

# Conselhos locais de saúde: redescobrimo e ampliando espaços para a prática da odontologia.

**Local health councils: rediscovering and expanding spaces for the practice of dentistry.**

**Comisión de salud de la asamblea legislativa de goiás: espacio de control social en la definición de políticas estatales de salud?**

Rosália Assis Lima<sup>1</sup>, Lidyanne de Lima Souza<sup>2</sup>, Edsaura Maria Pereira<sup>3</sup>, Maria Goretti Queiroz<sup>4</sup>

## RESUMO

Este estudo investiga a participação do cirurgião dentista (CD) da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS) nos Conselhos Locais de Saúde (CLS) no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, cuja coleta de dados se deu por análise documental das atas dos CLS dos Distritos Sanitários de Goiânia e por meio de entrevistas com informantes-chave. Os resultados demonstraram que houve pouca participação do cirurgião dentista nas reuniões dos CLS e que os temas sobre saúde bucal mais abordados, se relacionavam aos aspectos técnicos e operacionais. As reflexões sobre a participação investigada sinalizam um despreparo do cirurgião dentista para atuar nos CLS e apontam para a necessidade de formação profissional e educação permanente que o torne capaz de influenciar na formulação de políticas públicas locais, formar vínculos com a comunidade e ter uma atuação mais ampla no SUS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Conselhos de saúde; Participação Comunitária; Saúde Bucal.

## ABSTRACT

This study investigates the dentist surgeon's participation of the Secretary of State for Health in Goiânia in the local Health Counseling from January 2005 to December 2006. The paper is about quality research in which the informations were gotten from the document's analysis of the Health Counseling in the Sanitary Districts in Goiânia and also from interviews with key people. The results showed that there was a low dentist surgeon's participation in the Local

---

<sup>1</sup> Cirurgiã Dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia Especialista em Odontologia Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. Rua dos Carobás Lt 6 Qd. 14b Aldeia do Vale. Goiânia - Goiás. rosalia\_assis@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Cirurgiã Dentista. Especialista em Odontologia Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. lidyanne\_net@hotmail.com

<sup>3</sup> Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. Consultora do Ministério da Saúde/OPAS. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto da Saúde Pública da UFBA. Doutoranda em Saúde Pública pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB. edsauramaria@gmail.com

<sup>4</sup> Professora adjunta da Faculdade de Odontologia da UFG. Doutora em Educação pela Faculdade de Educação da UFG. gorette@odonto.ufg.br

Health Counseling's meetings and that the subjects most discussed in those meetings were related to the operational and technical aspects. The reflexions about the investigated participation show a lack of skill of the dentist surgeons to work at those Local Health Counseling and also show a high necessity of professional qualification that would enable them to develop their abilities to help them contribute with the local public politics, create a link with the community and have a higher performance at the Unique Health System.

**KEYWORDS:** Health councils; Consumer participation; Oral Health.

## **RESUMEN**

Este estudio investiga la participación del cirujano dentista (CD) de la Secretaría Municipal de Salud de Goiania (SMS) en los Consejos Locales de Salud (CLS) en el período de Enero de 2005 a Diciembre de 2006. Se trata de una investigación de enfoque cualitativo, cuya colecta de datos se dio a través de un análisis documental de las actas de los CLS de los Distritos Sanitarios de Goiania y a través de entrevistas con informantes claves. Los resultados han demostrado que hubo poca participación del cirujano dentista en las juntas de los CLS y que los temas sobre salud bucal más abordados, se relacionaron a los aspectos técnicos y operacionales. Las reflexiones sobre la participación investigada han demostrado una falta de preparación, por parte del cirujano dentista, para actuar en los CLS e indican la necesidad de una formación profesional y educación permanente que lo vuelvan capaz de actuar en la formulación de políticas públicas locales, establecer vínculos con la comunidad y tener una participación más amplia en el SUS.

