Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Princípios e regras invocados no debate de uma política
intersetorial de saúde: a proposta de revogação da
fluoretação da água no Brasil

ANTONIO CARLOS DE SOUZA NETO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão.

São Paulo
2017

Princípios e regras invocados no debate de uma política
intersetorial de saúde: a proposta de revogação da
fluoretação da água no Brasil

ANTONIO CARLOS DE SOUZA NETO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão.

Versão Revisada

São Paulo

2017

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Paulo Frazão, pela paciência em ensinar, em transmitir seus conhecimentos e em manter a calma diante dos prazos. Agradeço imensamente a oportunidade de ter aprendido com todas as experiências vivenciadas.

Aos Professores Doutores Paulo Capel Narvai, Celso Zilbovícius, Cleide Lavieri Martins, Carlos Botazzo, Marco Akerman, Laura Macruz, Aurea Ianni, Marília Louvison, Yara Carvalho pelo acolhimento e pela troca de informações diárias. Muita gratidão.

A José Flávio Monteiro da Silva, por todo equilíbrio emocional, a todo afeto, amor, carinho e paixão trocados. Você é essência, é amor, é representação de tudo que quero. Meu maior exemplo de perseverança, meu orgulho. Meu Príncipe Lindo, Amo Muito Você.

Aos meus pais, os financiadores de um sonho, agradeço por me permitir sonhar e transformar em realidade a vontade de seguir o caminho que escolhi: a docência e a pesquisa.

Ao casal de amigos João Geraldo Netto e André Moreira, pela estada e pela troca maravilhosa de energias em tão poucos dias.

Às professoras e apoiadoras desse sonho Profa. Dra Izabel Maia Novaes, Profa. Dra. Divanise Suruagy, Profa. Tereza Angélica, Profa. Ms. Sueli Nascimento, não tenho a menor dúvida que muito de tudo que pude e posso viver enquanto sanitarista, veio do apoio e da doação ímpar de vocês. Que esse mestrado renda grandes frutos para quem mais precisa, nossa população mais carente.

Aos gestores do município de Penedo – AL, do qual faço parte enquanto profissional da saúde bucal e da Estratégia Saúde da Família, que me proporcionou muito conhecimento empírico, muita vivência prática e muitas trocas de experiências, além dos amigos Meirielly Holanda, Marcos André Vilela, Fabiana Pessoa, Carla Marinho, Cyntia Toledo, com sua companhia profissional e pessoal, fizeram a caminhada e a estada em Penedo mais leve.

Aos funcionários Fernando Vargas, Sônia Francisca, Livia e Edina Arouca, Vânia Santos, Maria Aparecida, Renilda Shimono, agradeço ao apoio disponibilizado frente às questões burocráticas da Faculdade.

Aos amigos de hoje e sempre Elaine, Flávio Ruy, Julyana, Thiago, Stephane, Diogo, Paulo, Cibele, Samuel, Ítalo e Davi, Paulo Rosa, José Carlos, Glória Menezes, Felipe Antônio, Daniela Vasconcelos, minha gratidão por estar nas vidas de vocês há mais de 10 anos, forte, firme e sem medo de falar o que penso.

Às funcionárias e amigas Marisa Maiello, Silmara Duarte, Cláudia Malinverni, Lúcia André, Angela Fernandez, agradeço pelos abraços, carinho e acolhimento de todos os encontros.

Aos queridos e amados amigos do mestrado e, também de sempre, Fabianny Sitônio, Felipe Fagundes, Hindira Alana, Paula Morena, Larice Meneses, Viviana Mendes, Ailton Santos, Ana Cláudia Sanches, Elizângela Junqueira, Carolina Rogel,

Sofia Oliver, Carolina Abílio, Kamila Gabe, Cláudia Tramont, Naiá Ortelan, Cleber Ronald, Maria das Graças Alves, Alexsandra Pinheiro, Rozilaine Lago, Heloísa Santos, João Victor Lara, Georgia Romcy, Vanessa Ribeiro, Denise, Tiago Noel, Thais Eustáquio, Kássia Fernandes, Katerina Volcov, Thiago Henrique, Stephan Sperling, Tarsila Lopes, Ramon Navarrete, Leonardo Carnut, que nossas vivências sejam sempre exemplo para as próximas gerações, que a luta nunca seja em vão, que o desejo de mudar seja para melhor, que nossa amizade e convicções sejam sempre iguais como sempre foi. Agradeço cada momento com vocês e cada momento de paciência compartilhado comigo.

Aos amigos de São Paulo e da vida, Orlando Pimentel, Kevin Dias, Felipe Sardinha, Márcia Minakawa, Allan Alves, pela confiança e pelas conversas de sempre. Agradeço por poder sempre contar com vocês.

Objetivando não deixar ninguém de fora desse agradecimento, agradeço aos grupos virtuais “Bolsistas CAPES [Pela Democracia]” e “OdonTopia”, que estiveram presentes neste mestrado, tanto proporcionando discussões interessantes, quanto diversão e dispersão em momentos de tensão. Obrigado a todos que fazem parte desses grupos, foram essenciais para manter minha sanidade diante de toda a pressão de uma pós graduação.

Ao Centro Colaborador em Saúde Bucal para o Ministério da Saúde da USP (CECOL/USP), por proporcionar conhecimentos sobre a saúde bucal, leis, normas e contribuições muito importantes para esta dissertação.

Por fim, agradeço à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão de bolsa durante o período de realização do mestrado.

DEDICATÓRIA

Para Isys Valentina e Alexandre Martins,
com muito amor e carinho do Titio.

RESUMO

A fluoretação da água de abastecimento público é uma tecnologia de saúde pública, definida pelo ajuste da concentração do fluoreto para assegurar a prevenção da cárie dentária em nível populacional. Por ser uma medida integrante da Política Nacional de Saúde Bucal e envolver diferentes setores de ação, é uma política pública intersetorial abrangente que beneficia os grupos populacionais independentemente das diferenças econômicas ou sociais desde que a rede de água alcance tanto as áreas mais ricas quanto as mais pobres. No Brasil, as políticas públicas são instituídas através do sistema político, formado por um governo presidencialista, multipartidário e bicameralista, num processo dinâmico. Em 2003, foi apresentado um projeto de lei propondo a revogação da fluoretação da água, de autoria do Deputado Federal Carlos Souza (PP/AM). O objetivo deste estudo foi identificar princípios e regras invocados numa política intersetorial de saúde, analisando a tramitação do Projeto de Lei No. 510/2003 na Câmara dos Deputados do Congresso Nacional do Brasil. Realizou-se um estudo descritivo por meio de pesquisa documental, na qual foram selecionados registros de áudio, atas, pronunciamentos e pareceres publicados no Diário Oficial da Câmara, gerados na tramitação do Projeto de Lei em questão. Na interpretação do material, utilizou-se o neoinstitucionalismo histórico como referencial teórico considerando as influências recíprocas entre as normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da sociedade e os atores em suas estratégias nos rumos, trajetórias e conteúdo das políticas públicas em um dado contexto histórico. A tramitação do PL durou 13 meses, com registros junto ao plenário da Câmara, Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania, Comissão de Seguridade Social e da Família, e Comissão de Minas e Energia, sendo por fim arquivado. Destaca-se, além do autor, o Deputado Roberto Gouveia (PT/SP), que explanou a respeito de sua posição quanto à rejeição ao Projeto de Lei, e o relator do parecer, Deputado Dr. Francisco Gonçalves (PTB/MG). Da interpretação do material, emergiram os princípios da segurança da intervenção, dos custos econômicos e do direito à saúde como elementos centrais no debate das políticas públicas interssetoriais. Dentre as entidades envolvidas ressaltam-se órgãos do Poder Executivo federal, agência reguladora, e entidades representativas da categoria odontológica, da saúde pública/coletiva, da engenharia sanitária e das empresas de saneamento. São apresentadas e discutidas as características do jogo de interesses e do contexto conflitivo, incluindo as estratégias discursivas utilizadas pelos atores na defesa tanto da implementação quanto da interrupção da política pública com destaque para os princípios morais que definem diferentes tipos de bens econômicos e dimensões de liberdade associadas ao exercício de direitos. A principal contribuição do trabalho foi a produção de conhecimento científico relacionado aos princípios e regras invocados numa política intersetorial num contexto de intensas mudanças nos planos político, econômico e cultural de transição da sociedade moderna rumo a pós-modernidade.

Palavras chave: fluoretação, política pública, odontologia, ciência política.

ABSTRACT

PRINCIPLES AND RULES INVOKED AT AN INTERSECTORAL HEALTH POLICY DEBATE: THE BRAZILIAN FLUORIDATION'S ANNULMENT PROPOSAL.

The fluoridation of public water supplies is a public health technology, defined by the fluorine concentration adjustment aiming the prevention of dental caries into the population. Being part of Brazilian's National Policy of Oral Health that involves different public sectors of action, it is a wide-ranging intersectoral public policy that benefits populational groups independently of their economic or social differences as long as the water system reach evenly the rich and the poor city areas. The public policies in Brazil are established by the political system, constituted by a government that is presidential, multiparty, bicameral, into a dynamic process. By the year 2003, a law project was presented proposing annulment of water fluoridation, proposed by Federal Deputy Carlos Souza, from Progressive Party of Amazonas state. This study aimed to identify the principles and rules invoked at an intersectoral health policy, analyzing procedural protocols of Law Project 510/2003 at the Deputy Chamber from Brazilian parliament. This research is a descriptive study using documental research, where documents such as meetings audios, minutes, statements and political opinions published at the Official Chamber's Diary were elected, resulting from the procedural protocols of the discussed Law Project. To interpret the findings, historical neoinstitutionalism was used as a theoretical reference considering the reciprocal influences between official and officious standards and conventions related to the societal organizational structure and the actors into their strategies at the course, path and public policy substance into a given historical context. The Law Project was carried on through 13 months, with documents from the presentation to the Board of Directors at the Chamber of Deputies' plenary, the Constitution and Justice and Citizen's Commission, Social Security and Family Commission, and to Energy and Mines' Commission, when the Project Law was finally archived. Additionally to Deputy Carlos Souza, it is important to mention Deputies Roberto Gouveia, from Laboral Party of Sao Paulo state, which explained his position against the Law Project, and the opinion rapporteur, Deputy Dr. Francisco Gonçalves, Brazilian Laboral Party of Minas Gerais state. From the findings interpretation, the principles of the intervention's security, the economic costs and healthiness right emerged as key elements of the intersectoral public policies debate. Among the entities that were involved at the procedure protocols, federal executive power agencies, regulatory agency, and representative entities from dentistry, public/collective health, sanitary engineering and sanitation companies are highlighted. The interest play characteristics are shown and discussed as well as the characteristics of the conflictive context, including the discursive strategies used by the political actors both at the implementation and interruption defenses with special emphasis to the moral principles that define different types of economic goods and freedom dimensions associated to rights exercise. This study's main contribution was a scientific knowledge related to the principles and rules invoked at an intersectoral policy

into an intense change of political, economic and social plans context of transition of the modern society towards post modernity.

Keywords: fluoridation, public policy, dentistry, political science.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA	18
2.1	A CÂMARA DOS DEPUTADOS	26
2.1.1	Atuação.....	26
2.1.2	História da sua formação.....	28
3	OBJETIVOS	32
3.1	GERAL	32
3.2	ESPECÍFICOS	32
4	PERCURSO METODOLÓGICO	33
5	REFERENCIAL TEÓRICO	37
6	A TRAMITAÇÃO, OS ATORES E AS IDEIAS	42
6.1	TRAMITAÇÃO DO PROJETO DE LEI 510/2003.....	42
6.2	OS ATORES E AS IDEIAS.....	45
6.2.1	Deputado Carlos Souza	45
6.2.2	Deputado Roberto Gouveia	50
6.2.3	Deputado Dr. Francisco Gonçalves.....	51
6.2.4	Deputado Eduardo Sciarra.....	52
6.3	ENTIDADES SIGNATÁRIAS DO PARECER DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DAS CIDADES	54
6.3.1	Ministério da Saúde.....	55
6.3.2	Ministério das Cidades	56
6.3.3	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).....	56
6.3.4	Conselho Federal de Odontologia (CFO).....	57
6.3.5	Associação Brasileira de Odontologia (ABO)	58
6.3.6	Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (ABES).....	58
6.3.7	Associação Brasileira das Empresas Estaduais de Saneamento (AESBE).....	59
6.3.8	Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento (ASSEMAE)....	60
6.3.9	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).....	60
6.3.10	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES)	61
7	PRINCÍPIOS E VALORES SUBJACENTES AO DEBATE.....	62
7.1	O CAMINHO PERCORRIDO.....	62
7.2	O PRINCÍPIO DA SEGURANÇA DA INTERVENÇÃO	63
7.3	SOBRE OS CUSTOS ECONÔMICOS	67

7.4	DIREITO À SAÚDE E SUA ABRANGÊNCIA	72
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
	ANEXOS.....	92
	ANEXO I – LEI 6.050/74	93
	ANEXO II – PROJETO DE LEI 510/2003	94
	ANEXO III – PARECER CONJUNTO ENTRE GOVERNO E ENTIDADES DE CLASSE SOBRE O PROJETO DE LEI 510/2003	98
	CURRICULO LATTES.....	107

LISTA DE SIGLAS

ABES	Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
ADA	American Dental Association
AESBE	Associação das Empresas de Saneamento Básico Estaduais
AIDIS	Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental
AM	Amazonas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APSP	Associação Paulista de Saúde Pública
ASSEMAE	Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEDI	Centro de Documentação e Informação
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CME	Comissão de Minas e Energia
CNDM	Comissão Nacional de Direitos da Mulher
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPO-D	Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CRO	Conselho Regional de Odontologia
CSSF	Comissão de Seguridade Social e da Família
DCD	Diário da Câmara dos Deputados
FOB	Federação Odontológica Brasileira
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IADR	International Association of Dental Research
LAI	Lei de Acesso a Informação

MA	Maranhão
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
P.L.	Partido Liberal
P.R.	Partido da República
PE	Pernambuco
PFL	Partido Federal Liberal
PL	Projeto de Lei
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PR	Paraná
PRONA	Partido da Reedificação da Ordem Nacional
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSD	Partido Socialista Democrático
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PVC	Poli-Cloreto de Vinila
RICD	Regimento Interno da Câmara dos Deputados
SE	Sergipe
SNFO	Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia
SP	São Paulo
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TSE	Tribunal Superior Eleitoral
UDN	União Democrática Nacional
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

1 INTRODUÇÃO

Quando a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi aprovada em 1948, a saúde foi inscrita neste documento como um direito, que não se dissocia de outros aspectos da vida humana moderna, como alimentação, vestuário, moradia, além de acesso à assistência médica, e outros serviços sociais necessários, como segurança frente a situações de desemprego, doença, velhice, entre outros (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Nos anos de 1960, com o progresso das análises sobre os efeitos dos serviços de saúde, os debates explicitaram a importância da determinação social e econômica na saúde, transpondo uma visão predominante centrada na doença e seu controle. A abertura da China para as primeiras missões de observação de especialistas do Ocidente, promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com o movimento canadense, que teve como seu iniciador o Relatório Lalonde de 1974, são exemplos de acontecimentos importantes que colaboraram para o debate teórico da Saúde Pública no mundo (FERREIRA e BUSS, 2002).

Um desses marcos ocorreu em 1979, quando a 32ª Assembleia Mundial da Saúde (WHA) lançou a “Estratégia Global Saúde Para Todos no Ano de 2000”, por meio da aprovação da Resolução WHA 32.30, que endossava o Relatório e a Declaração da Conferência Internacional em Atenção Primária em Saúde, de 1978, que aconteceu em Alma-Ata, na União Soviética (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981).

Por refletir estratégias nacionais e regionais a partir de uma perspectiva global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981), ir além de uma abordagem convencional da assistência à saúde, e motivar uma visão ampliada do cuidar em saúde, envolvendo tanto a questão setorial como a própria população, alguns especialistas consideram esses documentos marcos relevantes para a Saúde Pública pela possibilidade de modificar o foco e a responsabilidade da atenção dada pelos serviços de saúde (FERREIRA e BUSS, 2002).

A saúde é um elemento primordial no bem-estar e felicidade das pessoas, sendo um importante agregador social e um pré-requisito para as habilidades pessoais na busca

por objetivos e aspirações, e para a sociedade conseguir muitos dos objetivos sociais (OLLILA et al., 2013).

As ações em saúde podem ser definidas como ações setoriais (que se limitam ao setor saúde) ou que abrangem diferentes setores, definidas portanto, como ações intersectoriais.

Ação intersectorial é definida como um alinhamento da estratégia de intervenção e recursos entre atores de dois ou mais setores contidos na esfera pública buscando atingir objetivos complementares que são relevantes e valorizados por todos os setores (POTVIN, 2012).

Para alguns autores, a intersectorialidade seria um dispositivo para proporcionar encontros, escuta, alteridade, bem como ajudar a desvendar interesses divergentes, tensões e estimular a busca de possíveis convergências, buscando integrações orçamentárias para projetos prioritários, articulação de recursos, ideias e talentos (AKERMAN et al., 2014). NARVAI e FRAZÃO (2013) conceituam ação intersectorial como ações que transcendem o setor saúde, que consideram os determinantes e condicionantes dos agravos e das doenças. As ações intersectoriais acontecem através de ações abrangentes, transdisciplinares, multiprofissionais, projetando-se em novos territórios e espaços para além do setor onde se opera tradicionalmente, neste caso, o setor saúde.

A perspectiva intersectorial necessita de um planejamento diferente, um processo permanente que se inicia na análise situacional, passando pelas escolhas estratégicas e finalizando com acordos entre setores (INOJOSA, 2001).

AKERMAN et al. (2014) evidenciam que

“Há insuficiências importantes na ação setorial isolada que tenha potência para enfrentar [...] a distribuição desigual de poder, os serviços e recursos entre países, dentro dos países e entre grupos populacionais, além dos modos correntes de produção e consumo deletérios à vida e à saúde, dentre outros problemas que afetem a saúde das populações.” (p. 4292)

Para que haja coordenação entre o setor saúde e os demais setores, o poder executivo dos países, através do ministério da saúde ou órgão equivalente, deveria impulsionar linhas de colaboração entre os profissionais, serviços de saúde e instituições. Seria necessário estabelecer acordos de alocação de responsabilidades para

fazer uso mais eficiente dos recursos, além da colaboração entre os vários níveis do sistema de saúde para a distribuição de funções e recursos e colaboração interprofissional conforme a divisão das atividades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981).

Dentro do setor saúde, teria que haver a coordenação dos campos de ação da OMS e de outras organizações internacionais interessadas em diferentes aspectos da saúde, visando não apenas a promoção da aceitação mútua de diferentes categorias de trabalho da saúde e a racionalização da divisão laboral entre os trabalhadores, mas também uma melhor coordenação dos esforços mantidos por organizações não governamentais no campo da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981).

Essas estratégias de ações, permeadas pela intersetorialidade, podem operar articulando diversos saberes e experiências nas áreas do planejamento, implementação e avaliação, a fim de alcançar resultados integrados em situações complexas. É possível obter um efeito sinérgico no desenvolvimento social, com impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social (JUNQUEIRA et al., 1997).

Resultado da trama de fatores e relações representadas por determinantes mais próximos e mais distantes do fenômeno, são exemplos de ações intersetoriais (NARVAI e FRAZÃO, 2013), as ações de vigilância sanitária, de vacinação, de escovação dental supervisionada em escolas, de cloração e fluoretação da água de abastecimento público.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) brasileira traz em seu escopo ações assistenciais (atendimentos ambulatoriais individuais), e ações de atenção, que possuem um alcance populacional, abrangente, apoiando-se em outros setores, como a educação, o saneamento básico etc. De acordo com as diretrizes da PNSB, a fluoretação da água é uma política pública cuja finalidade é propiciar acesso a água tratada e fluoretada. Neste sentido, ações intersetoriais se fazem necessárias para promover a implementação e ampliação dessa política pública (BRASIL, 2004b).

É considerada uma ação de promoção de saúde, e portanto, uma política pública intersetorial, pois depende de esforços conjuntos de outros setores além da saúde: “políticas públicas intersetoriais envolvem diferentes setores que influenciam na saúde

humana: a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social.” (BRASIL, 2004b, p. 6).

No contexto brasileiro, a primeira cidade a implementar a política pública foi o município de Baixo Guandu, estado do Espírito Santo, em 1953. Desde então, outras cidades seguiram a recomendação sanitária (NARVAI et al., 2000).

No Brasil, especialistas atribuem o declínio da cárie à exposição a várias fontes contendo o fluoreto, dentre elas a fluoretação das águas. Em números, a redução da severidade, aferida através do índice CPO-D, é em média de 50 a 60% (RIPA, 1993; BASTOS et al., 2005).

A partir de 1974, com a Lei 6.050, a fluoretação foi instituída em sistemas de abastecimentos públicos de água providos de estações de tratamento. A Lei institui a fluoretação em locais que possuam estações de tratamento e abastecimento de água pública em seu artigo 1^o, e no parágrafo único deste mesmo artigo trata também “da necessidade de aplicação, tendo em vista o teor natural de flúor na água e a necessária viabilidade econômico-financeira da medida” (BRASIL, 1974).

No ano seguinte, o Decreto 76.872² colocou em quais condições a fluoretação deveria acontecer. Porém, o objetivo final desta medida é descrito em seu artigo 8^o:

“O Ministério da Saúde em colaboração com órgãos oficiais e outros reconhecidos pelo Poder Público, promoverá as medidas necessárias à implementação do disposto neste Decreto, inclusive a capacitação de recursos humanos visando a melhorar as condições de saúde dental da população.” (BRASIL, 1975).

No ano de 2003, foi lançado o Projeto de Lei (PL) 510, pelo então Deputado do Partido Liberal (P.L.) pelo Amazonas, Carlos Souza. Este PL visava interromper a fluoretação da água de abastecimento público através da revogação da Lei 6.050 de 1974, que institui a fluoretação da água em estações de tratamento e abastecimento de água. Após um ano de sua tramitação em três comissões da Câmara dos Deputados, esse

¹ Art. 1^o Os projetos destinados à construção ou a ampliação de sistemas públicos de abastecimento de água, onde haja estação de tratamento, devem incluir previsões e planos relativos à fluoretação da água, de acordo com os requisitos e para os fins estabelecidos no regulamento desta Lei.

