<sup>ª</sup> Dra Liliane Lins e à Prof<sup>ª</sup> Milena Lisboa.

## REFERÊNCIAS

- 1 Correia MVC. Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento. 1ª reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- 2 Almeida C, Tatagiba L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. *Serv. Soc Soc.* 2012; 109:68–92.
- 3 Dominguez B. As vozes do Brasil. *RADIS.* 2014; 144:10–6.
- 4 Confederação Nacional Dos Municípios. Censo sobre a alteração no número de vereadores[Internet].Porto Alegre; 2012.Disponível em: [www.cnm.org.br](http://www.cnm.org.br). Acesso em 22/10/2015
- 5 Landerdhal MC, Unfer B. Resoluções do Conselho de Saúde : instrumento de controle social ou documento burocrático ?. *Cien Saúde Colet.* 2010; 15(5): 2431–6.
- 6 Rasga MM, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2009; 14(3): 795-805.
- 7 Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.* 2011; 6(2): 21-34.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
- 9 Ditterich RG, Ditterich ACR, Baldani M. A política de saúde bucal em pauta no Conselho Municipal de Saúde no Município de Nova Friburgo RJ. *Rev Odontol UNESP.* 2015; 44(3): 143–51.
- 10 Conselho Federal de Odontologia. O que esperamos do próximo presidente do Brasil 2015-2018 [internet] Brasília; 2014. Disponível em: [www.cfo.org.br](http://www.cfo.org.br). Acesso em 22/11/2015.
- 11 Vieira M. Modelo de avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde [dissertação]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.
- 12 Côrtes SV, organizadora. Participação e Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.208p.