**PALABRAS CLAVE:** Consejos de Salud; Participación Comunitaria; Salud Bucal.

## **INTRODUÇÃO**

A Carta Magna Brasileira de 1988 constituiu-se como um dos principais mecanismos para alcançar a justiça social, assegurar a participação e a defesa da cidadania nos assuntos de Estado no Brasil (FIGUEIREDO, 2001).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, expressão máxima do Movimento Sanitário Brasileiro e que contou com a participação de 4.000 delegados foi responsável, entre outras contribuições, pela concepção ampliada de saúde envolvendo promoção, proteção e recuperação, existente hoje em nossa Constituição (BRASIL, 2009). Este fórum também formulou a necessidade da estruturação do controle social na área da saúde, os conselhos de saúde, como representações da sociedade civil organizada conformando espaços de decisão compartilhados de forma paritária com autoridades setoriais, prestadores profissionais e institucionais e trabalhadores do setor.

Por outro lado, o enfoque da atenção a saúde no SUS com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994 tem resgatado alguns princípios propostos na Reforma Sanitária Brasileira. Destaca-se o conceito ampliado de saúde que é determinado não só pelas condições de vida individuais, mas também pelos determinantes econômicos e sociais. Assim sendo, faz-se necessário uma reforma social mais ampla e profunda na sociedade brasileira para efetivar a democracia e saúde no Brasil (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

A reorientação do modelo assistencial do SUS para atender as demandas de saúde da população tem como principais características: o trabalho de equipes multiprofissionais, a  
Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 78-89, jul./set. 2009.

troca de experiências entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular e o estabelecimento de vínculos de compromisso com a população (IDEM).

Sendo a participação popular tão essencial à democracia moderna, deve-se considerar que espaços participativos efetivos requerem sujeitos educados para a cidadania, e essa educação surge do exercício na própria prática democrática onde essa relação possa ser construída (BOBBIO, 2000). Neste sentido, destaca-se a importância do envolvimento dos cirurgiões dentistas nos CLS como facilitadores em decisões cívicas e no fortalecimento de questões voltadas para a saúde bucal, como parte integrante da saúde do indivíduo.

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) foram normalizados pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) e constituem-se em uma dessas esferas de participação da sociedade no planejamento e formulação de políticas públicas e no controle social no setor da saúde (BRASILa, BRASILb, 1990).

Os CLS inserem-se no processo de redemocratização do Estado, constituindo-se em um novo espaço de participação da sociedade civil. Na formulação do conceito de participação é fundamental considerar o poder político em que atores fazem valer seus interesses, aspirações e valores, com os recursos disponíveis nos espaços públicos e constroem suas identidades, afirmando-se como sujeitos de direitos e obrigações. A participação como um processo complexo e contraditório entre sociedade civil, Estado e mercado, em que papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade, mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos e associações (TEIXEIRA, 2001).

Outrossim, a falta de tradição de participação e de cultura cívica no país, constituem-se como dificuldades para o exercício do controle social no Brasil (LABRA; FIGUEIREDO, 2002; PETOSSO; NASCIMENTO, 2001). Ademais, a manipulação por parte dos gestores impondo suas propostas e descartando as decisões deliberadas no colegiado, a complexidade dos assuntos discutidos, em particular sobre os financeiros, acrescido da pouca familiaridade dos conselheiros com matérias relativas a políticas, programas, ações e serviços de saúde, torna o controle social pouco efetivo.

## **A ODONTOLOGIA FRENTE A NOVOS PARADIGMAS**

Considera-se relevante discutir a relação entre o processo histórico da profissão e a realidade da odontologia na atualidade, uma vez que esse processo sofreu influências de conceitos, ideologias e da estrutura e contexto sócio econômico da época (SILVEIRA, 2000).

O ensino de odontologia no Brasil instituído oficialmente no ano de 1884 direcionou a prática da profissão a partir de dois contextos políticos ideológicos: 1) Profissão de caráter privado; 2) Protesismo dentário; sendo que, ambos configuram a profissão com características curativa, tecnicista, sofisticada e de elite (IDEM).