² Regulamenta a Lei n.º 6.050/74, que dispõe sobre a fluoretação da água.

projeto foi arquivado. Que aspectos teriam motivado a iniciativa? Em torno de quais princípios e regras a análise do PL foi centrada? Que lições podem ser extraídas para a análise de políticas intersetoriais de saúde? Essas indagações impulsionaram a presente Dissertação.

2 CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA

A saúde passou a ser reconhecida como um direito universal a partir da Declaração Universal de Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948), influenciando na formulação de sistemas de saúde por todo mundo. No contexto brasileiro, a saúde passou a ser um direito garantido na Constituição de 1988, nos termos dos artigos 196 a 200, relacionados com a Seguridade Social e seus componentes (saúde, assistência social e previdência social), dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Em seu texto, o artigo 196 deixa claro o papel do Estado na garantia deste direito constitucional (BRASIL, 1988). Por isso, a saúde é parte integrante do exercício da cidadania, transitando desde ações de atenção em saúde, como o monitoramento da qualidade da água de abastecimento público, até ações assistenciais, como atendimentos individualizados curativo-preventivos.

Diante desta perspectiva, NARVAI (2001) classifica as ações de atenção à saúde como atividades que se referem tanto ao setor saúde e suas ações internas assistenciais, mas que não se encerram nelas, como ações externas que impactam na produção e promoção de saúde, prevenção e recuperação de agravos, incluindo assim grupos populacionais (NARVAI, 2001).

A fluoretação das águas de abastecimento constitui-se como uma das principais ações da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), tendo no pressuposto da vigilância à saúde, o acompanhamento contínuo dos danos e riscos, além das ações intersetoriais e territoriais das ações em saúde bucal (BRASIL, 2004b).

A vigilância da qualidade da fluoretação das águas de abastecimento público constitui-se como uma das linhas programáticas dentro do PNSB, representando a aplicação prática de ações mais universais (BRASIL, 2004b).

Com isso, a qualidade da água distribuída é assegurada, pois além do controle da potabilidade da água que é fornecida, a adição de flúor deve ser controlada para obter máxima ação na prevenção de lesões cariosas, bem como interferir na progressão das já existentes. A partir disso, alguns autores discorrem sobre este elemento e sua ação nas estruturas dentais.

Segundo CHEN et al. (2013, p. 2), “o fluoreto é o 13º elemento mais abundante naturalmente na crosta terrestre. É um elemento altamente reativo que se combina com outros elementos e moléculas para formar fluoretos na superfície da Terra.”

Os primeiros registros da ação do fluoreto em águas de abastecimento datam do início do século XIX, em 1805, com Morichini (NARVAI et al., 2000), e de 1901, a partir de registros do Dr. Frederick McKay (NARVAI et al., 2000; MULLEN, 2005).

McKay, no Colorado, descreveu o mistério de dentes manchados em crianças, e posteriormente, em 1902 em Nápoles, Itália, pelo Dr. J. M. Eager. Já em 1901, McKay percebeu a baixa prevalência da doença cárie em grupos de crianças com dentes manchados, e em determinadas áreas, crianças sem manchamento mas com alta prevalência de cárie, assim como em outras localidades dos Estados Unidos (NARVAI et al., 2000).

Em 1925 no Reino Unido, o Dr. Norman Ainsworth encontrou manchas similares àsquelas descritas pelo Dr. McKay, e como parte de um estudo médico, examinou mais de quatro mil crianças, produzindo uma comparação estatística de taxas de dentes cariados entre populações com as manchas e populações sem manchas (MULLEN, 2005).

Tendo seu início em Grand Rapids, Michigan, em 1945, esta tecnologia consiste da adição de fluoretos às águas de abastecimento da cidade (NARVAI et al., 2000; MULLEN, 2005; BRASIL, 2009; JUNIOR e NARVAI, 2011).

Também em 1945, no Canadá, a cidade Brantford, em Ontario, tornou-se a primeira cidade a adicionar flúor em suas águas (RABB-WAYTOWICH, 2009).

Na Austrália, a fluoretação das águas comunitárias começou em 1953 em Beaconsfield, Tasmânia e no oeste australiano em 1968 (AL-BLOUSHI et al., 2012).

De acordo com o NEW SOUTH WALES HEALTH (AUSTRALIA, 2013), setor de saúde de uma região australiana, a fluoretação é a adição controlada de um composto de fluoreto à água de abastecimento público com a finalidade de elevar a concentração do mesmo a um teor predeterminado e, desta forma, atuar no controle da cárie dentária.

Esta política pública é considerada uma medida preventiva consagrada e reconhecida mundialmente, recomendada pelas principais entidades de saúde bucal e

odontológica, como a American Dental Association (ADA), a Associação Internacional de Pesquisa Odontológica (IADR), além da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) (CATANI et al., 2008).

Desde então, outros países pelo mundo iniciaram o uso desta medida de saúde pública. O fluoreto, quando utilizado no âmbito de uma estratégia de saúde pública, é um instrumento eficaz e seguro na prevenção e controle da cárie dentária (MACEK et al., 2006; BRASIL, 2009).

Desse modo, quando o fluoreto é corretamente aplicado, transforma-se em um importante elemento estratégico de prevenção da cárie dentária, tornando-se o principal responsável pela diminuição dos níveis da cárie dentária nos países desenvolvidos. Além da redução da prevalência da cárie, a substância também reduz a velocidade de progressão de novas lesões (BRASIL, 2009).

“A fluoretação da água de consumo público tem sido considerada a medida de saúde pública mais próxima do ideal no controle da cárie dentária porque os benefícios podem transcender todas as raças, etnias e diferenças socioeconômicas e religiosas” (RIPA, 1993, p. 40).

Dentre os países que fazem uso da fluoretação, destacam-se a Argentina, Colômbia, Canadá, África do Sul, Líbia, Espanha, Austrália, Nova Zelândia, Brasil, Reino Unido, Estados Unidos da América entre outros países (EIDELWEIN, 2010), salientando-se que na maioria desses países, uma parcela da população ainda continua sem acesso a água tratada adequadamente, incluindo-se assim a fluoretação.

No Canadá, a história da fluoretação e os debates sobre sua implementação tiveram forte tendência a serem altamente localizados, ou seja, a decisão de colocar flúor na água ou fazer um referendo com esse tema era algo que raramente alcançava proeminência em nível nacional. Em todo o país, leis provinciais e municipais variavam em muitos requisitos que a comunidade local deveria ter para o estabelecimento da fluoretação das águas. Nas províncias de Nova Escócia, Manitoba e Saskatchewan, cabia a municipalidade se a fluoretação deveria acontecer ou não. Em Ontário, a decisão era feita da mesma forma, a não ser por referendo peticionado por 10% do eleitorado. Em New Brunswick, a decisão viria após votação sobre a matéria. Em Alberta, há a

necessidade de plebiscitos para a fluoretação nas municipalidades, com aprovação a partir de 50%. Em Columbia Britânica, comunidades decidem através de votação, com 60% de aprovação. Em Newfoundland/Labrador e Prince Edward Island, não há legislação provincial, e em Quebec, houve lei que ordenasse a fluoretação em 1975, mas que foi suspensa em 1977 (CARSTAIRS e ELDER, 2008).

Nos Estados Unidos da América, 12 estados possuem leis autorizativas para a fluoretação: Columbia desde 1952, Connecticut desde 1965, Kentucky desde 1966, Illinois e Minnesota desde 1967, Ohio e Dakota do Sul desde 1969, Georgia desde 1973, Nebraska desde 1973, mas com interrupção, voltou a ter lei específica para a fluoretação em 2008, Califórnia desde 1995, Delaware desde 1998, Nevada desde 1999 e Louisiana desde 2008. Outros cinco estados delegam a decisão para os departamentos de água ou governos locais e 4 estados determinam através de voto para a população. (BAILEY, 2009).

Para os países europeus, o documento intitulado “Directive 80/778/EEC” define desde 1980, do ponto de vista da potabilidade, o valor máximo permitido de fluoreto (1,5mg/L) na água para consumo, alinhado com a recomendação da OMS em que essa concentração não resulta em nenhum risco significativo à saúde do consumidor (UNITED KINGDOM, 2013). Esse valor tem sido adotado por vários países em consonância com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (FRAZÃO et al., 2011).

Em notícia de 2016, o ministro da saúde de Israel, Yaakov Litzman, iniciou o movimento de reinstalação compulsória da fluoretação da água de abastecimento, aprovado pelo Comitê de Ambiente e Interior, veementemente oposto pela Autoridade Hídrica do país. Houve recurso de várias autoridades e uma segunda votação é esperada, cujo resultado não seja tão diferente do primeiro, onde o apoio popular foi alcançado (HAARETZ, 2016).

No Brasil, a fluoretação da água de abastecimento tornou-se legal a partir de 1974, com a Lei 6.050, mas sua utilização acontecia antes de sua legalização, desde 1953, no município de Baixo Guandu, Espírito Santo. O histórico parte da proposição de lei 1.415, que data de 1968, com a autoria do ex-Deputado Federal e Professor da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Rafael Baldacci Filho. Com

tramitação nas Comissões de Constituição e Justiça, de Saúde e de Finanças da Câmara dos Deputados e seguindo para o Senado, o PL passou por esse processo durante 6 anos, até sua aprovação (BRASIL, 1968).

O contexto do debate e da aprovação do PL ocorreu no período da ditadura militar brasileira (1964-1985). Em 1974, ano da sua aprovação, a ditadura atingiu seu ápice nos embates entre grupos moderados e extremistas, civis e militares, que definiu os rumos da ditadura e sua posterior distensão, sinalizando para a restauração de processos democráticos no país, de forma lenta, gradual e à época sem prazo definido (MARINHO e OLIVEIRA, 2015).

As diferenças entre o texto original do PL apresentado pelo Deputado Rafael Baldacci Filho e o texto aprovado na Lei 6.050/74 refletem em parte esse processo de intensas negociações no parlamento brasileiro.

As decisões que configuram esta política pública – distributiva, redistributiva ou regulatória, universal ou focalizada – assumem diferentes formas: podem ser discursos de diretrizes estratégicas de governo, leis e decretos normativos, que especificam de forma mais clara e operacional essas diretrizes, criação de organizações ou programas que vão conferir operacionalidade às diretrizes, leis e normas (VILLANUEVA, 2013).

Estudar políticas é investigar o conjunto de ações implementadas pelo Estado e pelas autoridades governamentais de forma abrangente; e analisar porque o Estado age como age, de acordo com as condições que o cercam, analisando a influência direta ou indireta de instituições, ideias e atores no contexto em que a política pública se insere. Trata-se do estudo do “Estado em ação”, sob o enfoque da ciência política (MARQUES, 2013).

Quanto aos atores, seja de forma individual ou organizados, suas ações e o papel exercido no desenvolvimento de políticas, são muitas vezes guiados pelo fato de que o quê os atores procuram e fazem depende das estruturas políticas, econômicas e sociais com as quais se relacionam. Porém muitas das abordagens ao estudo das políticas públicas não consideram adequadamente todos os diferentes atores, instituições e ideias que interferem nas políticas públicas. (HOWLETT et al., 2002).

Diante de um sistema político democrático e de um sistema econômico capitalista-liberal, o contexto de elaboração das políticas públicas também é

influenciado, por questões ligadas ao direito individual, à acumulação de bens e riquezas resultando na formulação de políticas públicas voltadas para parcelas já beneficiadas economicamente, fruto do capitalismo liberal.

Em contraste, valores concernentes ao direito coletivo, impulsionam a aprovação de normas em favor das classes sociais mais numerosas e menos favorecidas, buscando redistribuir a renda e fazer com que essas mesmas classes tenham representatividade política, através de participação democrática.

Assim sendo, a bandeira da democracia social e participativa é mostrada pelos globalizadores como atraso político, pois diante do neoliberalismo, os interesses econômicos devem se sobrepor aos interesses e necessidades sociais. BONAVIDES (2001, p. 30) caracteriza o pensamento neoliberal como “a lâmina mais corrosiva e cortante que já se empregou para desmembrar a liberdade, a economia e as finanças dos povos da periferia”.

Alguns autores difundem a noção de que o Estado precisa ser bem organizado e contar com apoios de diferentes atores sociais proeminentes para criar e implementar as políticas de forma eficaz numa democracia capitalista. O grau em que esses atores serão capazes de disponibilizar o apoio necessário depende, além de sua própria organização interna e de suas relações com o Estado e com outros atores sociais igualmente poderosos. (HOWLETT et al., 2002). Outros reconhecem o Estado como um espaço de disputas entre classes e frações de classes sociais que se relacionam em condições de elevada desigualdade de recursos políticos e econômicos (POULANTZAS, 1986).

Para isso, os representantes políticos se tornam as vozes dos interesses sociais e econômicos de todas as parcelas, o que gera a dualidade entre promover a economia em detrimento do bem coletivo e vice-versa.

A Ciência Política moderna tem estudado as instituições políticas, pois foi a partir destas instituições que ocorreu a vaga democratização presenciada no último quarto do século XX. Ainda, as instituições permitem às pessoas e grupos cooperar, regular, de modo permanente e confiável, em empreendimentos comuns, necessários à vida em sociedade. As próprias instituições fomentam certos comportamentos dos eleitores e dos próprios políticos e partidos, e desencorajam outros (CINTRA, 2007).

Segundo a obra “De o Espírito das Leis”, Montesquieu se preocupa em mostrar como as formas de governo se sustentam. As repúblicas dependem da virtude, ou seja, do amor à lei e da entrega de cada um à coletividade que deve ser temperada com a moderação sempre que possível (KRITSCH, 2011).

Cada país democrático tem sua organização política particular, surgida do enfrentamento dos desafios encontrados ao longo de sua história, mas há uma grande disseminação internacional de modelos institucionais entre as sociedades.

Segundo KRITSCH (2011, p. 25), “os tipos de governo são, portanto, classificáveis também segundo um padrão dualista. De um lado estão os regimes da lei e, com isso, dos direitos estabelecidos; de outro lado está o regime do arbítrio.” Porém, o governo republicano é aquele no qual o povo em seu conjunto, ou apenas uma parte do povo, possui o poder soberano.

As repúblicas constitucionais foram formadas em um contexto particular, principalmente nos países latino-americanos, em função de mudanças nas relações políticas no mundo. No período anterior à queda do muro de Berlim, as políticas de distensão tiveram efeito em função da redução das ações de desestabilização política na América Latina. A União de Repúblicas Socialistas Soviéticas diminuiu sua proteção aos movimentos subversivos no continente e o suporte a golpes militares deixou de funcionar para o governo dos Estados Unidos (VALADÉS, 2003).

Mil novecentos e oitenta e nove (1989) é um ano emblemático para a democracia constitucional por representar a culminação de um processo que havia começado anos atrás e que já havia provocado seus efeitos na América Latina. É significativo que seis dos dezoito países com sistemas constitucionais democráticos do hemisfério sul adaptaram novas constituições e oito imprimiram profundas mudanças a partir de 1988 (VALADÉS, 2003).

Em outros quatro países, a configuração do sistema político não se alterou a partir de 1989. As constituições da Costa Rica (1949) e Uruguai (1967) apresentam uma clara orientação democrática desde sua origem e a do México (1917) experimentou mudanças graduais, particularmente nos direitos humanos e sistema eleitoral, já que em matéria de reforma institucional só registra avanços na ordem judicial, mas não no

governo ou no congresso. A constituição que mantém seu formato desde sua aprovação é a da República Dominicana (VALADÉS, 2003).

O presidencialismo se caracteriza por ser um governo em que o presidente é ao mesmo tempo o chefe de governo e de Estado, escolhido por eleição popular e com uma equipe de governo, os seus ministros para os ministérios, com responsabilidade perante ele e não ao poder legislativo, com tempo de mandato prefixado (CINTRA, 2007).

No parlamentarismo, o governo configura-se com legitimação indireta, que surge da assembleia formada por partido singular ou por uma coalizão de partidos, onde essa mesma assembleia pode ser dissolvida antes do término da legislatura, convocando novas eleições, além de existirem chefias diferentes de governo e de Estado (CINTRA, 2007).

O presidencialismo, o federalismo, o bicameralismo, o multipartidarismo e a representação proporcional colocam-se como as bases da tradição republicana brasileira, mesmo antes da promulgação da Constituição de 1988 (ABRANCHES, 1988).

O Brasil adotou a estrutura de governo presidencialista, formando seu parlamento pela Câmara dos Deputados e Senado Federal. O presidencialismo brasileiro é policêntrico, sendo o poder presidencial de fato contrabalançado por outros núcleos de poder. Há uma maior adequação do presidencialismo a países menos desenvolvidos, sobretudo países grandes e complexos, com desigualdades de renda e diferenças no desenvolvimento loco-regional, como por exemplo nos casos do Brasil, México, Argentina e Rússia, entre outras nações. No parlamentarismo, há partidos e orientação de ações de forma nacional, mas nos países da América Latina e da ex-União Soviética, os gabinetes parlamentaristas seriam muito instáveis em razão dos vários partidos existentes como expressão das diversas clivagens, social, regional, econômica etc (SHUGART, 1999).

Em situações semelhantes, o presidencialismo funcionaria melhor, pois é compatível com processos eleitorais que mantenham os parlamentares ligados a suas bases regionais, sem perder, com isso, a capacidade de eleger o Executivo na circunscrição nacional e investi-lo da autoridade para levar adiante políticas nacionais. Além disso, BOLÍVAR LAMOUNIER (1991), observa que a preferência pelo parlamentarismo decaiu rapidamente ao se consolidar o regime republicano, que se

estabeleceu em 1889, principalmente pela identificação entre parlamentarismo e a monarquia (CINTRA, 2007). Porém, apesar dessa força centralizadora, Lamounier ainda nota a existência de traços consociativos na organização política republicana: o federalismo, o bicameralismo, o mandato presidencial de quatro anos sem reeleição e a representação proporcional, o multipartidarismo e as “grandes coalizões” (CINTRA, 2007).

A Assembleia Nacional Constituinte de 1988 optou pelo sistema presidencialista. Porém, inseguros desta decisão, atenuaram-na com a realização de um plebiscito, onde o eleitorado deveria opinar sobre o sistema de governo, se presidencial ou parlamentar, e sua forma, república ou monarquia constitucional. Esse plebiscito, que foi realizado em 1993, deu ampla vitória ao presidencialismo (CINTRA, 2007).

Para que os interesses do presidente brasileiro sejam atendidos, e seus projetos de governo logrem aprovação, é preciso que se componha uma base aliada de sustentação num congresso pluripartidário, tendo no âmbito federal um Poder Legislativo bicameral, composto por Câmara dos Deputados e Senado, equiparados em suas competências, representando as instâncias a serem superadas na aprovação de um projeto (CINTRA, 2007).

O contexto político no momento da proposição e debate do Projeto de Lei 510/2003 se dá na 52ª legislatura da Câmara dos Deputados, durante o governo Lula, do Partido dos Trabalhadores, com a expansão de programas sociais e instituição de políticas de saúde como a Política Nacional de Saúde Bucal, que possui como um dos seus componentes a fluoretação das estações de abastecimento público de água enquanto fator preventivo, indo de encontro com o PL.

2.1 A CÂMARA DOS DEPUTADOS

2.1.1 Atuação

O Brasil tem órgãos especializados para o exercício do Poder Legislativo em nível nacional. A Câmara dos Deputados e o Senado Federal, juntos, formam o Congresso Nacional, onde boa parte das atividades de uma das Casas exige também o

bom funcionamento da outra para completar-se. No processo legislativo, cada Casa atua revisando as matérias cuja tramitação começou na outra, iniciando-se a discussão da votação dos projetos de lei na Câmara dos Deputados (CINTRA e LACOMBE, 2007).

O poder da Casa está, primeiramente, na Mesa, que é sua Comissão Diretora. Esta direciona os trabalhos legislativos e administrativos, com Presidência e Secretaria, constituindo-se aquela de presidente e de dois vice-presidentes, e esta de quatro secretários (BRASIL, 2017a).

Na Câmara dos Deputados o princípio da proporcionalidade assegura, tanto quanto possível, a representação proporcional dos Partidos ou Blocos Parlamentares que participem da Câmara, os quais escolherão os respectivos candidatos aos cargos que, de acordo com o mesmo princípio, lhes caiba prover; ao contrário da *House of Representatives*, nos Estados Unidos, onde há um contraste nítido pois, nesta vigora o princípio majoritário, segundo o qual cabe ao maior partido o controle da Casa e de todas as suas Comissões (CINTRA e LACOMBE 2007).

As proposições, variadas, podem ser apresentadas na forma de emenda à constituição, projetos de leis complementares e ordinárias, medidas provisórias, leis delegadas, resoluções. Podem advir de dentro da própria Câmara, patrocinadas individual ou coletivamente pelos deputados, comissões ou Mesa Diretora, ou podem originar-se de fora da Câmara, proveniente do Senado, dos outros poderes, das assembleias legislativas, ou de iniciativa dos cidadãos (CINTRA e LACOMBE, 2007).

Cada proposição deve tramitar nas comissões de mérito a que a matéria concerne, mas também passam pela Comissão de Finanças e Tributação, para avaliar a viabilidade financeira e orçamentária pública do projeto, em seguida pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, para o exame dos aspectos de constitucionalidade, legalidade, juridicidade, regimentalidade e de técnica legislativa, e por fim pela Comissão Especial, para pronunciar-se sobre a disponibilidade orçamentária e, se for o caso, sobre o mérito quando for caso. Boa parte das proposições tramita em turno único no Plenário, exceto as propostas de emenda à Constituição (BRASIL, 2017b).

Quanto à votação, pode tornar-se ostensiva, pelo processo simbólico ou nominal, ou secreta. O processo simbólico, que consiste na votação onde os deputados continuam

sentados quando a favor da proposição debatida, é o mais utilizado na votação das proposições em geral (CINTRA e LACOMBE, 2007).

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), segundo o artigo 44º, reafirmou que o Poder Legislativo é exercido pelo Congresso Nacional, que se compõe da Câmara dos Deputados e do Senado Federal (BRASIL, 2017a), locais de atuação dos Deputados Federais e Senadores da República, respectivamente.

A Câmara dos Deputados, composta por representantes do povo eleitos por um sistema proporcional em cada estado, território e no Distrito Federal, possui 513 Deputados Federais com quatro anos de mandato (BRASIL, 2017b).

2.1.2 História da sua formação

Historicamente, não havia a constituição da Câmara dos Deputados brasileira, as reuniões ocorriam em Portugal, ainda não havendo Deputados das nações ultramarinas, africanas e asiáticas, mas somente Deputados portugueses (BRASIL, 2017c).