A partir da metade do séc. XX o mercado, representado pela indústria de equipamentos, medicamentos e materiais odontológicos, passou também a influenciar o ensino superior de odontologia no sentido que ele fosse cada vez mais voltado para área técnica, a + m de atender seus interesses (ARAÚJO, 2006).

A história da formação do profissional da odontologia aponta para a valorização das ciências biológicas, com visão unicausal em detrimento da formação social como um fator determinante do processo saúde-doença (SILVEIRA, 2000).

O distanciamento da profissão, da realidade social do país resultou na crise em que a odontologia atravessa hoje, causada pelo atendimento individual e privado e de pouca abrangência. Por outro lado, observa-se um grande número de faculdades e de profissionais da área de odontologia, contrastando com um quadro desolador no que diz respeito à realidade bucal da população (IDEM).

Em resposta a esta crise, a Saúde Bucal Coletiva vem procurando resgatar o papel social do cirurgião dentista, presente em discussões desde 1962. Neste ano, o Conselho Federal Educação traçou o perfil do profissional como: “dentista geral, policlínico, destinado à coletividade” (IDEM), por meio do Parecer nº299/62.

O papel social do profissional da saúde é apontado em diversos momentos da história. Esta atribuição, em 1986, na Carta de Ottawa, foi considerada como fator fundamental à promoção da saúde a advocacia da saúde. Esta prática cidadã pode ser feita por todo indivíduo ou coletividade, mas, o profissional desta área, seja ele qual for, tem um dever ético de fazê-lo a fim de contribuir efetivamente para a melhoria da saúde da população (DALLARI, 1996).

No relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal foram definidos alguns requisitos essenciais para reorientar a formação do cirurgião dentista: “devem ter incorporadas na sua formação, condições que habilitem trabalhar em nível comunitário, resgatando a cidadania dos indivíduos, com vistas a um modelo de atenção que contemple a integralidade da atenção, dignidade e a ética” (BRASIL c, 1993).

Faz-se necessária a formação de um profissional mais comprometido histórica e politicamente com a sociedade. O compromisso se dá no plano do concreto, na capacidade de agir, refletir sobre a realidade na qual se está inserido, para desta forma, modificá-la. Requer conhecimento científico e tecnológico aliado ao humanismo, e ao cultivo de valores como coragem, decisão, generosidade e solidariedade. Não há comprometimento em situações de neutralidade, medo, atos unilaterais, atitudes estáticas, imutáveis e alienação (FREIRE, 1979).

A articulação entre políticas de educação e de saúde torna-se imprescindível, considerando que a formação dos profissionais de nível superior deve atender às demandas da sociedade e às oportunidades advindas do mercado de trabalho (SILVEIRA, 2000).

Neste sentido, foi instituída a Portaria Interministerial entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para a consolidação de uma política intersetorial, que resultou na criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia (BRASILd, 2005). Esse programa tem como objetivo habilitar tais profissionais para responder às necessidades da população brasileira e favorecer a operacionalização do SUS, a fim de dar ênfase a atenção básica e promoção em saúde.

A odontologia e o SUS viveram transformações ao longo da história, que nortearam um novo caminho. O SUS, por meio de políticas transparentes, deve criar mecanismos para que haja controle social efetivo por meio da participação popular, e o cirurgião dentista, por sua vez,

deve ser capaz de compreender a realidade social e atuar nos serviços de saúde de modo a contribuir com este processo (ARAÚJO, 2006).

Este estudo pretende assim, identificar a atuação do cirurgião-dentista, junto aos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e apontar seu interesse e capacitação para participação no controle local da saúde. Pretende-se também investigar como esta presença interfere na inclusão de assuntos referentes à saúde bucal na agenda destas instâncias.

Desta forma, considera-se a relevância deste tema, pelo fato dos CLS constituírem-se instrumentos de efetivação da democracia e da promoção saúde no SUS, por meio da organização política coletiva da sociedade, descortinando-se em um novo horizonte para atuação profissional da saúde bucal.

## **METODOLOGIA**

Este estudo fundamenta-se em uma pesquisa de abordagem qualitativa, com o objetivo de investigar a participação do cirurgião dentista nos CLS dos Distritos Sanitários de Goiânia (DS), no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006.

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Goiânia que possuía na época, 1.093.007 habitantes (IBGE, 2007) e encontrava-se dividida em 11 Distritos Sanitários formais, sendo 9 (nove) já implantados: Central, Leste, Mendanha, Meia Ponte, Oeste, Norte, Sudoeste, Noroeste e Sul/Sudeste.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (protocolo nº 035/2007) e abarca o período correspondente aos dois últimos períodos letivos completos de atuação desses conselhos.

A coleta de dados se deu por análise documental de atas de nove CLS dos Distritos Sanitários de Goiânia e também por meio de entrevistas semi-estruturadas, com informantes-chave. O critério de escolha do Conselho Local de Saúde em cada Distrito Sanitário foi de acordo com a estruturação e consolidação do mesmo, bem como a facilidade de acesso e regularidade de reuniões.

As entrevistas foram realizadas com dois conselheiros dos CLS, e dois cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Distritos Sanitários distintos, cujas atas foram analisadas. Os critérios para seleção dos cirurgiões dentistas foram: profissionais concursados e com mais de dois anos de trabalho na SMS. Selecionou-se um CD participante do CLS e outro que nunca havia participado. Os conselheiros foram identificados durante o contato inicial para análise das atas, onde a partir daí foram marcadas as entrevistas, selecionando-se aqueles que demonstraram maior predisposição e interesse. Antes das entrevistas houve uma reunião para orientar a respeito da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Consentimento da Pessoa como Sujeito.

Os entrevistados e as atas dos CLS foram identificados pelo sistema alfa-numérico assim designados:

- Presidentes do CLS ficaram designados em C1 e C2.

- Cirurgiões-dentistas em: participante como membro efetivo do CLS como CD1 e não participante do CLS como CD2.

- Atas dos CLS: A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9.

A obtenção e o registro dos dados obedeceram as seguintes categorias: presença do CD nas reuniões do CLS; participação do CD em debates sobre assuntos gerais; temas relacionados à saúde bucal presentes nas pautas das reuniões dos CLS; proposta referente à saúde bucal com deliberações e/ou efetivadas a partir das reuniões dos CLS; visão dos conselheiros de saúde sobre a participação e contribuição do CD em reuniões dos CLS.

As entrevistas semi-estruturadas foram orientadas por um roteiro, e abordou as seguintes questões: conhecimento que o entrevistado possuía em relação ao controle social por meio do Conselho Local de Saúde, participação do CD nas reuniões do CLS, temas relacionados à saúde bucal presentes nas pautas das reuniões, visão dos Conselheiros sobre a participação e contribuição do CD em reuniões do CLS, dificuldades e facilidades apontadas para a participação do CD nas reuniões do CLS. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas.

Neste estudo, os dados obtidos nas realidades empíricas investigadas foram analisados seguindo alguns passos propostos por Minayo (MINAYO, 2007).

Ordenação dos dados (mapa horizontal de descobertas) que engloba a transcrição, releitura e organização dos depoimentos e demais dados;

Classificação dos dados, tendo como embasamento os pressupostos e hipóteses do investigador: leitura exaustiva e repetitiva dos textos (leitura flutuante) para estabelecer as categorias empíricas confrontando-as com as categorias analíticas, constituição de um “corpus” ou vários “corpus” de comunicações (leitura transversal: unidades de registro, tópicos ou temas) finalizando com a classificação por temas, e,

Análise final: encontro das especificidades do objeto pela prova do vivido com as relações essenciais.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na busca bibliográfica constatou-se a existência de poucos trabalhos referentes ao tema Conselhos Locais de Saúde, especialmente quando se relacionou esse assunto ao objeto desta pesquisa, que teve como enfoque, a participação dos profissionais da saúde nestas instâncias.