Somente a partir de 26 de janeiro de 1821, com a instalação do Congresso Constituinte, acontecem as eleições dos primeiros deputados do Brasil, que mesmo ocorrendo com atraso em 7 de março de 1821, possibilita a todas as províncias do então Reino Americano Unido à Monarquia Portuguesa escolham os seus representantes para as Cortes Gerais, Extraordinárias, e Constituintes da Nação Portuguesa (BRASIL, 2017c).

A partir de então, deputados brasileiros passaram a constituir as Cortes Portuguesas, porém com o retorno do rei D. João VI às terras lusitanas, e com as medidas recolonizadoras instituídas pela maioria portuguesa das Cortes Gerais, Extraordinárias e Constituintes, as relações entre Portugal e Brasil se deterioraram (BRASIL, 2017c).

Em 3 de junho de 1822, o príncipe regente D. Pedro de Alcântara expede decreto que convoca uma Assembleia Geral, Constituinte e Legislativa, sendo expedida Decisão de Governo em 19 de junho para as instruções sobre o processo eleitoral (BRASIL, 2017c).

Declarada a independência do Brasil em 7 de setembro de 1822, eleições gerais para a Assembleia Geral, Constituinte e Legislativa do Império do Brasil são convocadas, e esta se reúne pela primeira vez em sessão preparatória no dia 17 de abril de 1823 (BRASIL, 2017c), iniciando assim a formação da Câmara dos Deputados brasileira.

Em 26 de março de 1824, um decreto imperial determina o quantitativo de 102 deputados brasileiros para compor a Câmara, vigorando da primeira legislatura (1826-1829) até a sexta legislatura (1845-1847). A Carta Lei nº 387, de 19 de agosto de 1846, determinou o quantitativo de 104 deputados para as 7ª (1848) e 8ª legislaturas (1849-1852) e 108 deputados para a 9ª legislatura (1853-1856). Na 10ª legislatura (1857-1860), a 1ª Lei dos Círculos (Decreto 842, de 19 de setembro de 1855) determinou o quantitativo de 118 Deputados, e assim sucessivamente até o quantitativo atual (BRASIL, 2017c).

Em 2003, A Câmara dos Deputados teve em sua 53ª legislatura como Presidente o Deputado Luiz Piauhyllino (PTB/PE), como membros titulares os Deputados Gilmar Machado (PT/MG), Telma de Souza (PT/SP), Félix Mendonça (PFL/BA), Luiz Carreira (PFL/BA), José Ivo Sartori (PMDB/RS), Moreira Franco (PMDB/RJ), Ariosto Holanda (PSDB), Luiza Erundina (PSB/SP), João Paulo Gomes (PL/MG), Marcondes Gadella (PTB/PB) e José Linhares (PP/CE), e como suplentes os Deputados Ivan Valente (PT/SP), Walter Pinheiro (PT/BA), Carlos Nader (PFL/RJ), Dr. Pinotti (PFL), José Rocha (PFL/BA), Luiz Bittencourt (PMDB/GO), Júlio Redecker (PSDB), Júlio Semeghini, Renato Casagrande (PSB/ES), Roberto Jefferson (PTB/RJ) e Lincoln Portela (PL/MG).

Após esse breve histórico sobre como os processos se dão na Câmara dos Deputados, como o Poder Legislativo tem seu funcionamento, coloca-se em pauta a fluoretação das águas de abastecimento e a obrigatoriedade garantida por lei, pois mesmo diante de resultados positivos com a fluoretação enquanto medida de saúde pública, como a redução de índices de cárie e perda de dentes, houve movimentações contrárias a essa tecnologia. Um aspecto que deve ser considerado é que a composição democrática das representações do partidos na Câmara dos Deputados possibilitou a discussão de proposições e assuntos ligados a políticas sociais, contribuindo com a

discussão e a abertura a participação de representantes de entidades e associações de classe enquanto uma parte da sociedade civil e seus interesses.

Em 2003, um Projeto de Lei (PL) contrário a fluoretação foi apresentado à Câmara dos Deputados Nacional. Uma das justificativas para a interrupção da fluoretação é de contenção dos gastos públicos. Mas, sendo uma política inclusiva, sua interrupção aumentaria a iniquidade, tendo como consequência o aumento da prevalência da doença cárie, criando demandas assistenciais de saúde bucal para suprir a falta do fluoreto na água consumida, confirmando o quanto a assistência ainda é insuficiente, e por fim aumentando os gastos assistenciais e acentuando as desigualdades sociais.

Primeiro ano do mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003 a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), popularmente conhecida como Programa Brasil Sorridente, pôde se consolidar como política pública de saúde. De acordo com NARVAI (2011), essa política veio sendo gestada enquanto luta contra a ditadura militar e que veio sendo construída em espaços de encontros acadêmicos, técnicos, além das Conferências Nacionais de Saúde e a 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Bucal. Ou seja:

“Sob um recorte histórico mais amplo, que se iniciou com a redemocratização do país, deve-se reconhecer que as proposições nucleares da PNSB foram se definindo naquele contexto histórico, como um processo coletivo de construção fortemente vinculado ao Movimento da Reforma Sanitária (...). Essas proposições foram, portanto, antes do advento do governo Lula, amplamente debatidas, durante vários anos, em todo o país, em fóruns reconhecidamente democráticos.” (NARVAI, 2011, p. 24)

O acolhimento de proposições democráticas e a discussão dessas proposições talvez foi a decisão mais estratégica que o governo Lula tenha tomado, sugere NARVAI (2011). Logo após a eleição do Presidente Lula em 2002, militantes partidários advindos de 11 estados brasileiros e pertencentes aos partidos PT, PCdoB e PSB, discutiram em linhas gerais o que viria a ser o Programa Brasil Sorridente, dando origem ao documento intitulado “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes” (NARVAI, 2011).

A partir desse documento surgem as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, integrante do Plano Nacional de Saúde, resultado da publicação da Portaria 2.607, do Ministério da Saúde, de 10 de dezembro de 2004. Dentre os objetos tratados

pelo documento, a reorientação das ações em saúde bucal, em integração intersetorial sublinhada com educação e ciência e tecnologia, tiveram ênfase (NARVAI, 2011).

Neste contexto, ainda em 2003, a proposição do Deputado Carlos Souza veio de encontro com toda a articulação antes citada, e diante deste cenário, busca-se através da análise dos posicionamentos políticos identificar os contextos conflitivos, além dos atores envolvidos neste processo em que foi proposto, para que possam ser explicitados os princípios que mantêm a política pública da fluoretação.

Dadas essas circunstâncias, torna-se relevante explicitar os princípios e regras envolvidos nesse projeto, qual a sua origem e como tramitou.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Identificar princípios e regras invocados numa política intersetorial de saúde, analisando a tramitação do Projeto de Lei No. 510/2003 na Câmara dos Deputados do Congresso Nacional do Brasil.

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a tramitação do Projeto de Lei No. 510/2003 dentro da Câmara dos Deputados Federais;
- Analisar o contexto conflitivo e os atores envolvidos no processo;
- Desvelar os princípios e regras envolvidos no debate da política pública.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizado um estudo descritivo, por meio de pesquisa documental, iniciado com a seleção de documentos para referencial teórico a serem estudados sobre o tema, dentre eles referências sobre fluoretação da água de abastecimento, citando benefícios e controvérsias, referências sobre a formação do Parlamento brasileiro e referências sobre tramitação do Projeto de Lei (PL) em questão no Parlamento brasileiro.

Além desses documentos, os próprios PL e documentos gerados em suas tramitações que surgiram da pesquisa documental foram de vital importância para a composição dos resultados e discussão deste trabalho.

A tramitação dos Projetos de Lei relativos a interrupção da fluoretação das águas de abastecimento público foi identificada através de suas numerações e ano de publicação no Diário Oficial da União. Através do Regimento da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, o caminho percorrido pelo PL, desde sua apresentação, encaminhamento para as comissões que o avaliou e seu desfecho, foi descrito.

Para criação ou modificação de Lei, elabora-se um Projeto de Lei através de representantes políticos tais como Deputados, Comissão da Câmara, Senado, Presidente da República, Ministros do Superior Tribunal Federal (STF), Procurador-Geral da República ou Lei de iniciativa popular.

A tramitação de um PL segue o seguinte caminho, o PL é recebido pela Mesa Diretora do Congresso Nacional e recebe uma numeração e data, sendo então despachado para as Comissões técnicas.

Cada comissão tem um relator que sugere mudanças com um parecer, aprovando ou reprovando algo, e em seguida, todos os PL passam pela Comissão de Constituição e Justiça, que avalia se o projeto está de acordo com a Constituição Federal (considerada lei maior), para então, ser direcionado a comissões ligadas ao assunto dos projetos, nesse caso, Comissão de Seguridade Social e da Família (CSSF).

A partir disso, as leis são tipificadas de acordo com seu escopo, podendo ser uma lei ordinária, uma lei complementar, um projeto de emenda à constituição, um decreto legislativo, uma lei delegada ou uma medida provisória.

O Centro de Documentação e Informação (CEDI) é o órgão responsável por coordenar a gestão da informação na Câmara dos Deputados, garantindo qualidade da informação e seu acesso. Assim, entre suas atividades de coordenação estão aquelas relacionadas à Arquitetura de Informação, à edição dos produtos bibliográficos oficiais da Casa, à preservação do patrimônio informacional e à gestão de relacionamento da Casa. Além disso, coordena, controla e dirige o Serviço de Informação ao Cidadão, bem como as atividades de documentação, informação e pesquisa legislativa, bibliográfica e arquivística (BRASIL, 2017d).

A documentação acerca desse percurso foi organizada por meio da pesquisa dos áudios, vídeos e atas das apresentações dos projetos no CEDI da Câmara dos Deputados e das Secretarias de Atas e Diários, Expediente, Informação Legislativa e de Registro e Redação Parlamentar do Senado Federal.

O Núcleo Legislativo – Setor de Saúde da Câmara dos Deputados também foi consultado, porém não houve nenhum pedido de parecer ou consulta feita a este órgão. O Núcleo Legislativo – Setor de Saúde elabora pareceres opinando sobre os Projetos de Lei que tramitam no âmbito da saúde, a pedido do autor dos PL, sendo este pedido expedido pelo mesmo ou por assessoria relacionada ao autor.

De acordo com a Lei 12.527, conhecida como Lei de Acesso a Informação (LAI), todos os documentos produzidos por órgãos públicos, integrantes da administração direta dos Poderes Executivo, Legislativo, incluindo as Cortes de Contas, e Judiciário e do Ministério Público, além das autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios devem ser disponibilizados para consulta pública (BRASIL, 2011).

A consulta pode ser feita de forma presencial, no CEDI, que se localiza no primeiro andar do Prédio Anexo II da Câmara dos Deputados, nas Secretarias do Senado Federal, que se localiza no térreo do edifício principal do Senado Federal, ou pelos sistemas eletrônicos da Câmara e do Senado, na internet. Além disso, em caso da não localização de alguma informação quanto aos Projetos de Lei pesquisados, acionar a

ferramenta virtual do “Fale Conosco” se mostra como alternativa viável na organização de pesquisas quanto aos documentos desses setores.

Ressalta-se também que os acessos somente são restritos quando os documentos provêm de reuniões e Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI) e a temática tratada é sigilosa. Segundo a LAI, “informação sigilosa é aquela submetida temporariamente à restrição de acesso público em razão de sua imprescindibilidade para a segurança da sociedade e do Estado.” (BRASIL, 2011).

Os dados foram compilados a partir de documentos gerados na tramitação do Projeto de Lei, como áudios, publicações de discursos e atas de presença das reuniões ordinárias no Diário Oficial da Câmara, um parecer técnico por iniciativa do Poder Executivo e uma notícia no Jornal da Associação Brasileira de Odontologia, buscando-se identificar conteúdo relativo à proposição segundo as ideias subjacentes, os atores envolvidos e as instituições a fim de permitir a interpretação do contexto conflitivo presente nos posicionamentos.

O recorte temporal compreendeu os anos de 2003 e 2004, período em que o PL tramitou na Câmara dos Deputados. Nesse período, o Parlamento brasileiro foi cortado temporalmente pela 52ª legislatura. Outra proposição com o objetivo de revogar a Lei 6.050/74 foi registrada nesta mesma legislatura, com o PLS 297/2005 no Senado, o PL 95/2007 proposto na 53ª legislatura, e na 54ª legislatura, o PL 6359/2013, estes últimos na Câmara dos Deputados. Em busca no sítio eletrônico da Câmara dos Deputados com o termo “fluoretação”, foram encontrados 16 notícias sobre as propostas de revogação e seus arquivamentos, três legislações (a Lei 6.050/74 e o Decreto 76.872/75, e a Lei 5.318/67 que dispõe sobre a Política Nacional de Saneamento, com a fluoretação no escopo desta lei), 32 proposições de lei e 61 discursos que, de alguma forma, abordam o termo em suas defesas. Nada foi relacionado aos Núcleos de Saúde da Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados.

Por ser a primeira proposição de revogação da Lei 6.050/74, o PL 510/2003 gerou amplo debate entre o autor e os opositores ao Projeto, promovendo articulação intersetorial e gerando um volume de documentos suficientes que justifiquem essa pesquisa e a discussão que deles procede, além da importância que essa discussão

representa para a discussão de políticas públicas intersetoriais, de quaisquer campos de conhecimento.

Dados os atributos do objeto de pesquisa e o foco na análise dos princípios e regras presentes no processo decisório de tramitação dos PL, envolvendo uma política pública intersetorial, para a qual concorrem interesses de grandes empresas, agências governamentais e entidades da sociedade em geral. O referencial teórico do institucionalismo histórico, e da literatura sobre políticas intersetoriais de saúde foi utilizado para a interpretação do material.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

No interior do referencial teórico sustentado pelos pressupostos do neoinstitucionalismo distinguem-se três perspectivas de análise: a perspectiva histórica, a sociológica e a da escolha racional (HALL e TAYLOR, 2003).

Segundo PAIVA (2012, p. 38-39), a realidade vivenciada pela América Latina também impõe que o neoinstitucionalismo seja relativizado. Para ela, “ainda que esta abordagem não esteja interessada no papel dos indivíduos, [...] relevantes no jogo político, e o institucionalismo histórico segue essa tendência...” nos casos relativos à tramitação dos PL, para os teóricos das instituições não importaria quem ‘engavetou’ ou quem ‘alavancou’ determinada lei, importariam grosso modo, apenas seus reflexos e suas consequências.

O conceito de instituição usado nesses estudos é muito abrangente, podendo incluir regras formais, como leis, normas e outros procedimentos regimentais, e informais, associadas a códigos de conduta, hábitos e convenções em geral. Mas as instituições também podem ter papéis de atores que definem e defendem interesses (LIMA et al, 2015).

Para a Ciência Política, as abordagens comportamentalistas diminuíram os sistemas políticos a padrões de comportamentos percebidos por meio de estudos e de pesquisas de opinião, tonando-se peça sem conteúdo para o contexto institucional da dinâmica política (PERES, 2008).

O institucionalismo histórico aprimorou-se como resposta contra a análise da vida política enquanto grupos e em oposição ao estruturo-funcionalismo, que considerava as características sociais, psicológicas e culturais dos indivíduos como critérios responsáveis por boa parte do funcionalismo do sistema (HALL e TAYLOR, 2003).

Diante desta lógica, os grupos opositores que divergem na concorrência pela posse de recursos insuficientes, são centrais à vida política, além de como a organização institucional da comunidade política e das estruturas econômicas entram em choque, para que alguns interesses sejam priorizados em face de outros (HALL e TAYLOR, 2003).

Atribui-se valor às instituições políticas oficiais ao mesmo tempo em que estas desenvolvem uma concepção mais ampla das instituições que têm relevância e do modo como essa relevância se manifesta (HALL e TAYLOR, 2003).

SANDERS (2008), citada por RIBEIRO (2012), ainda discute que os pontos que definem o institucionalismo histórico são atribuídos à preocupação em esclarecer a construção, manutenção e adaptação das instituições.

Além disso, a proximidade de tais temas se dá pela compreensão de que os atores políticos possuem metas e objetivos, o que se apresenta como finalidade da ação social mais ampla do que conformá-la somente a fins racionalmente definidos e ligados à otimização de escolhas entre diferentes opções de políticas públicas (SANDERS, 2008).

No institucionalismo histórico, o Estado teve atenção especial por não ser mais considerado um agente neutro decidindo entre interesses opostos, mas um complexo de instituições com capacidade de constituir a natureza e os resultados dos conflitos entre os grupos.

A instituição é definida como procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política (HALL e TAYLOR, 2003). Os teóricos dessa metodologia têm forte disposição a vincular as instituições às organizações e às regras ou convenções editadas pelas organizações formais.

Portanto, esta linha de estudo escolhe como seu objeto, não somente o sujeito hipotético-dedutivo, mas também o coletivo de agentes em interação contínua, tanto no campo das instituições, como com os atores que pressionam por mudanças institucionais (SANDERS, 2008).

Os teóricos tendem a conceituar a relação entre as instituições e o comportamento individual em termos muito gerais, por essas instituições possuírem qualidades próprias e relativamente originais, enfatizando as assimetrias de poder ligadas ao funcionalismo e ao progresso das instituições, formando uma visão do desenvolvimento institucional que favorece as trajetórias, as situações críticas e as consequências imprevistas. Com isso, busca-se destacar o papel das instituições na configuração de determinadas situações políticas combinando com uma análise acerca

da contribuição a esses mesmos processos de outras causas de fatores, como as ideias e os atores. (HALL e TAYLOR, 2003).

A importância da abordagem neoinstitucionalista está em descobrir quais instituições interferem nos comportamentos individuais e coletivos e de que forma estas instituições funcionam e resistem, ou seja, por meio de quais processos e mecanismos estas instituições exercem poder sobre as escolhas políticas e se mantêm ao longo do tempo (LIMA et al., 2015).

As instituições desempenham papel importante quanto a influência sobre as situações políticas analisando essa questão pela perspectiva calculadora ou cultural. “Para a perspectiva calculadora, aspectos do comportamento humano são instrumentais e orientados no sentido de um cálculo estratégico (HALL e TAYLOR, 2003).

Os indivíduos buscam maximizar seu rendimento com referência a um conjunto de objetivos definidos por uma função de preferência dada e que, ao fazê-lo, eles adotam um comportamento estratégico em que examinam todas as escolhas possíveis para selecionar aquelas que oferecem um benefício máximo (HALL e TAYLOR, 2003).

Já na perspectiva cultural, o comportamento jamais é considerado inteiramente estratégico, mas limitado a visão de mundo própria do indivíduo, ou seja, mesmo reconhecendo que o comportamento humano é racional e orientado para fins, enfatiza-se o fato de que os indivíduos recorrem com frequência a protocolos estabelecidos ou a modelos de comportamento já conhecidos para atingir seus objetivos (HALL e TAYLOR, 2003).

“Os indivíduos buscam mais satisfação e menos otimização na busca da maximização de sua utilidade, pois uma linha de ação depende da interpretação de uma situação e não de cálculos puramente utilitários.” (HALL e TAYLOR, 2003, p. 197-198).

Outra propriedade notável do institucionalismo histórico consiste na importância atribuída ao poder, em particular as relações de poder assimétricas, percebidas no modo como as instituições dividem o poder de maneira desproporcional entre os grupos sociais, garantindo assim o acesso diferente de certos grupos ou interesses ao processo de escolha.

As organizações da sociedade civil enquadram-se muitas vezes nessa perspectiva, pois muitas vezes não são representados por seus parlamentares, o que gera essa disputa de forças. Os adeptos do institucionalismo histórico tentaram esclarecer como as instituições originam esses trajetos, como elas estruturam a resposta de uma determinada nação a novos estímulos, além de destacar como as capacidades do Estado e as políticas herdadas estruturaram as decisões subsequentes, incentivando as forças sociais a se mobilizarem de acordo com certas orientações de preferência a outras, a optar por identidades particulares, como as minorias políticas e sociais organizam-se atualmente, ou a desenvolver interesses em políticas cuja desistência envolveria um risco eleitoral, por exemplo, para quem concentra o poder de manobra política das massas (HALL e TAYLOR, 2003).

Mesmo que os teóricos chamem a atenção para o papel das instituições na vida política, é raro afirmarem que, dentro do institucionalismo histórico, as instituições são os únicos fatores que influenciam a vida política, buscando posicionar as instituições numa cadeia causal que deixe espaço para outros fatores, em particular os desenvolvimentos socioeconômicos e a difusão das ideias, dentre elas, a Câmara dos Deputados, com a criação dos projetos de lei, que poderão se tornar leis ou ser vetados (HALL e TAYLOR, 2003).

A institucionalização é crucial para as legislaturas desempenharem um papel relevante no processo que resulta com a política pública, ou seja, os atos do governo que têm impacto na sociedade mediante medidas regulatórias, distributivas ou redistributivas (CINTRA e LACOMBE, 2007).

Quanto aos princípios e regras, o neoinstitucionalismo destaca a valorização das instituições para examinar, sobretudo empiricamente, a formatação e aplicação de políticas públicas. Porém, o trabalho dos neoinstitucionalistas históricos tradicionais diferem no sentido de que há um esvaziamento do papel estrito da via institucional, modificando o local que as instituições ocupam na análise de políticas públicas, contrapondo a visão estática das instituições. (PAIVA, 2012).

HALL e TAYLOR (2003) abordam o neoinstitucionalismo dando destaque às instituições, mas também expondo sua influência sobre os atores em suas estratégias, nos rumos, trajetórias e conteúdo das políticas públicas.

As instituições são mediadoras da relação entre Estado e sociedade, as estruturas econômicas e os comportamentos individuais e de grupos, modelando processos políticos e sociais em diferentes países (LIMA et al., 2015).

A vertente histórica do neoinstitucionalismo valoriza as instituições em um contexto histórico, juntamente com as ideias, o que privilegia determinados grupos em detrimento de outros (SOUZA, 2006).

THELEN e STEINMO (1992), citado por LIMA et al. (2013), expõe que as regras utilizadas para análise de políticas intersetoriais através da perspectiva histórica do neoinstitucionalismo baseiam-se na atribuição da função de modelar as estratégias dos atores, bem como suas preferências e objetivos aos valores instituídos ao medirem as relações entre os atores políticos, analisando também o papel dos atores, seus interesses e a distribuição de poder entre eles.

6 A TRAMITAÇÃO, OS ATORES E AS IDEIAS

6.1 TRAMITAÇÃO DO PROJETO DE LEI 510/2003

De acordo com o Regimento Interno da Câmara dos Deputados (RICD), um Projeto de Lei segue um determinado caminho, a tramitação, regulamentada pelo artigo 151 do RICD, onde a Mesa Diretora do Congresso Nacional recebe a proposição, passando a ter uma numeração e data. É despachado para a Comissão de Constituição e Justiça, que avalia se o projeto está de acordo com a Constituição Federal (considerada lei maior), para então, ser direcionado a comissões ligadas ao assunto dos projetos, as comissões técnicas, onde cada comissão designa um relator que sugere mudanças por meio de um parecer, que é ou não aprovado pelos membros da respectiva comissão. Aprovado nas comissões e no Plenário, o PL pode seguir para o Senado Federal, dependendo da decisão de manter ou retirar a matéria de tramitação por parte do próprio autor. Após aprovação do Congresso, o projeto segue para sanção ou veto da Presidência da República.

O Projeto de Lei (PL) 510/2003 seguiu seu processo sob o regime ordinário de tramitação, sendo apresentado pelo Deputado Carlos Souza, do Partido Liberal, no Plenário da Câmara dos Deputados, em Brasília, na 26ª Sessão Ordinária da 52ª Legislatura, no dia 26 de março do ano de 2003, e sendo recebido pela Mesa Diretora daquela Casa, composta pelo tendo como presidente da Câmara o Deputado João Paulo Cunha (PT/SP) e o 1º Vice-Presidente Deputado Inocêncio Oliveira (PFL/PE), porém sem leitura do seu texto e com publicação do mesmo na íntegra no DCD. Neste mesmo dia, o discurso proferido pelo autor do PL no plenário da Câmara dos Deputados abordou apenas a reestatização do porto de Manaus, pronunciando-se contra essa medida na área de transportes e logística do país.

No dia 22 de abril de 2003, a Mesa Diretora da Câmara encaminhou a proposição para as seguintes comissões atinentes à matéria: Comissão de Seguridade Social e da Família, Comissão de Minas e Energia e a Comissão de Constituição e Justiça e Redação. Em 30 de abril do mesmo ano, o encaminhamento para publicação desta movimentação foi expedido conforme edição do Diário da Câmara dos Deputados (DCD) de primeiro de maio de 2003.

No dia seguinte, 2 de maio, a Comissão de Seguridade Social e da Família (CSSF) recebeu a matéria, e no dia 9 de maio, designou um relator através de sorteio de seus componentes. Abriu-se então o período regimental de recebimento de emendas ao PL, entre os dias 9 e 12 de maio de 2003.

Não havendo nenhuma emenda apresentada, em 16 de maio de 2003 o PL foi encaminhado ao relator, Deputado Dr. Francisco Gonçalves (PTB/MG), e tendo como presidente a Deputada Ângela Guadagnin (PT/SP), para ser apreciado e ter um parecer elaborado. O relator emitiu seu parecer contrário à proposição, mas nas quatro sessões seguintes, o parecer não foi apreciado.

Em publicação do Diário da Câmara dos Deputados (DCD) do pronunciamento do Deputado Roberto Gouveia (PT/SP), na 143ª Sessão Ordinária da Câmara dos Deputados, realizada em 14 de agosto de 2003, presidida pelo Deputado Inocêncio Oliveira (PFL/PE), e tendo como 1º Vice-Presidentes os Deputados João Fontes (PT/SE) e Pedro Fernandes (PTB/MA), o Deputado e 1º Vice-Presidente da Comissão de Seguridade Social e da Família (CSSF) pronuncia-se contrário ao PL.

Roberto Gouveia sintetizou a sua reunião com a Frente Parlamentar da Saúde da Câmara dos Deputados, destacando a importância da manutenção da Lei 6.050, de 1974, que determinou a fluoretação das águas no Brasil, prestando relevantes serviços à saúde pública, particularmente à saúde bucal.

O Deputado também anuncia que um parecer, elaborado pelo poder Executivo através dos Ministérios da Saúde e das Cidades, foi assinado por diversos órgãos do governo, dentre eles os ministérios mencionados e suas respectivas áreas técnicas, além da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Destaca também que outras entidades entre as quais, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), A Associação das Empresas de Saneamento Básico Estaduais (AESBE), dentre outras entidades subscrevem o Parecer, com pedido de publicação no pronunciamento em Diário da Câmara dos Deputados.

Quanto à fluoretação, Roberto Gouveia finaliza dizendo que esse é o momento mais profícuo para a ampliação das ações de saúde bucal na saúde pública e na organização do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Em réplica na mesma sessão, o DCD documenta o discurso do Deputado Carlos Souza, autor da proposição, defendendo que o entendimento desta proposta advém de 14 médicos ganhadores do Prêmio Nobel, e que a maioria dos países do Primeiro Mundo não admitem que a água potável contenha qualquer substância inorgânica, não servindo de veículo para as mesmas.

Defende ainda a realização de campanhas em massa por parte de Ministério da Saúde e pelo Ministério Público, com aplicação tópica nas escolas de alfabetização, evitando a contaminação de toda a população.

Comparando o elemento flúor a medicamentos, sugere que outras drogas sejam adicionadas à água de abastecimento, como por exemplo, o Buscopan para resolver cólicas menstruais de 30% das mulheres, ou brometo para diminuir o estado violento na população.

Em 8 de outubro, na 46ª Reunião Ordinária da Comissão de Seguridade Social e da Família, com a presidência da Deputada Ângela Guadagnin (PT/SP) e Vice-Presidente Deputado Roberto Gouveia (PT/SP), o parecer foi lido pelo seu autor, e aprovado por unanimidade pelos componentes presentes àquela reunião, tendo sua publicação no DCD apenas em 17 de outubro.

Seguindo sua tramitação, em 15 de outubro, o PL foi recebido pela Comissão de Minas e Energia (CME), encerrando sua tramitação na CSSF após cinco meses e doze dias. Em 16 de outubro, abre-se o prazo para emendas no PL, que se encerrou em 29 de outubro de 2003.

Em 18 de outubro, a publicação do parecer do referido relator na CSSF opinou pela rejeição do Projeto de Lei. Já na CME, o PL não recebe emendas, encerrando-se em 29 de outubro esse procedimento regimental.

Em 27 de novembro, o parecer do relator Deputado Eduardo Sciarra (PFL/PR) da CME opinou pela incompetência técnica da referida Comissão para julgar a matéria, e esse parecer foi votado e aprovado por unanimidade na 37ª Reunião Ordinária, que

ocorreu em três de dezembro de 2003. O PL tramitou nessa Comissão por quatro meses e um dia.

Em 16 de fevereiro de 2004, a Comissão de Constituição e Justiça e Redação enviou à Mesa Diretora despacho para a publicação de errata da tramitação, com retirada da Comissão de Minas e Energias da tramitação, que foi publicada no DCD em 25 de fevereiro de 2004.

Em 11 de março de 2004, iniciou-se o processo de arquivamento do Projeto de Lei, com possibilidade de recurso em até cinco sessões legislativas ordinárias da Câmara; em 19 de março, encerrou-se o prazo para recursos contra o arquivamento sem qualquer intervenção e em 14 de abril de 2004, o Projeto de Lei Nº 510 de 2003 foi arquivado. O tempo total de tramitação deste Projeto de Lei foi de treze meses e dezoito dias.

6.2 OS ATORES E AS IDEIAS

6.2.1 Deputado Carlos Souza

Nascido em 17 de agosto de 1952, natural de Manaus – AM, Carlos Alberto Cavalcante de Souza é filho de Lucimar Portela de Souza e Maria Odília Cavalcante de Souza. Sua escolaridade é superior e suas profissões são radialista, biólogo e professor. Eleito e titulado para mandato de 01 de fevereiro de 2003 a 31 de dezembro de 2007 (52ª Legislatura da Câmara dos Deputados) pelo Partido Liberal do estado do Amazonas, é o autor do Projeto de Lei 510/2003. O autor desta proposição era filiado ao Partido Liberal (P.L.), hoje Partido da República, que foi formado entre a fusão do Partido da Reedificação da Ordem Nacional (PRONA) e o próprio Partido Liberal.

Fundado em 25 de julho de 1985 no Rio de Janeiro pelo deputado Álvaro Vale, o Partido Liberal fundiu-se com o Partido da Reedificação da Ordem Nacional (PRONA) em outubro de 2006, fundando então o Partido da República (P.R.). Em seu manifesto, o P.L. propôs a realização de eleições diretas em dois turnos, o fortalecimento da empresa privada, reconheceu o direito à propriedade privada, além de pleitear a reforma tributária e judiciária. Destacou também a importância da defesa dos direitos das

minorias e da redução das desigualdades sociais, e definiu-se como seguidor da doutrina liberal.

Durante os trabalhos da Constituinte, sob liderança do Deputado Guilherme Afif Domingos, o Partido Liberal publicou um documento em que se declarava a favor da convocação de eleições gerais, permitindo ao povo renovar suas lideranças. Nas eleições municipais de 1988, o P.L. elegeu três prefeitos em municípios do estado do Rio de Janeiro e quatro vereadores no município do Rio.

Em 2002, o partido elegeu 61 deputados estaduais, sendo a maioria das regiões Nordeste (30%), Norte (28%) e Sudeste (25%) (Partido Liberal, 2015). O Projeto de Lei (PL) 510, de 26 de março de 2003, inicia com sua proposta principal³, e segue com a justificção, abordando o fato de que a fluoretação nada mais é, que um equívoco científico.

O Deputado Carlos Souza menciona ainda que:

“A partir de estudos científicos aprofundados e de inúmeros fatos verificados entre as populações que consomem água fluoretada (...) constatou-se que a fluoretação provoca muito mais males que benefícios à saúde pública, ao promover a ingestão excessiva e indiscriminada de flúor.” (BRASIL, 2003a, p. 17650).

Afirma-se que antes mesmo do flúor como material de uso preventivo, o cloro começou a ser utilizado no combate às cáries, relação observada em populações europeias do século XIX, com baixos índices de cárie.

De acordo com a redação da justificção apresentada pelo PL, aborda-se que a elevada ingestão do elemento flúor provoca a fluorose, com o surgimento de manchas e estrias escuras nos dentes, além de torná-los porosos e quebradiços. Ainda, constatou-se através de pesquisas que a dosagem ótima de flúor na água seria entre 0,7 ppm a 1,0 ppm de flúor por litro de água, sendo eficaz enquanto material preventivo se ingerido na fase de crescimento ósseo-dentário dos elementos dentários.

Coloca ainda que a ingestão de uma quantidade mínima diária individual de flúor culminou na instituição da Lei 6.050, de 24 de maio de 1974, e justifica que, ao contrário do que se supunha, a fluoretação provocaria mais males do que benefícios à

³ Revoga a Lei No 6.050, de 24 de março de 1974, que “dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento”.

saúde pública, devido à imprecisão da dosagem de flúor, com sua concentração variando muito (BRASIL, 2003a).

Aborda o cozimento de alimentos com água fluoretada, onde haveria o aumento da concentração desse sal insolúvel nos alimentos, através dos sais de flúor residuais. Além disso, há a relação da fluoretação com o envelhecimento precoce, comprovados por pesquisa feita na Índia e também com o aumento de osteossarcoma, um tipo de câncer ósseo, sendo maior o número de casos em localidades estadunidenses que fluoretavam suas águas.

Um princípio que emerge da exposição de motivos apresentada pelo proponente é a questão da segurança da intervenção sanitária. Para ele, a medida estaria associada a riscos de danos à saúde humana, razão pela qual se justificaria a revogação da Lei e a interrupção da intervenção.

O Deputado finaliza com um argumento econômico. Além dos riscos que se relacionam com essa medida de saúde, a fluoretação da água de abastecimento público é uma ação “economicamente injustificável, pois apenas uma pequena parcela dela é ingerida.” (BRASIL, 2003a, p. 17650). Como a água é utilizada para diversas atividades diárias, e apenas uma parcela é utilizada para ingestão, a iniciativa torna-se economicamente injustificável, sendo razoável a fluoretação de forma individual e ambulatorial. Esse discurso não foi proferido em reunião ordinária, mas entregue à Mesa Diretora da Câmara dos Deputados.

Porém, além do próprio Projeto de Lei, outros pronunciamentos indicam qual a condução política que o referido autor tomou diante desse e de outros temas. A reestatização do porto de Manaus, mencionada em pronunciamento da 26ª Sessão Ordinária da Câmara dos Deputados, em 26 de março de 2003, foi refutada pelo Deputado:

"De minha parte, mesmo não sendo adepto incondicional das privatizações, por entender que alguns setores estratégicos devem continuar sob a tutela do Estado, reconheço que as privatizações se mostraram altamente benéficas em diversas áreas, melhorando e barateando consideravelmente a qualidade dos serviços públicos prestados. Cito, entre outros, a telefonia e os serviços portuários." (BRASIL, 2003b, p. 10203).

Mencionou também alguns complicadores econômicos e políticos para o Estado em caso de reestatização, pois o Porto de Manaus atraiu investidores externos. Finalizou com a ideia de que o processo de reestatização do Porto de Manaus atentou contra a Constituição e interesses do estado e povo brasileiros.

Em outro pronunciamento, o Deputado Carlos Souza expressou sua preocupação com questões de segurança relacionadas a um dispositivo de captação sonora, que pode atingir um raio de até 200 metros de captação, além de tratar da ampliação da vara trabalhista da justiça do estado do Amazonas.

Em 25 de junho de 2003, Deputado Carlos Souza recebeu em mãos o parecer elaborado pelo Poder Executivo, através dos Ministérios da Saúde e das Cidades e assinado por diversas entidades ligadas à Odontologia, Saúde Pública, Engenharia Ambiental e Saneamento Básico.

Em matéria divulgada pelo Jornal do Conselho Federal de Odontologia, edição de maio/junho de 2003, o Deputado recebeu em seu gabinete representantes do Conselho Federal de Odontologia (CFO), da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), além do coordenador de saúde bucal do Ministério da saúde, Gilberto Pucca. “Não tenho interesse em radicalizar, mas sim, suscitar a discussão sobre a fluoretação ou não da água, sobre os benefícios e malefícios”, justificou o Deputado Carlos Souza sobre seu Projeto de Lei (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003). Em pronunciamento, não proferido em plenário, mas apenas registrado no Diário da Câmara dos Deputados, da 138ª Sessão Extraordinária da Câmara dos Deputados, de 12 de agosto de 2003, e publicado na mesma data, o autor do Projeto de Lei citou que:

"No Chile, por exemplo, a fluoretação da água potável foi suspensa pelo aumento da mortalidade infantil atribuída a efeitos tóxicos agudos do flúor. Além dos indícios de aumento das mortes de crianças menores de 1 ano, surgiram suspeitas de malformações, de aumento de fraturas ósseas." (BRASIL, 2003c, p. 37985).

Ponderou evocando o princípio da equidade quando afirmou que a administração de uma substância ativa para toda a população, e não a que mais necessita dela, é paradoxal. Argumentou a favor da abordagem individual: havendo a incorporação de dentistas nas ações básicas em saúde, facilitaria a fluoração individual, de acordo com a

necessidade de cada cidadão, e que dispensar dosagens desconhecidas do elemento flúor é um contrassenso.

Na 143ª Sessão Ordinária da Câmara dos Deputados, de 14 de agosto de 2003, o Deputado Carlos Souza justificou que seu projeto de lei seguia o entendimento de 14 médicos ganhadores do Prêmio Nobel, onde o flúor na água envenena a população. E continuou, dizendo que: "O flúor é mais tóxico que o chumbo. E 50% dele se acumula no organismo humano, provocando osteoporose e aumento na incidência de câncer." (BRASIL, 2003d, p. 38675). Trouxe ainda o apelo social na defesa dos mais pobres conforme o discurso a seguir:

"O povo carente merece respeito, mas se essa justificativa fosse válida, teríamos de adicionar Buscopan à água, para minorar as dores de 30% das mulheres do País que sentem cólicas menstruais. Hoje 42% da população sofre com a incidência da violência, nesse caso também precisaríamos acrescentar brometo na água, para diminuir esse estado violento nas pessoas." (BRASIL, 2003d, p. 38675).

Após esse último discurso, o Projeto de Lei seguiu sua tramitação ordinária, sendo encaminhado para a Comissão de Seguridade Social e da Família (CSSF) para apreciação, e em seguida, para a Comissão de Minas e Energia (CME), sendo finalmente arquivado.

Na 248ª Sessão Ordinária da Câmara dos Deputados, que aconteceu em 17 de novembro de 2004, o Deputado Carlos Souza voltou ao plenário e discursou mais uma vez em favor da interrupção da fluoretação da água de abastecimento público:

"Ora, Sr. Presidente, poucas pessoas sabem que essa substância inorgânica fez parte da composição da bomba atômica; poucas pessoas sabem que o flúor é uma substância cumulativa que não é excretada pelos rins, o aparelho excretor do ser humano; poucas pessoas sabem que essa substância se acumula nos tecidos adiposos, ósseos e em órgãos como pulmão, fígado e até cérebro dos seres humanos." (BRASIL, 2004ª, p. 49437-49438)

Argumentou ainda:

"Se realmente queremos diminuir a incidência de cáries, principalmente nas nossas crianças carentes, nos bolsões de miséria que existem neste País, por que não fazemos campanhas, como as de vacinação, que cheguem até os locais onde estão essas crianças que precisam do flúor?" (BRASIL, 2004ª, p. 49438)

Para ele, em nome da economia das contas públicas, a administração da fluoretação enquanto método preventivo, estaria sendo realizada de forma impositiva, pois a ingestão de água com flúor seria compulsória, pois a população não precisaria “passar 50 ou 60 anos tomando flúor”, segundo discurso proferido pelo próprio Deputado no plenário da Câmara.

6.2.2 Deputado Roberto Gouveia

Roberto Gouveia Nascimento, natural de Ituiutaba, Minas Gerais, nasceu em 6 de junho de 1955, filho de Octacílio Nascimento e Aldaiza Gouveia Franco Nascimento. É médico, e, portanto, de formação superior. Deputado pelo Partido dos Trabalhadores (PT), que surgiu em oposição ao governo da ditadura militar brasileira, em 1980. O Partido formou-se em um contexto político, econômico e social marcado por intensas mobilizações, no qual o líder sindical e principal fundador do PT, Luiz Inácio Lula da Silva, tornou-se um dos protagonistas da história de luta contra as injustiças existentes no país. A partir de 11 de fevereiro de 1982, o Tribunal Superior Eleitoral (TSE) reconhecia o PT como partido político brasileiro. (PARTIDO DOS TRABALHADORES, 2017).

O Deputado Roberto Gouveia pronunciou-se no Plenário da Câmara na 143ª Sessão Ordinária da Câmara dos Deputados, mostrando-se contrário à proposta, além de ter buscado apoio junto a Frente Parlamentar pela Saúde e ao relator do parecer. O Deputado defendeu:

“(...) a necessidade de se manter a Lei nº 6.050, de 1974, que determinou a fluoretação das águas no Brasil, medida de saúde pública que nos ajuda a avançar no que diz respeito à saúde bucal de nossa população, particularmente ao combate às cáries dentárias.” (BRASIL, 2003d, p. 38673)

E complementou evocando a noção do direito à saúde: "Precisamos garantir o direito à saúde, particularmente nessa área, que vem se desenvolvendo mais recentemente, junto ao processo de saúde pública" e que o país caminha para a ampliação das ações em saúde pública e na organização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003d, p. 38673).

6.2.3 Deputado Dr. Francisco Gonçalves

Designado como relator da Comissão de Seguridade Social e da Família (CSSF) na tramitação do Projeto de Lei (PL) 510/2003, o Deputado Dr. Francisco Gonçalves, Deputado Federal pelo PTB de Minas Gerais. Nascido em 29 de dezembro de 1947 em Pedro Leopoldo, Minas Gerais. Filho de Francisco Gonçalves e Áurea Pereira Gonçalves, é médico e professor universitário.

O Deputado Dr. Francisco era filiado à época ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), que surgiu em 1945 como partido político, um mês após a criação da União Democrática Nacional (UDN) e do Partido Social Democrático (PSD). O PTB nasceu sob chancela governamental, tendo como palco o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e tendo como grande figura o presidente Getúlio Vargas (GOMES, 2002, p. 1-2).

Na narrativa do referido relator na 46ª reunião deliberativa ordinária, de 18 de outubro de 2003, sobressaiu-se alguns princípios como a necessidade de critério, a ideia da precaução, a efetividade da intervenção e a economia com procedimentos que seriam necessários na sua ausência:

“Nem sempre as conclusões de um estudo refletem verdades incontestáveis. Em virtude dos desenhos, dos métodos empregados e dos vieses sobrevenientes, muitos dos resultados que se divulgam devem ser analisados com critério.” (BRASIL, 2003e, p. 55801).

E prosseguiu:

“(...) ao contrário do que a justificção menciona, permanece importante ao longo de toda a vida, na medida em que a concentração de flúor na saliva protege também a dentição dos adultos e idosos. A diminuição das cáries implica, além de economia com procedimentos como extração, restauração e reabilitação, a redução de sofrimento e de dor. Entendemos a fluoretação da água como um instrumento básico e, no momento atual do nosso país, indispensável para a promover da saúde bucal.” (BRASIL, 2003e, p. 55801).

Os princípios da eficácia, da segurança e da promoção da saúde são invocados pelo relator ao afirmar que a fluoretação é um instrumento básico e indispensável na promoção da saúde bucal:

“(...) a fluoretação da água para consumo deve continuar a ser adotada em sistemas de abastecimento coletivo, uma vez que não conseguimos identificar nenhuma evidência concreta que associe esta prática com o surgimento de problemas de saúde mais graves. Nossa opinião é de que a fluoretação da água pode ser encarada como uma medida de saúde pública eficaz e segura.” (BRASIL, 2003e, p. 55801).

6.2.4 Deputado Eduardo Sciarra

Eduardo Francisco Sciarra, nascido em Londrina, Paraná, em cinco de outubro de 1952, é engenheiro, portanto de formação superior, e empresário. À época, Deputado Federal pelo Partido Federal Liberal (PFL). O Deputado Eduardo Sciarra é designado relator da proposição pela Comissão de Minas e Energia, elaborando seu parecer com a justificativa de que o assunto tratado pelo referido Projeto de Lei não versa sobre o campo temático da Comissão, deliberando sobre o referido parecer na 37ª reunião deliberativa ordinária, de 3 de dezembro de 2003.