Foram encontradas dificuldades para a obtenção dos dados e a isso se atribuiu à falta de consolidação dos CLS. Observou-se na maioria dos conselhos, deficiência na sua estruturação física, constatando-se a falta de espaço apropriado para seu funcionamento, para a guarda e preservação de documentos, assim como para a realização de suas reuniões.

Estas debilidades foram sentidas pelas pesquisadoras, quando em três CLS as reuniões foram suspensas, motivadas respectivamente: pela reforma da unidade, onde as reuniões do conselho eram realizadas, sindicância instaurada na unidade para investigar denúncias sobre o gestor (neste caso as atividades foram suspensas devido ao fato dos conselheiros considerarem que

não poderiam reunir sem o diretor da unidade) e pressões da chefia para que o conselho não atuasse.

Esta realidade demonstrou a falta de autonomia dos CLS, o que foi também observado nos resultados encontrados em trabalho que analisou iniciativas locais e o controle social na Espanha e na Bahia. “A atuação política no âmbito local ainda é frágil, sobretudo devido à falta de meios de capacitação e de recursos materiais, enfrentando sérios obstáculos no descrédito da população em relação à política e no clientelismo e elitismo” (TEIXEIRA, 2001).

### **Presença do cirurgião-dentista nas reuniões dos CLS**

No período analisado, aconteceram 93 (noventa e três) reuniões, onde apenas 17 destas contaram com a presença do cirurgião-dentista, ou seja, em 18,2%. Em reuniões de cinco CLS o profissional não se fez presente em nenhum momento. Em apenas um CLS havia um CD como membro efetivo, sendo que o mesmo participou de 12 reuniões, das 18 que ocorreram durante o ano. Achados semelhantes foram identificados por Van; Cornelis, et al., 2006, em um estudo da subrepresentação dos trabalhadores da saúde nos Conselhos Municipais, encontrando valores abaixo de 25% de presença destes profissionais nestes conselhos, apontando-se como causa a falta de mobilização dos órgãos de classe (VAN; CORNELIS; et al., 2006).

Por meio da análise das atas das reuniões dos CLS de Goiânia, durante o período pesquisado, observou-se o registro de cinco manifestações feitas pelos CDs, presentes nestas instâncias, referentes ao programa “Brasil Sorridente”, à necessidade de mais cirurgiões-dentistas, de locais para apropriados para raio X e periodontia; à resposta de acusação feita sobre o trabalho de um CD; ao questionamento sobre o Regimento Interno do CLS e sobre a importância do trabalho do CLS.

A pouca presença e a baixa participação desse profissional está registrada em atas e reforçada em depoimentos dos entrevistados:

“[...] então quando eu chego em uma reunião que eu percebo um profissional lá, eu já sei que tem um pepino bem grande, sabe? Então a gente sente um pouco sugado, um pouco usado, né? Por quê que ele num tá lá na outra vez quando a comunidade também tem um pepino?” (C1)

Dentre os aspectos apontados pelos entrevistados para a pouca participação do CD nos conselhos de saúde estão: o medo de represália, a falta de interesse, o não comprometimento e o uso deste espaço para solução de interesses particulares.

A participação desse profissional foi considerada importante pelos entrevistados, para se ter um feedback de seu trabalho, e para fortalecer a odontologia e o controle social.

### **PARTICIPAÇÃO DO CD EM DEBATES SOBRE ASSUNTOS GERAIS**

Neste aspecto, pelos registros nas atas, foi identificada uma única participação de cirurgião dentista, em assuntos gerais do SUS. Especificamente esta participação ocorreu quando da apresentação da programação para eleição de novos conselheiros, tendo o CD reforçado a

importância da Lei 8.142, que assegura a necessidade do Conselho na tomada de decisões, para o repasse de verbas para o Município e na discussão de políticas para a área da saúde.

Os resultados encontrados demonstraram pequena participação do CD em debates sobre assuntos gerais, o que reforça a necessidade de ampliação da sua atuação em espaços políticos e no SUS a fim de promover ações interdisciplinares e intersetoriais na saúde (AERTS; ABEGG; CESAR, 2004).