Também: “Regimento determina que a nenhuma Comissão cabe manifestar-se sobre o que não for de sua atribuição específica e que o parecer, se proferido, considerar-se-á como não escrito.” Portanto, seu parecer é pela devolução do Projeto de Lei, por não ser competência regimental da Comissão de Minas e Energia (BRASIL, 2003f, p. 66026).

A Comissão de Minas e Energia (CME) foi criada em 1823, como Comissão de Minas e Bosques, tendo seu nome alterado para Comissão de Minas e Energia em 1963, quando da criação das Comissões Permanentes da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2017a).

De acordo com o artigo 32, que define as Comissões Permanentes e seus campos temáticos e áreas de atuação, e com o inciso XIV, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a Comissão Permanente de Minas e Energia atua nos seguintes campos temáticos:

- a) políticas e modelos mineral e energético brasileiros;
- b) a estrutura institucional e o papel dos agentes dos setores mineral e energético;
- c) fontes convencionais e alternativas de energia;

- d) pesquisa e exploração de recursos minerais e energéticos;
- e) formas de acesso ao bem mineral; empresas de mineração;
- f) política e estrutura de preços de recursos energéticos;
- g) comercialização e industrialização de minérios;
- h) fomento à atividade mineral;
- i) regime jurídico dos bens minerais e dos recursos energéticos;
- j) gestão, planejamento e controle dos recursos hídricos; regime jurídico de águas públicas e particulares; (BRASIL, 2017a).

Dois campos temáticos podem ser questionados no tocante à apreciação deste Projeto de Lei, por se tratar do uso de um elemento mineral, trazendo a possibilidade do campo temático “formas de acesso ao bem mineral; empresas de mineração”, e de que este elemento está sendo adicionado à água de abastecimento, trazendo a possibilidade de apreciação pelo campo temático “gestão, planejamento e controle dos recursos hídricos; regime jurídico de águas públicas e particulares”.

O elemento flúor é o 13º elemento mais encontrado na natureza terrestre, altamente reativo e que se encontra agregado a outros elementos e moléculas, formando os fluoretos encontrados atualmente (CHEN et al., 2013).

Porém, diante do campo temático “formas de acesso ao bem mineral; empresas de mineração”, a forma de aquisição do elemento flúor, utilizado no processo de fluoretação das águas de abastecimento, acontece através de um subproduto da produção de fertilizantes, o ácido fluorsilícico ou fluorssilicato de sódio.

Líquido altamente solúvel e corrosivo, o transporte do ácido fluorsilícico precisa ser feito em recipientes apropriados, além das válvulas e tubos para sua distribuição, feitos de plástico como PVC, polietileno, polipropileno, acrílico ou teflon (BRASIL, 2012).

O fluorssilicato de sódio é encontrado de forma sólida, como pó branco brilhante e cristalino, que apresenta baixa solubilidade, e em função disso, utiliza-se solução saturada para fluoretar as águas para consumo humano (BRASIL, 2012).

Essas duas fontes de flúor, utilizadas para a fluoretação das águas de abastecimentos público, não são retiradas de forma bruta da natureza, mas em

compostos resultantes de reações químicas, subprodutos da produção de fertilizantes, e portanto, não sendo englobado no campo temático sugerido.

Quanto ao campo temático “gestão, planejamento e controle dos recursos hídricos; regime jurídico de águas públicas e particulares”, o que se discute no PL 510/2003 é o processo de fluoretação em si, com foco nos possíveis agravos do consumo de flúor através das águas de abastecimento para consumo humano. Portanto, de acordo do Regimento Interno da Câmara dos Deputados (RICD), este campo temático não é discutido nesta Comissão.

6.3 ENTIDADES SIGNATÁRIAS DO PARECER DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DAS CIDADES

Em junho de 2003, os Ministérios da Saúde e das Cidades elaboraram parecer conjunto e assinado por diversas organizações de classes profissionais, entidades representativas da área odontológica, de saúde pública, engenharia sanitária e ambiental, associação nacionais e estaduais de empresas saneamento básico, entre outras, confrontando cada um dos motivos apontados na justificção do Projeto de Lei, posicionando-se contrários ao PL e justificando cada ponto abordado pelo seu autor. A divulgação do parecer baseou-se na tentativa de entender quais foram os motivos que levaram à elaboração da proposição. Esse documento foi apresentado na 143ª Sessão Ordinária da Câmara dos Deputados, realizada em 14 de agosto de 2003, durante discurso do Deputado Roberto Gouveia (PT/SP), não sendo lido no momento do discurso mas publicado no DCD na íntegra a pedido do Deputado.

O documento traz uma breve introdução, segue expondo na íntegra o Projeto de Lei, coloca as razões embasadas cientificamente para a rejeição ao PL e conclui com a assinatura das entidades representativas de várias áreas ligadas à saúde e saneamento.

Questiona-se a fonte que fundamenta as informações contidas na proposição, pois os argumentos utilizados pelo autor do PL puderam ser contestados na medida em que a justificção colocava os motivos pelos quais a revogação da lei da fluoretação deveria acontecer. Antes mesmo de discutir individualmente os pontos do Projeto de Lei, o parecer expõe que:

“Na medida em que se intensificaram as consultas e os diálogos para compreender as razões da iniciativa do parlamentar amazonense,(...) lamentavelmente o deputado não houvera consultado uma única entidade odontológica, ou de saneamento, ou de saúde pública, com representatividade nacional. A excelência brasileira nesse campo houvera sido simplesmente ignorada.” (BRASIL, 2003g, p. 2-3).

Além disso, o parecer faz uma discussão embasada dos princípios abordados no PL, contestados por informações de revistas e artigos científicos da área odontológica. A teoria de que “o uso do flúor, a partir do final da década de 1960 passou a ser considerada uma verdadeira panaceia” é refutada através referências científicas da área odontológica no tocante a fatores multicausais da cárie dentária:

“Nenhum autor respeitado e nenhuma instituição de saúde, nacional ou internacional, defenderam em qualquer tempo essa estranha tese da panaceia. Muito pelo contrário, sempre se sublinhou a necessidade de combinar ações preventivas e educativas em abordagens integrais do problema. (...) Portanto, desde meados do século XX e até o presente, esta compreensão da complexidade causal da cárie dentária sempre implicou cautela por parte de dentistas e sanitaristas quanto a qualquer panaceia para enfrentá-la.” (BRASIL, 2003g, p. 9).

O parecer argumenta também que, mesmo havendo indicação para aplicação individual do flúor por profissionais de saúde pública habilitados, a situação concreta brasileira mostra as dificuldades da população do Brasil em ter acesso aos serviços de saúde, mais especificamente os serviços de saúde bucal públicos:

“Os dados obtidos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada pelo IBGE em 1998, indicam que 29,6 milhões de brasileiros nunca consultaram um dentista. Isso corresponde a 18,7% da população. Assim, não é nada “razoável e racional” que, impedidos de terem acesso aos cuidados odontológicos, sejam também privados do benefício da fluoretação das águas.” (BRASIL, 2003g, p. 14).

6.3.1 Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde só foi instituído após a Lei 1.920/53 (BRASIL, 1953), quando o então Ministério da Educação e Saúde se desdobrou em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. Com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), o Ministério da Saúde vem atuando na garantia da saúde como um

direito constitucional através da criação e implantação do Sistema Único de Saúde e de suas diretrizes (BRASIL, 2017e). A mobilização contrária ao PL 510/2003 teve como representação os seguintes órgãos do Ministério: Fundação Nacional de Saúde e a Coordenação Nacional de Saúde Bucal.

6.3.2 Ministério das Cidades

Integrante do documento com manifestação contrária ao PL antes citado, o Ministério das Cidades foi criado no mesmo ano da proposição, 2003, tendo como uma das áreas de competência concernente a este Ministério, políticas setoriais de habitação, saneamento ambiental, transporte urbano e trânsito (BRASIL, 2015), justificando, portanto, sua inclusão na contrariedade à interrupção da fluoretação das águas de abastecimento.

“Nenhum autor respeitado e nenhuma instituição de saúde, nacional ou internacional, defenderam em qualquer tempo essa estranha tese da panaceia. Muito pelo contrário, sempre se sublinhou a necessidade de combinar ações preventivas e educativas em abordagens integrais do problema.” (BRASIL, 2003g, p. 9).

6.3.3 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi criada através da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999, é uma autarquia sob regime especial, tem sede e foro no Distrito Federal, fazendo-se presente em todo o território nacional por meio das coordenações de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados (ANVISA, 2017f).

Sua finalidade institucional é promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados (ANVISA, 2017f).

Sua missão é proteger e promover a saúde da população, mediante a intervenção nos riscos decorrentes da produção e uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, em ação coordenada e integrada no âmbito do Sistema Único de Saúde (ANVISA, 2017f).

6.3.4 Conselho Federal de Odontologia (CFO)

No início dos anos de 1960, a Odontologia brasileira iniciou um movimento de criação dos Conselhos da classe, existindo à época apenas o Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia (SNFO). Após enviar ao Ministério da Saúde uma minuta, que fora bem acolhida, e através da Exposição de Motivos no. 185, de 1960, o então Presidente da República João Goulart apreciou estes documentos, que foram encaminhados para o Congresso Nacional, e após sua tramitação normal, foi convertido na Lei 4.324 (BRASIL, 1964), criando assim os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia.

Considerados uma Autarquia, cada um dos Conselhos foi dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira destinada a supervisionar a ética profissional em toda a República (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2013), e assim vem sendo desde então.

O Conselho Federal de Odontologia (CFO) possui mandatos de quatro anos, eleitos através dos votos dos delegados-eleitores de cada Conselho Regional de Odontologia (CRO) de cada unidade de federação do país. No período de tramitação do Projeto de Lei (PL) 510/2003, o CFO transitou entre o final de uma gestão e o início de outra em setembro de 2003, porém em ambas as gestões a chapa era a mesma e única, permanecendo a mesma Diretoria em atuação (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2013).

O Conselho Federal de Odontologia foi importante no debate a respeito do PL 510/2003, pois sendo algo atinente à prática odontológica, juntamente com entidades governamentais, como o Ministério da Saúde e Ministério das Cidades, atuou na discussão junto ao autor do PL e o relator na Comissão de Seguridade Social e Família

(CSSF). Em edição do Jornal do CFO de junho de 2003, registrou-se a entrega de documento:

“A resposta foi imediata: governo federal e diversas entidades ligadas ao tema, convencidos de que estavam diante de uma iniciativa parlamentar com potencial para produzir efeitos negativos sobre a já combalida saúde bucal dos brasileiros, decidiram elaborar juntos um parecer a fim de alertar a sociedade – e o próprio parlamentar – sobre o gravíssimo retrocesso representado pela revogação da Lei 6.050/74.” (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003).

6.3.5 Associação Brasileira de Odontologia (ABO)

Com origem em 1917, a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) teve seu início como Federação Odontológica Brasileira (FOB), transitando oficialmente para União Odontológica Brasileira em 1949 e só em 1962 decidiu-se adotar o nome Associação Brasileira de Odontologia. Tendo como prioridade a capacitação e a evolução profissional, sua missão é promover a Odontologia nacional e internacionalmente, valorizando o cirurgião-dentista no contexto técnico-científico e sociocultural e contribuindo com a política de promoção de saúde bucal da população (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2016).

Neste âmbito da promoção da saúde bucal, a ABO não se furtou do papel de defesa da fluoretação das águas, e em 26 de junho, representantes de entidades odontológicas, como Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Conselho Federal de Odontologia (CFO), além do então Coordenador de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, fizeram a entrega do parecer para o Deputado Carlos Souza, autor do Projeto de Lei.

6.3.6 Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (ABES)

Fundada em 1966, esta entidade nasceu como ideia no início da década de 1960, quando um grupo de engenheiros sanitaristas do Rio de Janeiro, aliados a colegas de São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Bahia, iniciou a mobilização a partir do

congresso da Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS), que foi realizado em Bogotá, na Colômbia. (ABES, 2016)

A Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental – ABES é uma associação com fins não econômicos que reúne no seu corpo associativo cerca de 10 mil profissionais do setor. A ABES tem como missão ser propulsora de atividades técnico-científicas, político-institucionais e de gestão que contribuam para o desenvolvimento do saneamento ambiental, visando à melhoria da saúde, do meio ambiente e da qualidade de vida das pessoas. (ABES, 2016).

6.3.7 Associação Brasileira das Empresas Estaduais de Saneamento (AESBE)

A Associação Brasileira das Empresas Estaduais de Saneamento – AESBE é uma entidade civil sem fins lucrativos, representativa das Companhias Estaduais de Saneamento Básico. Suas associadas atuam em 4.012 municípios, atendendo cerca de 73,6% da população urbana brasileira em abastecimento de água e 58,2% com esgotamento sanitário (AESBE, 2014).

Fundada em dezembro de 1984, tem sede no Distrito Federal e dentre os seus objetivos destacam-se o de zelar pelo interesse de suas associadas, promover o contínuo aperfeiçoamento técnico mediante o intercâmbio de ideias e experiências, elaborar e divulgar estudos e trabalhos diversos e manter as relações com associação congêneres nacionais e internacionais (AESBE, 2014).

A AESBE atua ainda na defesa da gestão regional para o saneamento por entender que este modelo melhor atende aos interesses nacionais. A gestão regional dos serviços de saneamento possibilita aos municípios menores e de baixa renda o acesso à água e ao esgotamento sanitário com melhor qualidade, a preços módico, através da economia de escala e do subsídio cruzado (AESBE, 2014).

6.3.8 Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento (ASSEMAE)

A Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento – ASSEMAE é uma organização não governamental sem fins lucrativos, criada em 1984. A Entidade busca o fortalecimento e o desenvolvimento da capacidade administrativa, técnica e financeira dos serviços municipais de saneamento responsáveis pelos sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo dos resíduos sólidos e drenagem urbana (ASSEMAE, 2017a).

A ASSEMAE se faz presente nas diversas esferas do Governo Federal, participando do Conselho das Cidades, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Recursos Hídricos, conselhos estaduais de saneamento e comitês de bacias hidrográficas, entre outros, visando a defesa da universalidade do saneamento básico e melhoria da gestão pública (ASSEMAE, 2017a).

No artigo 2º de seu estatuto, o inciso X traz a necessidade de estimular a conservação e a utilização racional dos recursos hídricos naturais, compatibilizando esta utilização com os serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, manejo de resíduos sólidos, drenagem e manejo de águas pluviais (ASSEMAE, 2017b).

Já o inciso XII aborda o incentivo e promoção da criação de sistemas e arranjos institucionais de cooperação intermunicipal e regional, de materiais, equipamentos, serviços e transportes entre os associados, visando à melhoria dos serviços de saneamento (ASSEMAE, 2017b).

6.3.9 Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)

Criada com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva, a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) busca o fortalecimento mútuo das entidades associadas para ampliação do diálogo entre comunidade técnico-científica e serviços de saúde, a sociedade civil, as organizações governamentais e não governamentais (ABRASCO, 2017).

A ABRASCO desenvolve e apoia projetos, seminários, oficinas e realiza o maiores congressos da América Latina na área da Saúde Coletiva, além de participar e seguir presente em espaços de representação social como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e fóruns de Ciência e Tecnologia, mantendo voz ativa na formulação e monitoramento de políticas públicas voltadas para saúde pública, educação e ciência e tecnologia (ABRASCO, 2017).

6.3.10 Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES)

Tendo como missão a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular do direito universal à saúde, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) assim se posiciona desde sua criação em 1976. O CEBES se caracteriza como um espaço suprapartidário, reunindo ativistas, lideranças, pesquisadores, professores, profissionais e estudantes, articulando e participando de frentes e alianças com diversos movimentos sociais, grupos e entidades sociais civis (CEBES, 2017).

Em conjunto com outras entidades parceiras na luta pela saúde, o CEBES forma o movimento da reforma sanitária brasileira, e produz e divulga informações, conhecimentos e análises críticas em saúde, voltados para fortalecer sujeitos instituintes por meio da ampliação do pensamento crítico e da consciência sanitária, elementos essenciais a prática e ação política (CEBES, 2017).

Diante dos conteúdos apresentados, é possível extrair as ideias centrais trazidas no contexto dos argumentos pelos atores e suas organizações e desvelar princípios e regras sob a perspectiva do neoinstitucionalismo. À luz deste referencial teórico, os resultados serão discutidos com uma abordagem voltada para a política, geral e específica em saúde, chegando na análise dos dados documentais encontrados, confrontados com outras referências.

7 PRINCÍPIOS E VALORES SUBJACENTES AO DEBATE

7.1 O CAMINHO PERCORRIDO

A coleta de dados foi realizada presencialmente em Brasília, e virtualmente no site da Câmara dos Deputados, onde o processo de tramitação do Projeto de Lei está descrito, com os documentos gerados nas movimentações do Projeto de Lei (anexos). Além disso, foram identificadas as organizações (partidos políticos, a própria Câmara dos Deputados e suas Comissões, Ministérios da Saúde e das Cidades, além da Associação Brasileira de Odontologia e Conselho Federal de Odontologia), os atores (Deputados participantes da tramitação, tanto da autoria como da discussão e votação do Projeto de Lei), e as ideias invocadas no material recolhido atinente ao processo de debate.

Entre os principais resultados, destacaram-se as motivações pelas quais o Projeto de Lei foi formulado, além das ideias a favor e contra esse Projeto. Determinados atores e organizações ganharam proeminência nesse processo, explicitando sua participação na defesa do Projeto de Lei, bem como na defesa da política pública de fluoretação das águas de abastecimento público.

As alegações e argumentos invocados durante a tramitação na defesa ou recusa de determinadas políticas intersetoriais variam em função das estratégias discursivas utilizadas pelos atores envolvidos. O autor do Projeto de Lei, Deputado Carlos Souza, utiliza-se da argumentação baseada em estudos científicos duvidosos, com diversas falhas metodológicas, realizados por instituições financiadas por corporações com interesses próprios. A defesa feita pelos atores que se contrapõem ao PL baseia-se em estudos científicos fidedignos, que não demonstram conflitos de interesse em sua elaboração e possuem origem e fonte seguras. O Deputado Roberto Gouveia, por exemplo, se apoia em dados científicos apresentados por meio de parecer técnico elaborado por entidades provenientes de diferentes áreas abrangendo desde a saúde pública/coletiva, a odontologia até áreas ligadas à engenharia sanitária e ao setor saneamento. O conteúdo do documento foi elaborado com base em evidências científicas que mostram os benefícios da fluoretação quando bem aplicada e os riscos quando a concentração do flúoreto de ocorrência natural é elevada na água de

abastecimento público. Além disso, deve-se considerar também o acúmulo de poder que cada ator detém no espaço do parlamento, pois o mesmo acabou sendo arquivado enquanto resultado final.

Frente ao conteúdo apresentado, alguns princípios e regras que centraram o debate da política pública intersetorial podem ser destacados, entre os quais, a segurança, os custos econômicos envolvidos e a relação entre a liberdade individual e o direito à saúde, sendo estes explicitados através do neoinstitucionalismo histórico enquanto referencial teórico, possibilitando desvelar o campo de interesses e valores que ancora cada um dos argumentos postos no debate incluindo o contexto conflitivo em que se deu a tramitação.

7.2 O PRINCÍPIO DA SEGURANÇA DA INTERVENÇÃO

Como foi mencionado, intervenções em saúde pública são ações intencionais que visam manter ou alcançar um determinado nível de saúde na população, seja por meio da promoção da saúde ou da prevenção de doenças, seja por meio da oferta de determinados serviços e programas de saúde. De modo geral, estas ações intencionais são instituídas por meio de dispositivos normativos formais que abrangem desde leis mais gerais que regulam um país ou região até normas mais específicas de âmbito local e organizacional.

Assim, no que pese o complexo governamental dispor de autoridade para aplicar ou impedir a aplicação das intervenções em saúde pública e de outras ações que tem efeitos positivos ou negativos sobre a saúde da população, a sociedade incluindo, tanto os interesses comunitários ou de identidade, quanto os interesses de mercado, também jogam papel importante nesse âmbito. Sinteticamente pode-se afirmar que a extensão e o grau de qualquer intervenção em saúde pública é sustentado ao longo do tempo, conforme a força da autoridade social ou cultural e o nível de mobilização das pessoas que aspiram ou que resistem ao dispositivo normativo, ou numa expressão chave, a implementação e a manutenção ou interrupção de tais intervenções depende das relações Estado-sociedade.

As evidências científicas de que as ações constituem prática efetiva e segura, isto é, de que a sua consecução resultará em algo benéfico para toda a população com efeitos adversos mínimos e/ou sob controle, não são suficientes para orientar os debates e as decisões que lhes dizem respeito, estando sujeitas portanto, a diferentes visões e perspectivas que adquirem maior ou menor proeminência na sociedade.

Durante a tramitação do Projeto de Lei 510/2003, o exame dos documentos permitiu identificar os argumentos da defesa e da oposição ao PL, cujo autor Deputado Carlos Souza, alegou que a elevada ingestão do elemento flúor causaria fluorose dentária, com o surgimento de manchas e estrias escuras nos dentes, além de deixá-los porosos e quebradiços. Além disso, associou a ingestão do elemento flúor através do cozimento de alimentos com água fluoretada, aumentando a concentração deste sal na comida. Para ele, a intervenção estaria associada a riscos à saúde humana que deveriam ser evitados. A segurança da intervenção ganha proeminência no debate e opera como um pressuposto importante na manutenção/interrupção da política intersectorial de saúde.

Em defesa da lei da fluoretação (nº 6.050/74), o Deputado Roberto Gouveia argumentou que os avanços na área da saúde bucal, apesar de ser uma área combatida, foram significativos, e que a fluoretação da água ajudaria a avançar, principalmente no combate às cáries, em decorrência da segurança da medida, e dos seus benefícios.

O relator do Projeto de Lei, Deputado Dr. Francisco Gonçalves, traz em seu parecer informações relacionadas à segurança da intervenção, em resposta aos questionamentos feitos pelo autor do PL. O referido relator afirma, com relação aos estudos trazidos para embasar a argumentação do autor do PL, que nem sempre as conclusões de um estudo são verdades incontestáveis, pois deve-se ter critério na análise de cada estudo, e seus desenhos, pois podem existir diversos vieses. A atuação da fluoretação acontece por toda a vida, e não só durante a infância, como se afirma na justificação do PL.

De fato, muitos profissionais ainda hoje, se apoiam em conceito do passado, quando se acreditava que o efeito principal era decorrente da incorporação do fluoreto na estrutura do esmalte dentário durante sua formação. Desde os anos 1980, a efetividade da fluoretação da água passou a ser atribuída à ingestão e à liberação de pequenas quantidades de flúor na cavidade bucal, que agem na superfície dentária

reduzindo a desmineralização e acelerando a remineralização do esmalte. Por isso, para assegurar a proteção da dentição em relação às lesões de cárie, o uso do flúor é importante durante toda a vida, e não apenas na infância (ESPOSTI e FRAZÃO, 2015).

A segurança de determinadas políticas públicas, como a iodação do sal de cozinha, a imunização, ou até mesmo a própria cloração da água de abastecimento, também tem sido objeto de debate enquanto política pública.

Analisando a literatura sobre inoculação de agentes biológicos no organismo humano, BURCHETT et al. (2012) destacam a segurança da intervenção, ao lado de aspectos éticos relacionados a sua aceitabilidade, e aspectos técnicos relacionados às características da vacina, sua eficácia, eficiência e impacto, como uma importante dimensão entre os princípios levantados no debate sobre a prática da imunização. Em termos quantitativos, cerca de metade dos trabalhos analisados consideraram a segurança como princípio. Enquanto houve pouca diferença na proporção entre países de alta renda e de média/baixa renda que focaram na eficácia e eficiência como princípios, quando o foco se refere à segurança da vacina, o interesse foi maior em países de alta renda. Uma minoria de estudos, desenvolvidos principalmente em países de alta renda, mencionou problemas acerca do impacto previsto da vacinação, tanto de forma generalizada como específica, afetando resultados relacionados ou não à saúde (BURCHETT et al. 2012). A educação e o treinamento em vacinação para os provedores e para o pessoal envolvido em sua aplicação seriam aspectos muito relevantes para assegurar menor variação na qualidade e cobertura (TAPIA-CONYER et al. 2013).

Neste debate, as estratégias de saúde pública baseada em evidências, as quais oferecem subsídios teóricos para implementação e manutenção de intervenções seguras em saúde, não estão isentas do questionamento dos interesses privados de conglomerados empresariais, cuja estratégia discursiva é destacar a clivagem entre boa ciência e ciência duvidosa para explorar inúmeras fontes de incerteza e disseminar dúvidas sobre se a intervenção é segura ou insegura.

Somente estudos com metodologias adequadas aos objetos de cada pesquisa têm capacidade para confirmar ou refutar teorias, fazer avançar o conhecimento acumulado e contribuir para a formulação e implementação de políticas públicas. A segurança das

intervenções propostas e utilizadas atualmente na saúde pública devem ter por base estudos científicos bem delineados com poder para comprovar ou refutar a eficácia, a eficiência e a efetividade destas ações.

HOPPIN e CLAPP (2005) refletem em seu artigo sobre a forma como evidências e achados científicos das práticas cotidianas, incluindo-se na área da saúde, são postos em dúvida por grandes corporações, refletindo na elaboração, execução e manutenção de políticas públicas.

“A ciência é tanto um peão como uma arma. (...) Além disso, um conjunto de casos em que organizações financiadas pela indústria desafiaram evidências robustas que demonstravam ligações entre exposição e doença em humanos foram documentados.” (HOPPIN e CLAPP, 2005, p. S8).

Os conceitos de boa ciência e ciência duvidosa também são invocados por aqueles que são a favor e por aqueles que são contra a fluoretação da água de abastecimento público enquanto uma política pública.

A ciência não prova uma negativa, não sendo possível desenvolver um experimento que prova que nenhum mal irá acontecer na ingestão do fluoreto. Mas a testagem dos resultados experimentais contra a hipótese nula pode ser feita, e através de um nível de significância estatística estabelecido, aceita-se ou rejeita-se uma hipótese. E na tentativa de justificar os malefícios do uso do fluoreto, grupos que são contra a fluoretação da água de abastecimento público utilizam-se de variações experimentais ou epidemiológicas insignificantes. O enfoque desproporcional com que interpretam os resultados demonstra a falta de entendimento do método científico (LEHR e FREEZE, 2009).

Publicações relacionadas à ciência duvidosa parecem idênticas às publicações da boa ciência com títulos e jargões científicos usuais, resumos similares aos artigos publicados em outros periódicos, e o conteúdo refletindo o modo de escrita científica também usual. Definida como a imagem espelhada da ciência, com a mesma forma, mas nada da mesma substância, a ciência duvidosa apresenta dados enviesados, inferências espúrias, pensamentos fantasiosos e truques lógicos, sendo desenvolvida com objetivos políticos para obtenção de inferências que serão utilizadas em benefício próprio. (LEHR e FREEZE, 2009).

Em decorrência da exploração da incerteza científica por interesses privados, levando a critérios inapropriados na avaliação da qualidade das evidências, criam-se condições para atrasar a formulação e implementação de marcos regulatórios favoráveis à saúde da população (HOPPIN e CLAPP, 2005).

LEHR e FREEZE (2009) expuseram casos judiciais onde grupos antifuoracionistas tinham a intenção de interromper a fluoretação em alguns estados norte americanos, utilizando-se do argumento de que possuíam evidências científicas suficientes para tal intento. Em alguns casos, os juízes de primeira instância negaram tais pedidos, justificando que seria de conhecimento comum que a fluoretação é benéfica para prevenir cáries dentárias, além de que a fluoretação compulsória é algo constitucional, inclinando-se ao esmagador peso da opinião científica de que a fluoretação é um meio seguro e efetivo na redução de cáries dentárias.

Sumarizando, interesses não explícitos podem manipular a ciência, criar falsas categorias (boa ciência e ciência duvidosa), distorcer o significado dos resultados, utilizando-a para fundamentar decisões que afetam a vida de toda a população que depende de ações em saúde, como os casos antes citados. A segurança na intervenção tem se constituído enquanto marco regulador, aceito universalmente como tal, impondo restrições em diferentes campos da vida social.

Entende-se que efeitos indesejáveis são consequências de qualquer política pública. Uma das estratégias discursivas utilizadas por determinados agentes econômicos é a sobrevalorização de aspectos e efeitos desfavoráveis de uma política intersetorial, para favorecer a instituição de medidas individualizantes, que possam ser transformadas em mercadoria.

Portanto, deve-se ter atenção aos dados e informações utilizadas e qual impacto a interrupção de determinada política de saúde pode gerar na população ou na parcela que dela mais se beneficia.

7.3 SOBRE OS CUSTOS ECONÔMICOS

Durante a tramitação, outro princípio que é trazido pelo autor da proposição contrária à fluoretação é que esta ação de saúde seria economicamente inviável,

trazendo um ônus ao poder público que poderia ser direcionado a outras ações. Defende ainda que as ações preventivas usando fluoreto devem ser de cunho individual e clínico, ou seja, todos os indivíduos devem, em consulta odontológica, ter acesso a aplicações tópicas de flúor e procedimentos concernentes a orientação de higiene oral.

“Além dos riscos que a ingestão excessiva de flúor acarreta à saúde das pessoas, a fluoretação da água utilizada para abastecimento público é economicamente injustificável, pois apenas uma pequena parcela dela é ingerida. (...) É muito mais razoável e racional, sob todos os pontos de vista, que a administração do flúor como preventivo da cárie dentária seja feita de forma controlada, por profissionais habilitados, nas épocas certas, na forma e na quantidade cientificamente recomendadas.” (BRASIL, 2003a, p. 17651)

Contrariamente ao autor do PL, outros atores políticos trazem à baila argumentos justificando que o investimento público nessa política de saúde bucal é viável e representa uma economia nos gastos das famílias com tratamento dentário. Em parecer conjunto, Ministério da Saúde e Ministério das Cidades, com diversas entidades da Odontologia, Saúde Pública e Saneamento Básico como signatárias deste documento, fazem réplica a cada um dos pontos levantados pelo autor do PL. Sobre o custo econômico, explicam:

“Uma das principais características dessa medida preventiva é justamente sua comprovada superioridade em relação a outros métodos de prevenção da cárie dentária. Não há qualquer dúvida: a fluoretação das águas de abastecimento público apresenta o melhor custo-efetividade e o melhor custo-benefício. (...) uma pessoa beneficiada pela fluoretação da água ao longo de toda sua vida custa o equivalente a uma restauração dentária. (...) No Brasil a fluoretação custa, por ano, por indivíduo, o equivalente a um copo de água mineral. Uma das razões que justificam plenamente a adoção da fluoretação das águas é que, além de ser economicamente justificável, a medida beneficia mais aos que mais necessitam dela, pois seu impacto preventivo é maior exatamente nos segmentos populacionais de piores condições socioeconômicas.” (BRASIL, 2003g, p. 14-15)

Em seu parecer, o relator da tramitação do Projeto de Lei na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), Deputado Dr. Francisco Gonçalves, expõe:

“Quanto à questão que o Autor levanta, a respeito do desperdício de recursos com o uso de água para higiene, informa o Ministério da Saúde que ‘no Brasil, a fluoretação custa, por ano, por indivíduo, o equivalente a um copo de água mineral’. Assim, este argumento também não subsiste.” (BRASIL, 2003e, p. 55802)

Corroborando com os argumentos que concordam com a viabilidade econômica desta ação, FRIAS et al. (2006) estudaram o custo econômico da política pública na cidade de São Paulo, no período de 1985 a 2003, levando em consideração o capital inicial de instalação, o custo dos produtos químicos, o custo de operacionalização do sistema e o custo do controle dos teores de flúor. Os autores concluíram que o custo econômico para implantação da fluoretação foi equivalente a R\$1,44 por habitante, algo distante do valor de uma restauração dentária mais simples, e para sua manutenção, um custo de US\$0,03 por habitante por ano neste mesmo período. Utilizando-se dos dados da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná no ano de 2000, os custos da fluoretação para as cidades paranaenses foi estimado em R\$0,15 por pessoa por ano, e R\$0,75 por pessoa por ano. Ainda, para o estado do Rio Grande do Sul, orçou-se o custo da fluoretação em US\$0,09 por habitante por ano, e para o Brasil, US\$0,06 por habitante por ano (FRIAS et al., 2006).

Subjacente ao argumento da proposição contrária à fluoretação está a ideia de transformar um bem semipúblico, como a água de abastecimento fluoretada, que propicia acesso ao fluoreto a todas as famílias que fazem uso da rede de tratamento, em um bem cujo acesso dependeria de consultas odontológicas.

A questão econômica não é invocada somente para a fluoretação, mas também para outras políticas públicas. A imunização, o enriquecimento de alimentos com vitamina A, a iodação do sal de cozinha são políticas públicas que também necessitam de um planejamento econômico para serem implementadas e devidamente sustentadas contra possíveis percalços advindos de mudanças no mercado interno ou externo, e problemas com as fontes de financiamento entre outros imprevistos de caráter econômico.

Comparando nove diferentes estudos, BURCHETT et al. (2012) revelaram que problemas econômicos e de financiamento são aspectos que precisam ser considerados no planejamento de um programa de imunização, incluindo a avaliação do custo-efetividade no processo de seleção da vacina a ser incluída a fim de assegurar a regularidade das fontes de financiamento e sua sustentação financeira. Ao relacionar os custos econômicos e a renda média do país pesquisado, observou-se que países com

renda média/baixa trazem para o debate uma maior variedade de aspectos econômicos, tais como sustentação financeira, fontes de financiamento, viabilidade e preço da vacina e custos do programa de vacinação. Altos custos, baixa relação de custo-efetividade e falta de financiamento disponível foram dados como motivos para a não introdução de novas vacinas (BURCHETT et al., 2012).

Alguns pontos tem sido discutidos para a inserção de novas vacinas nos programas nacionais de imunização, ou aprimoramento do programa em si, desde parcerias entre o poder público e a iniciativa privada (redução de impostos na produção, distribuição e armazenamento das vacinas, incentivo direto do estado ao produtor, ações intersetoriais entre pastas da gestão vigente etc), treinamento, atualização e aprimoramento dos recursos humanos que irão lidar com a política de saúde, disseminação da importância de tal procedimento enquanto informação.

A falta de mecanismos apropriados de financiamento atrasa a introdução de novas vacinas e o mecanismo primário de financiamento, advindo da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), enquanto uma estrutura rígida e limitada de financiamento, atrasa a introdução de novas vacinas em uma década quando comparados países latino-americanos com países europeus e Estados Unidos (TAPIA-CONYER et al., 2013).

A fortificação de alimentos mostrou-se uma forma efetiva e de baixo custo no aumento de fontes de micronutrientes e na redução de deficiências relacionadas a eles. Ou seja, óleos vegetais mostraram-se um veículo ideal para fortificação de vitamina A, além de ser estimada em torno de US\$2,00 por tonelada cúbica de óleo ou US\$0,012 por pessoa por ano (JALLIER et al., 2013), reduzindo possíveis barreiras de financiamento para implementação e manutenção desta política pública.

Tem sido colocado no debate que o preço da pré-mistura fortificadora de vitamina A pode ser significativamente menor em pedidos envolvendo grandes lotes comparado a solicitações pequenas ou individuais. Acordos de longo prazo entre produtor-consumidor podem gerar estabilidade no preço por longos períodos de tempo, beneficiando o produtor privado da pré-mistura fortificadora, que pode oferecer preços mais competitivos na hipótese de uma negociação em nível global. Assim, uma abordagem coordenada no fornecimento padrão de vitamina A ajudaria a atingir uma

relação custo-efetiva favorável para todos os envolvidos no processo de fortificação. Haveria necessidade de mais cooperação dentro da comunidade desenvolvedora para equiparar melhores preços de acordo com o aumento da demanda, podendo este método ser replicado na fortificação de outros veículos com micronutrientes padrão, tal como o iodeto na iodação do sal de cozinha (JALLIER et al., 2013).

Quando se trata de estratégias para garantir a ingestão de iodeto em níveis seguros e adequados para o controle da deficiência de iodo, a iodação do sal de cozinha revela-se uma ação simples, efetiva e barata, onde o acesso ao sal adequadamente iodado tem sido utilizado como um indicador do status de iodação populacional (PEARCE et al., 2013).

Aproximadamente 70% das famílias em países de baixa renda têm acesso ao sal iodado, e os custos anuais da iodação do sal são estimados entre US\$0,02 e US\$0,05 por criança, apenas (PEARCE et al., 2013).

PEARCE et al. (2013) ainda expõem que, mesmo havendo um avanço nos números de lares que consomem o sal iodado no mundo, desafios técnicos de alcançar os pequenos produtores de sal, baixa qualidade no controle da iodação do sal, baixo interesse governamental e dificuldades em aplicar legislações próprias para a iodação são caracterizados como limitadores do progresso da iodação na última década.

Corroborando com o argumento de FRIAS et al. (2006), PEARCE et al. (2013) não deixam de afirmar que o fator econômico está presente, mas que não limita a implantação, manutenção e mesmo a ampliação da política pública de saúde.

À luz da fluoretação da água de abastecimento público, LEHR e FREEZE (2008) traduzem o fator econômico enquanto decisões de custo-benefício, quando não envolvem riscos à vida ou à saúde, e risco-custo-benefício quando este fator emerge.

A fluoretação carrega consigo o benefício da prevenção de novas cáries, combinado ao ônus do surgimento de dentes com algum grau de fluorose dentária, o que tanto pode levar a diminuição de custos com procedimentos clínicos curativos para cáries como também pode levar uma nova modalidade de tratamento relacionada à estética da dentição que pode surgir com essa política pública (LEHR e FREEZE, 2008).

A American Dental Association (ADA), em cálculos representativos de valores da fluoretação, estimou que o custo da fluoretação é US\$0,50 por pessoa por ano para o Estados Unidos. Mas também identificou que existe uma grande diferença entre as municipalidades, indo desde US\$0,12 a US\$5,41 dependendo do porte demográfico (LEHR e FREEZE, 2008)

Sobre grupos pró e contra a fluoretação, o interesse que move cada um aflora a discussão acirrada sobre manter ou interromper esta tecnologia, utilizando-se da associação do custo econômico ao risco para saúde. Cada grupo tem uma percepção própria sobre a medida de saúde pública, mas razoavelmente falando, há de se considerar a existência de um risco mínimo, que mesmo sendo pequeno, merece alguma medida de atenção (LEHR e FREEZE, 2008).

As consequências ligadas às ações de saúde são a redução de prevalência da doença e da perda dentária associada, enquanto que consequências não ligadas à saúde incluem benefícios econômicos, como a redução de custos assistenciais e de ações de atenção em níveis individual e do sistema de saúde respectivamente, e benefícios sociais, como a melhoria na qualidade de vida (BURCHETT et al., 2012).

Diante do significado assumido no debate, os custos econômicos e a segurança das políticas intersetoriais podem ser considerados princípios utilizados para regular a aplicação de restrições ou permissões na sociedade. Nesse sentido, operariam como instituições conforme aceção atribuída por NORTH (1991), num mesmo patamar que o direito à saúde, aspecto abordado a seguir.

7.4 DIREITO À SAÚDE E SUA ABRANGÊNCIA

O direito à saúde é um tema de ampla discussão, que transcende a dimensão da segurança e do custo econômico da política pública intersetorial.

Partindo do texto da proposição do Deputado Carlos Souza, o direito à saúde emerge como direito de acesso a serviços odontológicos para aplicações de flúor de forma controlada em nível ambulatorial:

“É muito mais razoável e racional, sob todos os pontos de vista, que a administração do flúor como preventivo da cárie dentária seja feita de forma

controlada, por profissionais habilitados, nas épocas certas, na forma e na quantidade cientificamente recomendadas.” (BRASIL, 2003a, p. 17652).

Os opositores a este Projeto de Lei (PL) trazem os conceitos da necessidade da manutenção e ampliação desta política de saúde, como demonstra a exposição do Deputado Roberto Gouveia:

“(…) essa lei vem prestando relevantes serviços à saúde pública, particularmente à saúde bucal, e todos nós defendemos a sua manutenção. (...) Precisamos garantir o direito à saúde, particularmente nessa área, que vem se desenvolvendo mais recentemente, junto ao processo de saúde pública.” (BRASIL, 2003d, p. 38673).

Na Comissão de Seguridade Social e da Família (CSSF), o Deputado Dr. Francisco Gonçalves conceitua que:

“A fluoretação da água é considerada uma das dez maiores conquistas da saúde pública, principalmente por seu caráter democrático, uma vez que abrange uniformemente a população, seja de qualquer nível social. Em alguns episódios em que a adição do flúor foi interrompida, observou-se um enorme aumento das cáries na população.” (BRASIL, 2003e, p. 55801).

De acordo com o art. 196, da Constituição de 1988:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O significado do direito à saúde trazido pelo texto do PL restringe-se ao acesso à assistência odontológica por meio do tratamento preventivo em nível ambulatorial. Os defensores da fluoretação, por outro lado, trazem a amplitude da discussão do direito à saúde, expondo a abrangência da ação de saúde pública e suas consequências, como por exemplo, a diminuição da necessidade de assistência ambulatorial.

Analisando a luz da Constituição, o Projeto de Lei expressa uma ideia inconstitucional, pois se a fluoretação é traduzida enquanto garantia do direito à saúde, a interrupção desta política pública aumenta o risco de cárie dental e outros agravos, além de restringir o acesso às ações e serviços apenas assistenciais odontológicos, que ainda

necessita de ampliação dos recursos humanos e infraestrutura, e que também não se limita a essas ações, prejudicando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Políticas públicas podem ser entendidas como intervenções estatais, isto é, “o Estado em ação”, implantando, através de um projeto de governo, programas e ações voltados para setores específicos da sociedade, e políticas sociais podem ser conceituadas como “ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico” (HÖFLING, 2001, p. 31).

A elaboração das políticas públicas acontece, normalmente, a partir de um problema ou demanda que determinado setor social ou que toda a sociedade na tentativa de solucionar ou amenizar tal complicação (MARQUES, 2013).

Deve-se entender que, mesmo que determinada política de saúde seja voltada para uma parcela da população, esta não exclui outros grupos sociais de usufruírem dela. É o caso de medidas de saúde como a iodação do sal de cozinha, a fluoretação da água de abastecimento público, a fortificação alimentar com vitamina A, dentre outras ações que perpassam uma única classe ou estrato social, atingindo toda a população que dessas medidas tiverem acesso.

Analizando o direito à saúde numa perspectiva relacionada ao Projeto de Lei e sua tramitação, fatores diversos influenciaram tanto na sua elaboração, quanto no processo de tramitação que o arquivou.

A orientação do partido ao qual o autor era vinculado emerge como um dado a ser observado. O manifesto do extinto Partido Liberal (P.L.) defendia o fortalecimento da empresa privada, o reconhecimento ao direito à propriedade, definindo-se como seguidor da doutrina liberal, dado o nome do partido (PARTIDO LIBERAL, 2015).

Em discurso proferido sobre a reestatização do porto de Manaus, o Deputado Carlos Souza mostrou-se contrário a tal medida, exemplificando que outros serviços, como telefonia móvel e o setor prisional, democratizaram o acesso e melhoraram o serviço prestado, respectivamente. Também, mesmo não sendo adepto incondicional das privatizações (sic), estas são benéficas da mesma forma para os portos brasileiros (BRASIL, 2003a).

Os interesses podem ser representados e explícitos através dos Projetos de Lei que são apresentados no Congresso Nacional e na sua tramitação. SANTOS (2014) exemplifica o caso dos industriais enquanto atores políticos na mudança do cenário econômico e político brasileiros, a partir dos anos 1990, atuando politicamente em interação com o Poder Executivo. O esforço deles através da Confederação Nacional da Indústria (CNI), deu-se no sentido de aprovar uma agenda legislativa no Congresso Nacional voltada para o setor (SANTOS, 2014).

O mesmo autor complementa ainda que o lobby exercido pela indústria para a aprovação de uma agenda legislativa que a beneficiasse importa juntamente a ideologia, o contexto do legislador e a orientação do líder partidário ditou o comportamento do parlamentar no momento das decisões relacionadas a indústria (SANTOS, 2014).

Os interesses implícitos nos processos de tramitação legislativa são fruto da influência de determinado ator, seja ele o representante político, o partido vinculado, grupo ou grupos de interesses que compõem. Desses grupos de interesses, deriva-se o objetivo de influenciar individualmente os atores políticos, mas o resultado final é o objetivo mais importante (SANTOS, 2014).