Além disso, para se alcançar os objetivos propostos pela Reforma Sanitária Brasileira faz-se necessário uma reforma social mais ampla e profunda na sociedade brasileira para efetivar a democracia no Brasil. Os assuntos restritos ao SUS ou mesmo à saúde não são capazes de reverter uma sociedade tão marcada pela desigualdade social (VAITSMAN; MOREIRA; COSTA, 2009).

Portanto, a participação na saúde deve contemplar todos os níveis de atuação possíveis, no sentido de favorecer as transformações da realidade em que se encontra inserido.

### **VISÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE SOBRE A PARTICIPAÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DO CD EM REUNIÕES DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE**

O conteúdo das entrevistas demonstrou a visão que os conselheiros possuem a respeito do cirurgião-dentista. Para esses conselheiros, o CD é visto como um profissional distante da comunidade, sem compromisso com os CLS, onde estes espaços são esporadicamente por eles procurados, para atender a interesses particulares e não da coletividade. Ademais, os conselheiros apontam o CD como um sujeito passível de inibir as manifestações populares sobre os assuntos relativos à sua área.

A participação dos profissionais da saúde, nos CLS é apontada como possível causa de conflitos com os interesses da comunidade (SPOSATI; LOBO, 1992). Além disso, a heterogeneidade das entidades que participam dos CLS, os interesses particulares e a falta de articulação entre integrantes desses grupos podem gerar impasses nas decisões e promover na sociedade um descrédito sobre a eficácia dessa participação (TEIXEIRA, 2001).

Por outro lado, os profissionais da saúde também se constituem como parte interessada no avanço das políticas de saúde, e nesse sentido o controle social deve ser visto como uma oportunidade de tomar parte nesse processo de construção de direito à saúde (SPOSATI; LOBO, 1992).

### **TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL PRESENTES NAS PAUTAS DAS REUNIÕES DOS CLS**

Durante o período analisado questões sobre saúde bucal foram levantadas nas atas de todos os CLS, mesmo naqueles cujos registros eram poucos e precários. Ao todo, esse tema foi abordado por diversos sujeitos em 26 (vinte e seis) reuniões perfazendo 27,9% das reuniões realizadas. É importante assinalar que em algumas reuniões as questões afetadas à saúde bucal apareceram mais de uma vez e geralmente não foram abordadas pelo CD, como observado no

Quadro 1 – Proposição e levantamento de assuntos relacionados à saúde bucal nos DS de Goiânia – período jan. 2005 a dez. 2006.



<b>Sujeito</b>	<b>Quantidade de Intervenções</b>
Gestor	12
Presidente do Conselho	10
Cirurgião-Dentista	05
Usuários	03
Auxiliar de Consultório Dentário	03
Não identificado	01

Observou-se que os temas relacionados à saúde bucal presentes nessas reuniões foram voltados para aspectos técnicos e operacionais e pouco se referiu a assuntos de planejamento, modelos de atenção e decisões políticas, o que pode ser ilustrado pelo quadro abaixo:

Quadro 2 Temas de saúde bucal abordados nas reuniões dos CLS dos DS de Goiânia no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006.

<b>Temas</b>	<b>Frequência de Abordagens</b>
1.Equipamentos, materiais e espaço físico	12
2.Acesso aos serviços odontológicos	04
3.Comunicação da área de saúde bucal com a comunidade	02
4.Assuntos relacionados à referência e contra-referência	02
5.Apresentação do programa “Brasil Sorridente”	02
6.Solicitação da ampliação dos serviços da odontologia na unidade	02
7.Solicitação de recursos humanos na área da odontologia	02
8.Denúncia sobre comportamento do Cirurgião-dentista	02
9.Implantação do serviço odontológico	01
10.A odontologia como par	01

Resultados semelhantes foram apresentados em estudo onde se analisou o registro de 15 Conselhos Municipais de Saúde de municípios da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná-Brasil, identificando temáticas em saúde bucal (ALVES-SOUZA; SALIBA, 2003). A frequência de aparecimento do tema de saúde bucal foi de 15,22% das reuniões, com tendência de registros com predominância de assuntos burocráticos e administrativos de ordem interna, com isenção de registros de estratégias de planejamento em saúde bucal.