Em parecer conjunto, entidades de classe odontológica, de saneamento básico e de saúde pública, o Ministério da Saúde e o Ministério das Cidades, rechaçam pontos da justificção. Em audiência com o autor da proposição, no dia 15 de junho de 2003, foi-lhe entregue uma cópia deste documento, em notícia publicada pelo Jornal da Associação Brasileira de Odontologia (ABO) Nacional, o Deputado comentou que ele não tinha “interesse em radicalizar, mas, sim, suscitar a discussão sobre a fluoretação ou não da água, sobre os benefícios e malefícios”. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA de ODONTOLOGIA, 2003).

Entretanto, em discurso proferido posteriormente, publicado no Diário Oficial da Câmara em 15 de agosto de 2003, o Deputado Carlos Souza evoca as entidades de classe odontológica para o debate, afirmando que as mesmas estariam fazendo lobby contra seu Projeto de Lei:

“Aproveito a oportunidade para convidar a ABO e as entidades que estão fazendo lobby contra mim para participarem de audiências públicas. a fim de debatermos assunto de vital importância para a saúde do povo brasileiro.” (BRASIL, 2003d, p. 38675-38676).

HÖFLING (2001) utiliza o conflito do marxismo, defendido por Claus Offe, e do liberalismo, defendido por Adam Smith, para explicitar o conflito de interesses entre o Estado e os agentes econômicos privados.

Expondo as influências que podem definir a tramitação de uma proposição, grandes corporações são responsáveis pela pressão externa, que fazem os interesses destas serem os propulsores na elaboração e discussão de Projetos de Lei. HOPPIN e CLAPP (2005) destacaram a influência de variados setores, econômico-financeiro, social e político, na produção científica-tecnológica, por meio de financiamentos dirigidos para determinados tipos de objetos de pesquisa, voltada a impulsionar a tomada de decisão a respeito de determinada política ou medida pública.

Nesse interim, discute-se também a função do poder judiciário enquanto ente de arbitragem desses conflitos. A formação de estruturas e regras que ofereçam meios de regulação das políticas públicas depende de evidências científicas, que podem atender aos interesses da maioria ou de um conglomerado empresarial. Como foi mencionado, uma das estratégias daqueles que se opõem à regulação, é o uso por interesses privados da incerteza científica e da promoção de critérios inapropriados de qualidade da evidência visando a interrupção ou o atraso na implementação dessas políticas públicas (HOPPIN e CLAPP, 2005).

A regulação passa a ser o ponto central entre o direito individual e o direito coletivo, além de ser uma forma de controle do Estado. Prega-se que a escolha deva ser entre os extremos, o Estado mínimo ou um Estado intervencionista, onde este exerce a regulação de forma vigorosa, enquanto que o Estado mínimo, representado por fortes interesses corporativos, se opõe a qualquer tipo de regulação imposta pelo Estado (CHOKSHI e STINE, 2013).

Em 2000, o Departamento de Serviços Humanos e da Saúde (DHHS) publicou o documento *Healthy People 2010*, onde até 2010 um dos principais objetivos seria a cobertura de água fluoretada para 75% da população. Outros meios de acesso ao fluoreto, como suplementação dietética de fluoreto, não foram promovidos ativamente por agências governamentais por emergir problemas de efetividade e acesso. Em

contraste, o acesso a água fluoretada resulta da combinação dos princípios de alcance, conveniência, baixo custo produtivo e inclusão populacional (MENDONZA, 2011).

MENDONZA (2011) qualifica a fluoretação da água de abastecimento como um bem público, pois os custos de provimento para um consumidor adicional é praticamente zero, sem custos adicionais para novas moradias abastecidas. Também, nenhum indivíduo é excluído do seu consumo, onde alguns consumidores podem consumir sem pagar este bem, ao contrário de bens privativos, como um carro, que é pago por um único consumidor, excluindo outros de usufruírem dele.

O direito à saúde é influenciado pelos atores, ideias e instituições. De acordo com o neoinstitucionalismo histórico, esses fatores modelam as preferências dos decisores (SOUZA, 2006). O contexto histórico em que o PL foi proposto e tramitou e suas ideias e atores, bem como as articulações políticas e de entidades representativas da sociedade civil no processo da tramitação, tiveram sua influência nas decisões que levaram ao arquivamento do Projeto de Lei.

Existe uma visão comum de que o processo decisório sobre as políticas públicas resulta apenas das negociações entre indivíduos que perseguem seus interesses. Mas considera-se não somente os interesses individuais enquanto mobilizador da escolha política, mas também processos institucionais de socialização, novas ideias e processos históricos de cada país (SOUZA, 2006).

Relacionando-se a decisão tomada com os aspectos valorizados pelo neoinstitucionalismo histórico, as ideias e relações definidas por uma economia capitalista, que modela as visões sobre bens públicos e bens privados, resulta em uma escolha de extremos. A interferência governamental nas preferências do consumidor e padrões de consumo podem não ser justificadas, mas por outro lado, se houver uma maior inclusão no consumo de bens, preocupa-se se o Estado tenha poderes irrestritos (MENDOZA, 2011).

Ao relacionar os custos econômicos com o direito de acesso a ações de saúde como a fluoretação, os benefícios da vantagem para o bem estar social ultrapassam os benefícios privados, mas seus custos podem ser altos para certas populações e precisam ser considerados pelos legisladores. Além das questões políticas, as questões jurídico-legais afetam a tomada de decisão dos legisladores e também o apoio social para a

instituição ou interrupção de determinada política. De acordo com o contexto analisado pelo autor, o debate pode assumir uma forma bipolar, tratando a fluoretação da água de abastecimento ora como uma vantagem reconhecida pela sua força enquanto medida preventiva de saúde, ora como uma desvantagem alegando-se que seria um poluente tóxico para o corpo humano e ecossistema (MENDONZA, 2011).

Mesmo casos judiciais nos quais vitórias em primeira instância contra a política pública deram grande visibilidade e possibilidade de valorização dos grupos antifuoracionistas frente às associações e organizações a favor da fluoretação da água de abastecimento público, tiveram seus processos negados em instância superior de cortes estadunidenses (LEHR e FREEZE, 2008).

Analisando a disputa nos Estados Unidos, onde mais de 70% da população é beneficiada pela política pública, MENDONZA (2011) comenta que os processos judiciais nas cortes americanas de apelação para a interrupção dessa medida têm sido negados, por várias razões, entre as quais por se justificar que os estatutos para a instituição da fluoretação são exercícios válidos do poder de polícia estatal, além de que direitos privativos não são absolutos e devem ser modulados em nome de objetivos coletivos legitimamente adquiridos e relacionados aos meios de aplicação da lei (MENDONZA, 2011).

No presente estudo, uma das estratégias discursivas utilizadas na defesa da interrupção da política intersetorial foi o princípio da liberdade individual. Entretanto, subjacente a essa defesa, desvelam-se políticas de liberalização econômica que favorecem a acumulação de riquezas e a concentração da apropriação de bens cujo efeito é o aprofundamento da desigualdade social.

Por fim, entende-se que a fluoretação não viola direitos individuais de escolha, por se tratar de um elemento que naturalmente está presente na água dos mananciais, e que ao ser captada e tratada, tem seu teor ajustado para a concentração considerada ótima na prevenção da cárie dentária. Como foi mencionado, valores concernentes ao direito coletivo, impulsionam a aprovação de normas em favor dos segmentos sociais mais numerosos, excluídos e de piores condições socioeconômicas. A fluoretação da água de abastecimento público por se constituir em uma medida de saúde pública

segura, barata, efetiva e abrangente traduz a expressão coletiva associada ao exercício do direito à saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa proporcionou uma análise criteriosa dos caminhos percorridos por um projeto de lei relativo a uma política intersetorial de saúde, caracterizando atores, ideias e instituições, implicados no contexto de sua tramitação levando em consideração as intenções e os valores subjacentes à proposição.

O caminho percorrido pelo PL dentro da Câmara dos Deputados também foi recuperado, revelando os aspectos dependentes das instituições para o seguimento da tramitação, e consequente tomada de decisão acerca de uma política pública.

O momento histórico da mudança de governo e da composição da Câmara dos Deputados, alinhado com as representações mais a esquerda, além das ideias liberais do partido ao qual o autor era filiado, foram expostos identificando os valores que permearam a discussão desde o plenário da Câmara dos Deputados até as Comissões onde o PL tramitou.

Utilizando-se o neoinstitucionalismo histórico, os princípios e regras que emergiram da discussão do Projeto de Lei foram relacionados com as ideias, atores e instituições presentes no processo democrático de debate da proposição. Partiu-se da premissa de que atores envolvidos podem moldar suas escolhas a partir de valores instituídos que direcionam o caminho a ser seguido na tomada de decisão de uma determinada política pública. Em diversos países, e também no Brasil, existem instituições políticas, econômicas e sociais, que exercem importante impacto na modelação de restrições e de oportunidades que vão se manifestar no debate das políticas públicas.

Os princípios e regras invocados durante a tramitação do Projeto de Lei 510/2003 foram desvelados destacando-se os princípios da segurança na intervenção, dos custos econômicos e do direito à saúde. A principal contribuição do presente estudo foi mostrar as estratégias discursivas utilizadas na defesa da interrupção de uma importante política intersetorial.

Em relação à segurança da intervenção, uma das estratégias utilizadas foi a exploração das fontes de incerteza e a disseminação de dúvidas criando-se falsas

categorias a fim de sobrevalorizar os efeitos desfavoráveis e sustentar a implementação de medidas individualizantes. Do ponto de vista econômico, essas medidas teriam o seu custo definido conforme a necessidade de cada indivíduo, portanto aparentemente sem ônus para o Estado ou a sociedade, no contexto de um mercado de prestação de serviços. Por detrás dessa noção, identificou-se a ideia de transformar o acesso ao fluoreto, propiciado por um bem semipúblico (água de abastecimento), em um bem de consumo, cujo acesso dependeria da consulta odontológica. Com isso, o acesso estaria condicionado ao poder de compra de cada um, ou seja, sua capacidade de acesso aos bens de consumo num ambiente de negócios. Desse modo, subjacente à defesa da liberdade individual, estaria a negação da saúde enquanto uma esfera para o exercício de direitos e a promoção de políticas de liberalização econômica que favoreceriam a acumulação de riquezas e a concentração da apropriação de bens cujo efeito é o aprofundamento da desigualdade social.

Na defesa da política intersetorial, foram trazidos para o debate, as evidências científicas mais recentes relativas à segurança da medida, as informações sobre os custos em relação aos potenciais benefícios, e a noção de que o direito à saúde não se restringe a ações curativas ambulatoriais, abrange também as ações de atenção à saúde. Políticas intersetoriais de saúde, a exemplo da fluoretação, expressam valores concernentes ao direito coletivo. A defesa dessas medidas de saúde pública impulsionaria a aprovação de normas em favor dos segmentos sociais mais numerosos, excluídos e de piores condições socioeconômicas. A fluoretação da água de abastecimento público não viola direitos individuais de escolha, por se tratar de um elemento que naturalmente está presente na água dos mananciais. Ao ser captada e tratada, tem seu teor ajustado para a concentração considerada ótima na prevenção da cárie dentária em níveis inferiores ao valor máximo permitido do ponto de vista da sua potabilidade. Por se constituir em uma medida de saúde pública segura, barata, efetiva e abrangente traduz a expressão coletiva associada ao exercício do direito à saúde no qual o Estado possui papel relevante na etapa decisória, não sendo portanto um ator neutro.

A formulação de políticas públicas de saúde é embasada em estudos científicos e seus resultados representam apenas uma dimensão dentro da disputa de interesses que se ergue envolvendo a questão. Os princípios que permearam essa discussão, como a segurança da intervenção, os custos econômicos e o direito à saúde, atingem não

somente a fluoretação enquanto política pública, porém qualquer política intersetorial, sendo válida a reflexão para outras políticas públicas interssetoriais, sejam estas de iniciativa do setor saúde, como por exemplo a iodação do sal de cozinha, os programas de imunização a fortificação de alimentos com vitamina A, ou de outros setores de ação, como a cloração da água de abastecimento público e o saneamento básico.

Diante dos resultados obtidos, alguns caminhos se abrem para posterior pesquisa no campo da análise de políticas públicas, visto que a fluoretação envolve debates desde a adição controlada de fluoreto no sal de cozinha, algo que pode mascarar a falta de investimento em saneamento básico e no tratamento da água distribuída para a população, passando por questões de âmbito político, econômico, cultural que se desdobram em interesses de diferente natureza, conforme cada momento histórico.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ABES: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL. Rio de Janeiro, c2016. Disponível em: <https://abes-dn.org.br/?page_id=730>. Acesso em: 14 fev. 2017. Sobre a história da Associação.
- 2 ABRANCHES, S. H. H. de. Presidencialismo de Coalizão: o dilema institucional brasileiro. DADOS – Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, IUPERJ, vol. 31, n. 01, 1988.
- 3 ABRASCO: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>>. Acesso em: 14 fev. 2017. Histórico da ABRASCO.
- 4 AESBE: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS ESTADUAIS DE SANEAMENTO. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.aesbe.org.br/conteudo/2>>. Acesso em: 14 fev. 2017. Sobre a história da Associação.
- 5 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.abo.org.br/site/quem-somos/>>. Acesso em: 14 fev. 2017. Sobre a Associação.
- 6 AL-BLOUSHI, N. S. et al. High resolution mapping of reticulated water fluoride in Western Australia: opportunities to improve oral health. **Australian Dental Journal**, v. 57, p. 504-510, 2012.
- 7 AKERMAN, M. et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.
- 8 ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas públicas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010.
- 9 ASSEMAE: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SANEAMENTO. Brasília, c2017a. Disponível em: <<http://www.assemae.org.br/institucional/quem-somos>>. Acesso em: 14 fev. 2017. Sobre a Associação.
- 10 AUSTRALIA. New South Wales Health. **Water Flouridation Question and Answers**. New South Wales Government, Supplement 1, p. 1-21, 2013.
- 11 BAILEY, W. Flouridation Law. Centers for Disease Control and Prevention, 2009.

- 12 BASTOS R. S. et al. Trends in dental caries prevalence in 12-year-old schoolchildren between 1876 and 2001 in Bauru, Brazil. **Journal of the Royal Institute of Public Health**, Londres, Inglaterra, v. 119, n. 4, p. 269-275, 2005.
- 13 BLEICHER, L.; FROTA, F. H. S. Fluoretação da água: uma questão política - o caso do estado do Ceará. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 71-78, 2006.
- 14 BONAVIDES, P. O Direito Constitucional da Democracia Participativa: Um Direito de Luta e Resistência. In:_____. Teoria Constitucional da Democracia Participativa. Por um Direito Constitucional de luta e resistência. Por uma Nova Hermenêutica. Por uma repolitização da legitimidade. São Paulo: Malheiros Editores, p. 25-49, 2001.
- 15 BRASIL. Poder Executivo. Lei 1.920, de 25 de julho de 1953. Site do Planalto, 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: 14 fev. 2017.
- 16 _____. Poder Executivo. **Lei 4.324, de 14 de abril de 1964**. Site do Planalto, Brasília, 1964. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L4324.htm>. Acesso em 14 fev. 2017.
- 17 _____. Poder Executivo. **Lei 6.050, de 24 de maio de 1974**. Site da Câmara dos Deputados, Brasília, 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6050-24-maio-1974-357391-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 18 set. 2015.
- 18 _____. Poder Executivo. **Decreto 76.872, de 22 de dezembro de 1975**. Site do Planalto, 1975. Regulamenta a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos e abastecimento. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/D76872.htm>. Acesso em: 18 set. 2015.
- 19 _____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Artigos 196 a 200. Senado Federal, Brasília: DF. 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm> Acesso em: 14 fev 2017.
- 20 _____. Poder Executivo. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Site do Planalto, 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras

providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 14 fev 2017.

- 21 _____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, ano 58, n. 55, p. 17612-17692, 2003a. Disponível em:
<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD01MAI2003.pdf#page=>. Acesso em 14 fev. 2017. Discurso do Deputado Carlos Souza de apresentação do Projeto de Lei 510/2003.
- 22 _____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, ano 58, n. 126, p. 10203-10204, 2003b. Disponível em:
<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD12AGO2003.pdf#page=>. Acesso em 14 fev. 2017. Discurso do Deputado Carlos Souza.
- 23 _____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, ano 58, n. 126, p. 37568-37846, 2003c. Disponível em:
<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD12AGO2003.pdf#page=>. Acesso em 14 fev. 2017. Discurso do Deputado Carlos Souza.
- 24 _____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, ano 58, n. 128, p. 38218-38634, 2003d. Disponível em:
<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD14AGO2003.pdf#page=>. Acesso em 14 fev. 2017. Discursos dos Deputados Carlos Souza e Roberto Gouveia.
- 25 _____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, ano 58, n. 175, p. 55596-55868, 2003e. Disponível em:
<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD18OUT2003.pdf#page=>. Acesso em 14 fev. 2017. Discurso do Deputado Dr. Francisco Gonçalves.
- 26 _____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, ano 58, n. 206, p. 65704-66146, 2003f. Disponível em:
<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD03DEZ2003.pdf#page=>. Acesso em 14 fev. 2017. Decisão da Comissão de Minas e Energia (CME) através do parecer do Deputado Eduardo Sciarra.
- 27 _____. Poder Executivo. Ministério da Saúde, Ministério das Cidades. **Projeto de Lei 510/2003: Parecer**, Brasília, p. 2-16, 2003g. Disponível em:
http://www.cecol.fsp.usp.br/dcms/fck/file/PL510_Parecer.PDF. Acesso em 14 fev. 2017.
- 28 _____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, ano 58, n. 190, p. 48405-48406, 2004a. Disponível em:
<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD11NOV2004.pdf#page=> Acesso em 14 fev 2017. Discurso do Deputado Federal Carlos Souza sobre o flúor.

- 29 _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- 30 _____. Ministério da Saúde. **Guia de recomendações para o uso dos fluoretos no Brasil**. Brasília: Editora Oficial, 2009.
- 31 _____. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. In: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12527.htm>. Acesso em 14 fev 2017.
- 32 _____. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de fluoretação da água para consumo humano**. Brasília: Funasa, 2012.
- 33 _____. Conselho Federal de Odontologia. **Institucional**. Brasília, c2013. Disponível em: <<http://cfo.org.br/historico/>>. Acesso em 14 fev. 2017.
- 34 _____. Conselho Federal de Odontologia. Fluoretação na água de abastecimento deverá ser mantida. **Jornal do CFO**. Brasília, p. 12-13, maio/junho 2003.
- 35 _____. Ministério das Cidades. **Institucional**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.gov.br/index.php/institucional/o-ministerio>>. Acesso em: 14 fev. 2017.
- 36 _____. Câmara dos Deputados. **Regimento Interno da Câmara dos Deputados**. Brasília: Editora Oficial, 17ª Ed, n. 136, 2017a.
- 37 _____. Congresso Nacional. **Atribuições**. Brasília, c2017b. Disponível em: <<http://www.congressonacional.leg.br/portal/congresso/atribuicoes>>. Acesso em: 13 fev. 2017. Atribuições da Câmara dos Deputados.
- 38 _____. Câmara dos Deputados. **História**. Brasília, c2017c. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/a-camara/conheca/historia>>. Acesso em: 13 fev. 2017. História e formação da Câmara dos Deputados.
- 39 _____. Câmara dos Deputados. **CEDI: Estrutura e Administração**. Brasília, c2017d. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/cedi>>. Acesso em: 13 fev. 2017. Centro de Documentação e Informação.

- 40 _____, Ministério da Saúde. **Histórico**. Brasília, c2017e. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 13 fev. 2017. Histórico do Ministério da Saúde.
- 41 _____, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Institucional**. Brasília, c2017f. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/institucional>>. Acesso em: 13 fev. 2017. Missão da ANVISA.
- 42 CATANI et al. Dez anos de acompanhamento do heterocontrole da fluoretação da água feito por municípios brasileiros, Brasil, 1996-2006. **RGO**, Porto Alegre, v. 56, n. 2, p. 151-155, abr./jun. 2008.
- 43 CARSTAIRS, C.; ELDER, R. Expertise, Health, and Popular Opinion: Debating Water Fluoridation, 1945-80. **The Canadian Historical Review**. Canadá, v. 89, n. 3, p. 345-371, set 2008.
- 44 CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE. **Institucional**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: < <http://cebes.org.br/o-cebes/quem-somos/>>. Acesso em: 14 fev. 2017. História do CEBES.
- 45 CESA, K. T. **A vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público nas capitais do Brasil**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- 46 CHEN, S. et al. Change of urinary fluoride and bone metabolism indicators in the endemic fluorosis areas of southern china after supplying low flouride public water. **BMC Public Health**, Guangzhou, v. 13, n. 156, p. 1-10, 2013.
- 47 CINTRA, A. O. Presidencialismo e parlamentarismo são importantes as instituições? In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. 2ª ed. São Paulo: Editora Unesp, p. 36-79, 2007.
- 48 CINTRA, A. O.; LACOMBE, M. B. A Câmara dos Deputados na Nova República: a visão da ciência política. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. 2ª ed. São Paulo: Editora Unesp, p. 36-79, 2007.
- 49 CHOKSHI, D. A.; STINE, N. W. Reconsidering the Politics of Public Health. **JAMA**, Estados Unidos, v. 310, n. 10, p. 1025-1026, set 2003.
- 50 EIDELWEIN, C. **Panorama, benefícios e controvérsias da fluoretação da água de abastecimento público no Brasil e no mundo: uma revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p. 1-62, Maio 2010.