As pautas e discussões travadas nesses espaços participativos são marcadas por questões operacionais e não propriamente por negociações entre interesses divergentes, o que caracteriza a falta de enfrentamento de interesses diferenciados. Nesse contexto questiona-se se esses espaços realmente constituem-se em arenas públicas que possam influenciar decisões políticas (COHEN, 2003).

Os entrevistados afirmam que os assuntos relacionados à saúde bucal são de interesse da comunidade e reivindicados por ela. Mas, em muitas ocasiões, esta abordagem ao presidente do CLS se dá fora das reuniões, nos corredores da unidade ou na rua.

Como motivos para essa atitude foram apontados o medo de expor seu pensamento e sofrer represália por parte do profissional, e a falta de credibilidade do conselho como espaço de decisão e controle social efetivo.

Essas atitudes podem ser atribuídas à cultura brasileira fortemente marcada por uma herança patrimonialista que submete as pessoas à coação e medo. Desta forma, nesses espaços participativos só é dito o que se quer ouvir, ocorrendo o que Sposati (1992), denomina de “barbárie antidemocrática”, transformando muitas vezes, direitos em doações e favores (IDEM).

Um estudo de caso em 2 (dois) municípios do nordeste do Brasil analisou conceitos de participação social de líderes comunitários e usuários da saúde e os resultados apontaram para a ausência de noção de participação como um direito, vinculando-se essa situação a evolução histórica do Brasil com sucessivos governos autoritários (VAZQUEZ, 2003).

Tais estudos reforçam os relatos dos entrevistados que atribuem o medo como sendo um dos fatores que mais dificultam a participação nas reuniões dos CLS, e está presente tanto na comunidade como nos profissionais de saúde.

## **PROPOSTAS REFERENTES À SAÚDE BUCAL COM DELIBERAÇÕES E/OU EFETIVADAS A PARTIR DAS REUNIÕES DOS CLS**

Apesar de muitos assuntos serem levantadas em reuniões dos CLS, somente 1 (uma) deliberação ocorreu com resultados práticos a partir das discussões. A falta de deliberações sugere dois aspectos: forma inadequada de registro em atas, com omissões dos resultados e/ou a falta de cultura cidadã de seus participantes dificultando alcançar resoluções práticas dos assuntos discutidos.

As principais causas apontadas para a não deliberação de temas da saúde bucal foram: consequência da falta de propostas e pouco apoio da gestão municipal aos CLS.

Resultado semelhante foi apresentado em estudo de caráter exploratório realizado nos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, executada junto aos representantes de usuários. Quando questionados se o controle social funciona na prática, 21 (vinte e um) dos 33 (trinta e três) conselheiros responderam que não, e atribuíram o fato à falta de vontade política ou de interesse das autoridades. As manifestações podem ser atribuídas a uma inversão de valores, onde o controle social é falsamente concebido como o poder das autoridades em controlar o povo, e não o povo como fiscalizadores dos governos (LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

## **CONCLUSÕES**

Diante dos resultados apresentados, compreende-se que a consolidação dos CLS depende do fortalecimento desse espaço com a participação ativa da comunidade e dos profissionais de saúde, o que pressupõe uma formação cidadã que possibilite reconhecer e reivindicar seus

direitos. Constitui-se em uma prerrogativa de participação que necessita ser usufruída de forma mais ampla para consolidar-se em um exercício democrático.

Embora tenha sido relatado que a presença do profissional da saúde possa inibir a participação popular, isso não justifica que o CD deixe de atuar no espaço que lhe corresponde por admitir que possa fazer mal uso de seu poder. Compreende-se que esse poder possa se unir a outros, a fim de que possamos construir uma sociedade mais justa e equânime.

A consolidação dos CLS poderá ser alcançada não só pela educação permanente dos trabalhadores e conselheiros, mas também, pela estruturação de uma sede própria dos CLS que possibilite a organização física dos documentos, aquisição de equipamentos e uso de tecnologias que favoreçam ações administrativas e comunitárias, tornando possível o seu funcionamento.

Se a odontologia necessita de espaços para ampliar sua prática, consideramos que no SUS, a participação profissional nos CLS é uma oportunidade ímpar para isto, possibilitando atuar nas políticas de saúde, planejar ações e fortalecer o vínculo com a comunidade. A mudança curricular dos Cursos de Odontologia e uma capacitação permanente fazem-se necessárias para a formação de uma cultura cívica desse profissional, a fim de contribuir para o seu maior envolvimento em outros espaços do SUS.

No que se refere aos temas relacionados à saúde bucal nas reuniões do CLS, faz-se necessária não só a presença do CD nessa instância, mas também o seu preparo e domínio para abordar e problematizar esse assunto participando ativamente do controle social.

A LOS institucionalizou a participação comunitária nos assuntos referentes ao SUS. No entanto, fica o grande desafio de superar os obstáculos para efetivá-la de forma prática e sustentável.

## REFERÊNCIAS

AERTS, D; ABEGG, C; CESAR, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** [periódico na Internet]. 2004;9(1):131-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-1232004000100013&lng=en.9](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232004000100013&lng=en.9) doi: 10.1590/S1413-81232004000100013

ARAÚJO, M.E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2006; 11(1).

ALVES-SOUZA, R; SALIBA, O. A saúde bucal em pauta: análise dos registros dos conselhos municipais de saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 2003. 9(5).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa**. Disponível em: [http://www.ensp.ocruz.br/participantenetsus/per/l\\_ces/ces\\_goiias.htm](http://www.ensp.ocruz.br/participantenetsus/per/l_ces/ces_goiias.htm). Acesso em 20 de setembro de 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial 2.101, de 3 de novembro de 2005**. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia.

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 78-89, jul./set. 2009.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final. 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**; Brasília: Ministério da Saúde. 1993.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BOBBIO, N. 2000. **O futuro da Democracia**. Tradução Marco Aurélio Nogueira. 10ª ed. São Paulo: Paz e Terra.

COHEN, A. Estado e sociedade e as configurações do direito à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2003. 8(1).

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. **Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?**. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n.2, 2005.

DALLARI, S.G, et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Revista Saúde Pública**. 1996; 30(6).

FREIRE, P. **Educação e mudança**. São Paulo: Paz e Terra. 1979.

FIGUEIREDO, J. E. St. A. de. **Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no Estado do Rio de Janeiro**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2001.

IBGE. **Censo 2007**. [acesso em 2009 set. 23]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/GO.pdf>

LABRA, M.E; FIGUEIREDO J.E.A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2002. 7(3).

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10º ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

PESSOTO, U; NASCIMENTO, P.R; HEIMANN, L.S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Caderno de Saúde Pública**. 2001. 17(1).

SILVEIRA, J.L.G.C. **Diretrizes curriculares nacionais para cursos de graduação em odontologia: historicidade, legalidade e legitimidade**. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa. 2000 maio/ago; 4(2): 151-6.

SPOSATI, A; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. 1992. 8(4).9

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 78-89, jul./set. 2009.

TEIXEIRA, E. C. **O Local e Global: Limites e desa( os para a participação cidadã**. São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador: UFBA, 2001.

VAITSMAN, J; MOREIRA, R; COSTA, N.R. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva** [periódico na Internet]. 2009% Jun. [acesso em 2009% Set.% 21];14(3):899-901. Disponível em:[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300025&lng=en.%](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300025&lng=en.%) doi: 10.1590/S1413-81232009000300025

VAN, S; CORNELIS, J, et al. Conselhos de saúde: efetividade do controle social nos municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2006. set. 11(3):621-2.

VAZQUEZ, M.L, et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 2003; 19(2).%