- 51 ESPOSTI, C. D. D.; FRAZÃO, P. O relevante papel da vigilância para assegurar a efetividade da fluoretação da água de abastecimento público. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória – ES, v. 17, n. 2, p 4-6, 2015.
- 52 FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 56p., 2002.
- 53 FRAZAO, P.; PERES, M. A.; CURY, J. A. Qualidade da água para consumo humano e concentração de fluoreto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 964-973. 2011.
- 54 FRIAS, A. C. et al. Custo da Fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso - Município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1237-1246, jun 2006.
- 55 GOMES, A. C. **Uma breve história do PTB**. Rio de Janeiro: CPDOC, 2002.
- 56 HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do neoinstitucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, n.58, p. 193-223, 2003.
- 57 HAARETZ. Knesset Approves Mandatory Fluoridation of Drinking Water. Israel, 2016. Disponível em: < <https://www.haaretz.com/israel-news/.premium-1.709296>>. Acesso em: 02 out 2017.
- 58 HÖFLING, E. M. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Cadernos Cedes**, Campinas – SP, v. 21, n. 55, p. 30-41, nov 2001.
- 59 HOWLETT, M. et al. O contexto da política pública. In: _____. **Política pública: Seus Ciclos e Subsistemas: Abordagem Integral**. 3a. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. p. 57-71, 2013.
- 60 INOJOSA, R. M. Sinergias em Políticas e Serviços Públicos: Desenvolvimento Social com Intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.
- 61 JALLIER, V. et al. The global, centralized approach of the GAIN Premix Facility has made oil fortification in Indonesia more affordable. **Food and Nutrition Bulletin**, Tóquio, Japão, v. 34, n. 2, 2013, suplemento.
- 62 JUNIOR, R. J. M.; NARVAI, P. C. Aspectos históricos e perspectivas da fluoretação de águas de abastecimento público no Estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 8, n. 90, p. 24-29, 2011.
- 63 JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza.

- In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD: “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”, 11, 1997, Caracas. **Livro**, Caracas, Venezuela: UNESCO, 1997, p. 1-75.
- 64 KRITSCH, R. Elementos da política e da teoria do Estado em "De o espírito das leis" de Montesquieu. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 10, n. 117, 2011.
- 65 LIMA, F. G. et al. Vinte e quatro meses de heterocontrole da fluoretação das águas de abastecimento público de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 422-429, mar-abr 2004.
- 66 LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D. O neoinstitucionalismo e a análise de políticas públicas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.
- 67 MACEK, M. D. et al. Blood lead concentrations in children and method of water fluoridation in the United States, 1988-1994. **Enviromental Health Perspective**, v. 114, n. 1, p. 130-134, Jan 2006.
- 68 MARINHO, M. G. S. M. C.; OLIVEIRA, S. D. P. O Governo Geisel (1974-1979): O Ápice da Disputa pelo Poder entre ‘Duros’ e ‘Moderados’ e sua Expressão Memorialista entre os Militares. **Antíteses**. São Paulo, v. 8, n. 15, ed. especial, p. 74-100, 2015.
- 69 MARQUES, E. As Políticas Públicas na Ciência Política. In: _____, FARIA, C. A. P. **A Política Pública como Campo Multidisciplinar**. São Paulo: Ed. Unesp/Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013, p. 27-52.
- 70 MENDONZA, R. L. Flouride-treated water and the merit goods. **Water Policy**. Cherry Hill, v. 13, p. 38-52, 2011.
- 71 MULLEN, J. History of Water Flouridation. **British Dental Journal**, v. 199, p. 1-4, 2005.
- 72 NARVAI, P. C. et al. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do município de São Paulo, SP, 1970-1996. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 196-200, Abril 2000.
- 73 NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: um conceito. **Revista Odontologia e Sociedade**. São Paulo, v. 3, p. 47-52, 2001.
- 74 NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. Brasília, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

- 75 NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Práticas de Saúde Pública. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. Saúde Pública: Bases Conceituais. 2 ed. São Paulo: Atheneu. p. 307- 336, 2013.
- 76 NORTH, D. C. Institutions. The Journal of Economic Perspectives, v. 5, n. 1., p. 97-112, 1991.
- 77 OLILLA, E.; BAUM, F.; PEÑA, S. Chapter 1: Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book. In: **Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies**. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, p. 3-24, 2013.
- 78 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos:** Artigo XXV. Nova Iorque, 1948. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 14 fev 2017.
- 79 PAIVA, G. A. M. **A Reforma Do Judiciário No Brasil: O Processo Político De Tramitação Da Emenda 45**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.
- 80 PARTIDO DOS TRABALHADORES. São Paulo: São Bernardo do Campo, c2017. Disponível em: < <http://www.pt.org.br/nossa-historia/>>. Acesso em: 14 fev. 2017.
- 81 PEARCE, E. N.; ANDERSSON, M.; ZIMMERMANN, M. B. Global Iodine Nutrition: Where Do We Stand in 2013? Thyroid, Falls Church - Virginia, v. 23, n. 5, 2013.
- 82 PERES, P. S. COMPORTAMENTO OU INSTITUIÇÕES? A evolução histórica do neoinstitucionalismo da ciência política. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 23, n. 68, out 2008.
- 83 POTVIN, L. Intersectorial Action for health: more research needed! International Journal of Public Health, Switzerland, v. 57, n. 1, p. 5-6, Feb 2012.
- 84 POULANTZAS, N. As Lutas Políticas: O Estado, condensação de uma relação de forças. In:_____. **O Estado, O Poder, O Socialismo**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1980, p. 141-185.
- 85 RABB-WAYTOWICH, D. Water fluoridation in Canada: past and present. **Journal of the Canadian Dental Association**, Ottawa, v. 75, n. 6, p. 451-454, July/August 2009.
- 86 RIPA, L. W. A half-century of community water fluoridation in the United States: review and commentary. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 53, n. 1, p. 17-44, 1993.

- 87 SANDERS, E. Historical Institutionalism. In: RIBEIRO, F. Institucionalismo da escolha racional e institucionalismo histórico: divergências metodológicas no campo da Ciência Política. **Revista Pensamento Plural**, Pelotas, n. 10, jan/jun 2012.
- 88 SANTOS, M. L. Representação de Interesses na Câmara dos Deputados: o Lobby e o Sucesso da Agenda Legislativa da Indústria. **Revista Ibero-Americana de Estudos Legislativos**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, mar 2014.
- 89 SHUGART, M. S. Presidentialism, parliamentarism, and the provision of collective goods in less-developed countries. **Constitutional Political Economy**, n. 10, p. 53-88, 1999.
- 90 SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, n.16, p. 20-45, 2006.
- 91 TAPIA-CONYER, R. et al. Strengthening vaccination policies in Latin America: An evidence-based approach. **Vaccine**, v. 31, n. 37, p. 3826-3833, ago 2013.
- 92 UNITED KINGDOM. SN/SC/3135. **Library of the House of Commons**. Londres, 2013.
- 93 VALEDÉS, D. Sistema presidencial y gobierno de gabinete. In: BONAVIDES, P. **Revista Latinoamericana de Estudios Constitucionais**, v. 3, n. 2, p. 1-35, 2003.
- 94 VILLANUEVA, L. F. A. Estudo introdutório. Políticas Públicas: Coletânea. In: BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil e América Latina**: apontamentos conceituais, considerações metodológicas e reflexões sobre as práticas. Brasília: Editora Oficial, p. 1-56, 2013.
- 95 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy for Health for All by the Year 2000**. Geneva, Switzerland, 90 p, 1981.

ANEXOS

ANEXO I – LEI 6.050/74

Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 6.050, DE 24 DE MAIO DE 1974.

Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art 1º Os projetos destinados à construção ou a ampliação de sistemas públicos de abastecimento de água, onde haja estação de tratamento, devem incluir previsões e planos relativos à fluoretação da água, de acordo com os requisitos e para os fins estabelecidos no regulamento desta Lei.

Parágrafo único. A regulamentação, de que trata este artigo, disciplinará a aplicação de fluoretação, tendo em vista, entre outras condições específicas, o teor natural de flúor já existente e a necessária viabilidade econômico-financeira da medida.

Art 2º A captação de recursos para a aquisição do equipamento e dos produtos necessários à fluoretação poderá ser feita mediante financiamento concedido por estabelecimentos de créditos oficiais, de acordo com as exigências aplicáveis.

Art 3º Esta Lei entrará em vigor no prazo de 120 (cento e vinte) dias após a sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 24 de maio de 1974; 153º da Independência e 86º da República.

ERNESTO GEISEL

Paulo de Almeida Machado

ANEXO II – PROJETO DE LEI 510/2003

PROJETO DE LEI Nº , DE 2003**(Do Sr. Carlos Souza)**

Revoga a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, que “dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento”.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica revogada a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, que “dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento”.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A fluoretação da água para abastecimento público, tornada obrigatória em vários países e até objeto de campanhas por órgãos internacionais de saúde pública, é fruto de um equívoco científico.

A prevenção da cárie dentária foi o pretexto para iniciar-se a adição de cloro na água destinada ao consumo humano. Tal fato teve origem ainda no final do século XIX, quando foi observada a baixíssima incidência de cáries em populações de localidades britânicas onde a água continha, naturalmente, flúor.

Posteriormente, constatou-se que a ingestão elevada dessa substância provocava fluorose, doença óssea que se caracteriza pelo aparecimento de manchas e estrias escuras nos dentes. Além dos efeitos estéticos, a fluorose torna os dentes porosos e quebradiços. Pesquisas levaram à conclusão de que a dosagem ótima de flúor na água seria da ordem de 0,7ppm a 1ppm (ppm é a abreviatura de partes por milhão) e que o flúor só era eficaz como preventivo contra as cáries se ingerido na fase de crescimento ósseo-dentário das pessoas.

A adição de flúor à água utilizada para consumo humano passou, a partir do final da década de 1960, a ser considerada como uma verdadeira panacéia, que iria livrar as pessoas das cáries dentárias. Campanhas foram promovidas e programas instituídos, inclusive pela Organização Mundial da Saúde e pelo nosso Ministério da Saúde.

No Brasil, as campanhas de prevenção da cárie dentária mediante a ingestão, pelas pessoas, de uma quantidade mínima diária de flúor, culminou com o estabelecimento, pela Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, da obrigatoriedade de que, nas estações de tratamento de água destinada ao abastecimento público, fosse adicionado flúor à água. É esta lei que estamos propondo revogar.

A partir de estudos científicos aprofundados e de inúmeros fatos verificados entre as populações que consomem água fluoretada, constatou-se que, ao contrário do que se supunha, a fluoretação provoca muito mais males que benefícios à saúde pública, ao promover a ingestão excessiva e indiscriminada de flúor.

Um dos problemas mais sérios da fluoretação da água para abastecimento público é a imprecisão quanto à dosagem dessa substância. Como o flúor é aplicado normalmente sob a forma de sais de difícil solubilidade, em geral o fluorsilicato de sódio, a sua concentração na água varia enormemente. Pesquisas realizadas pela Dra. Marília Afonso Rabelo Buzalaf, da Faculdade de Odontologia de Bauru, no Estado de São Paulo, no sistema de distribuição de água daquela cidade, mostraram enormes variações nas concentrações de flúor da água, que, em geral eram muito inferiores à recomendada e, algumas vezes, muito superiores, atingindo até 9ppm

(nove vezes o máximo recomendado). As concentrações muito baixas fazem a fluoretação ineficaz, enquanto que aquelas muito elevadas sujeitam os consumidores da água à ação tóxica do flúor.

A água fluoretada é um problema também quando utilizada no preparo caseiro de alimentos e na indústria alimentícia. Isto porque a maior parte da água empregada no cozimento de alimentos e em processos industriais é evaporada, deixando os sais de flúor como resíduo. Esse fato ocorre com inúmeros produtos utilizados na alimentação infantil, como achocolatados, cereais matinais e vários tipos de bolachas, nos quais têm-se encontrado teores de flúor bem acima dos limites considerados aceitáveis para a saúde humana. O mesmo ocorre, é claro, com os alimentos preparados em casa, cozidos em água fluoretada.

A fluorose é a principal doença causada pela ingestão excessiva de flúor. Além dos problemas dentários que já citamos, ela provoca perda de cálcio dos ossos e envelhecimento precoce das pessoas. Tais efeitos foram amplamente comprovados no Estado de Rajasthan, na Índia, onde águas de poços utilizados para o abastecimento de vários povoados contêm elevados teores de flúor. Nas populações desses povoados, segundo o Centro de Pesquisa sobre Fluorose e Desenvolvimento Rural de Nova Délhi, vêem-se claramente os efeitos nocivos do flúor, consistindo a fluorose em um sério problema de saúde pública.

Nos Estados Unidos, o Dr. William Marcus, toxicologista da *Environmental Protection Agency – EPA* – a agência ambiental federal daquele país, detectou estreita correlação entre o crescimento dos casos de um tipo de câncer ósseo, o osteossarcoma, e a ingestão de flúor. Outro estudo, realizado no estado de Nova Jersey, comparou a incidência desse tipo de câncer em vários municípios, concluindo que era maior onde era feita a fluoretação. Esse tipo de câncer atinge, principalmente, rapazes com menos de vinte anos de idade.

Além dos riscos que a ingestão excessiva de flúor acarreta à saúde das pessoas, a fluoretação da água utilizada para abastecimento público é economicamente injustificável, pois apenas uma pequena parcela dela é ingerida. A maior parte é utilizada para higiene, lavagem de pisos e roupas, atividades de serviços e na pequena indústria difusa no meio urbano. É muito mais razoável e racional, sob todos

os pontos de vista, que a administração do flúor como preventivo da cárie dentária seja feita de forma controlada, por profissionais habilitados, nas épocas certas, na forma e na quantidade cientificamente recomendadas.

Estas são, em resumo, as razões que nos levaram à presente iniciativa, que propõe a revogação da Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, para cuja tramitação, aperfeiçoamento e aprovação contamos com o apoio dos ilustres membros do Congresso Nacional.

Sala das Sessões, em de de 2003.

Deputado **Carlos Souza**

ANEXO III – PARECER CONJUNTO ENTRE GOVERNO E ENTIDADES DE
CLASSE SOBRE O PROJETO DE LEI 510/2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Projeto de Lei Nº 510/03 PARECER

Brasília 2003

INTRODUÇÃO

Um Projeto de Lei (PL) foi apresentado à Câmara dos Deputados, em março de 2003, propondo a revogação da Lei Federal nº 6.050, de 24 de maio de 1974. O PL, que recebeu o nº 510/03, é de autoria do Deputado Carlos Souza (Partido Liberal – Amazonas). A Lei 6.050/74 “*dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento*”.

Este Parecer expressa o posicionamento do Poder Executivo em nível federal frente ao PL-510/03. Tendo em vista as características do processo que levou à sua elaboração traduz, também, as posições de várias entidades representativas dos segmentos de odontologia, saneamento, meio-ambiente, e saúde pública.

ANTECEDENTES

Desde que o PL-510/03 foi apresentado à Câmara dos Deputados, suscitou reações em todo o país, uma vez que se destina a interromper a aplicação de uma tecnologia de saúde pública que, em 2003, completa cinquenta anos de êxito inegável no Brasil. Tendo atravessado toda a segunda metade do século XX, e resistido aos mais diferentes governos, por que então, agora, o país deveria abandonar seu emprego?

Vários cirurgiões-dentistas, pesquisadores, profissionais de saúde pública e entidades fizeram chegar ao deputado Carlos Souza sua inconformidade com o teor da iniciativa consubstanciada no PL-510/03 e, também, aos órgãos do governo federal, sobretudo o Ministério da Saúde. De imediato, os dirigentes de entidades odontológicas em todo o Brasil, sentiram a reação de muitos dos seus associados pedindo providências para sustar o PL-510/03. Uma entidade, a ABOPREV (Associação Brasileira de Odontologia de Promoção da Saúde), sentiu a indignação dos seus sócios ao reuni-los em assembléia (Salvador-BA, 1/5/03), ocasião em que se aprovou, por unanimidade, uma Moção de Repúdio ao PL-510/03. Em maior ou menor grau esse foi o sentimento predominante no meio odontológico e de saúde pública no Brasil.

Na medida em que se intensificaram as consultas e os diálogos para compreender as razões da iniciativa do parlamentar amazonense, se constatou que, para elaborar seu PL, lamentavelmente o deputado não houvera consultado uma única entidade odontológica, ou de saneamento, ou de saúde pública, com representatividade nacional. A excelência brasileira nesse campo houvera sido simplesmente ignorada.

Em face desse quadro, o Poder Executivo em nível federal, articulou diferentes ministérios aos quais o problema estava afeto e, decidido a apresentar um Parecer sobre o PL-510/03, para orientar decisões no seu âmbito, esclarecer a sociedade, e subsidiar os parlamentares em sua decisão, resolveu consultar os segmentos especializados no assunto objeto do referido projeto. Assim, realizou em Brasília, em 2/6/2003, uma reunião com representantes dos Ministérios das Cidades e da Saúde e da qual participaram representantes de várias instituições ligadas aos setores de engenharia sanitária e ambiental, saúde pública e odontologia.

Após analisar em detalhes o PL-510/03 e debater as consequências da sua eventual aprovação, os participantes admitiram estar frente a uma iniciativa parlamentar com potencial para produzir efeitos negativos sobre a já combalida saúde bucal dos brasileiros e que caberia, portanto, indicar a todos os envolvidos — e à sociedade —, o gravíssimo retrocesso representado pela possível revogação da Lei 6.050/74.

O PL-510/03

O referido projeto de lei é constituído por dois artigos, a saber:

“Art. 1º Fica revogada a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento”.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.”

Em sua justificação, o autor afirma que:

“A fluoretação da água para abastecimento público, tornada obrigatória em vários países e até objeto de campanhas por órgãos internacionais de saúde pública, é fruto de um equívoco científico.

“A prevenção da cárie dentária foi o pretexto para iniciar-se a adição de cloro na água destinada ao consumo humano. Tal fato teve origem ainda no final do século XIX, quando foi observada a baixíssima incidência de cáries em populações de localidades britânicas onde a água continha, naturalmente, flúor.

“Posteriormente, constatou-se que a ingestão elevada dessa substância provocava fluorose, doença óssea que se caracteriza pelo aparecimento de manchas e estrias escuras nos dentes. Além dos efeitos estéticos, a fluorose torna os dentes porosos e quebradiços. Pesquisas levaram à conclusão de que a dosagem ótima de flúor na água seria da ordem de 0,7ppm a 1ppm (ppm é a abreviatura de partes por milhão) e que o flúor só era eficaz como preventivo contra as cáries se ingerido na fase de crescimento ósseo-dentário das pessoas.

“A adição de flúor à água utilizada para consumo humano passou, a partir do final da década de 1960, a ser considerada como uma verdadeira panacéia, que iria livrar as pessoas das cáries dentárias. Campanhas foram promovidas e programas instituídos, inclusive pela Organização Mundial da Saúde e pelo nosso Ministério da Saúde.

“No Brasil, as campanhas de prevenção da cárie dentária mediante a ingestão, pelas pessoas, de uma quantidade mínima diária de flúor, culminou com o estabelecimento, pela Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, da obrigatoriedade de que, nas estações de tratamento de água destinada ao abastecimento público, fosse adicionado flúor à água. É esta lei que estamos propondo revogar.

“A partir de estudos científicos aprofundados e de inúmeros fatos verificados entre as populações que consomem água fluoretada, constatou-se que, ao contrário do que se supunha, a fluoretação provoca muito mais males que benefícios à saúde pública, ao promover a ingestão excessiva e indiscriminada de flúor.

“Um dos problemas mais sérios da fluoretação da água para abastecimento público é a imprecisão quanto à dosagem dessa substância. Como o flúor é aplicado normalmente sob a forma de sais de difícil solubilidade, em geral o fluorsilicato de sódio, a sua concentração na água varia enormemente. Pesquisas realizadas pela Dra. Marília Afonso Rabelo Buzalaf, da Faculdade de Odontologia de Bauru, no Estado de São Paulo, no sistema de distribuição de água daquela cidade, mostraram enormes variações nas concentrações de flúor da água, que, em geral eram muito inferiores à recomendada e, algumas vezes, muito superiores, atingindo até 9ppm (nove

vezes o máximo recomendado). As concentrações muito baixas fazem a fluoretação ineficaz, enquanto que aquelas muito elevadas sujeitam os consumidores da água à ação tóxica do flúor.

“A água fluoretada é um problema também quando utilizada no preparo caseiro de alimentos e na indústria alimentícia. Isto porque a maior parte da água empregada no cozimento de alimentos e em processos industriais é evaporada, deixando os sais de flúor como resíduo. Esse fato ocorre com inúmeros produtos utilizados na alimentação infantil, como achocolatados, cereais matinais e vários tipos de bolachas, nos quais têm-se encontrado teores de flúor bem acima dos limites considerados aceitáveis para a saúde humana. O mesmo ocorre, é claro, com os alimentos preparados em casa, cozidos em água fluoretada.

“A fluorose é a principal doença causada pela ingestão excessiva de flúor. Além dos problemas dentários que já citamos, ela provoca perda de cálcio dos ossos e envelhecimento precoce das pessoas. Tais efeitos foram amplamente comprovados no Estado de Rajasthan, na Índia, onde águas de poços utilizados para o abastecimento de vários povoados contêm elevados teores de flúor. Nas populações desses povoados, segundo o Centro de Pesquisa sobre Fluorose e Desenvolvimento Rural de Nova Délhi, vêm-se claramente os efeitos nocivos do flúor, consistindo a fluorose em um sério problema de saúde pública.

“Nos Estados Unidos, o Dr. William Marcus, toxicologista da Environmental Protection Agency - EPA - a agência ambiental federal daquele país, detectou estreita correlação entre o crescimento dos casos de um tipo de câncer ósseo, o osteossarcoma, e a ingestão de flúor. Outro estudo, realizado no estado de Nova Jersey, comparou a incidência desse tipo de câncer em vários municípios, concluindo que era maior onde era feita a fluoretação. Esse tipo de câncer atinge, principalmente, rapazes com menos de vinte anos de idade.

“Além dos riscos que a ingestão excessiva de flúor acarreta à saúde das pessoas, a fluoretação da água utilizada para abastecimento público é economicamente injustificável, pois apenas uma pequena parcela dela é ingerida. A maior parte é utilizada para higiene, lavagem de pisos e roupas, atividades de serviços e na pequena indústria difusa no meio urbano. É muito

mais razoável e racional, sob todos os pontos de vista, que a administração do flúor como preventivo da cárie dentária seja feita de forma controlada, por profissionais habilitados, nas épocas certas, na forma e na quantidade cientificamente recomendadas.

“Estas são, em resumo, as razões que nos levaram à presente iniciativa, que propõe a revogação da Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, para cuja tramitação, aperfeiçoamento e aprovação contamos com o apoio dos ilustres membros do Congresso Nacional.”

RAZÕES PARA REJEITAR O PL-510/03

Sem pretender apresentar, de modo exaustivo, argumentos contrários a cada uma das objeções a fluoretação das águas expressadas na *Justificação* do PL- 510/03, consideramos necessárias as seguintes ponderações:

1. “A fluoretação da água para abastecimento público (...) é fruto de um equívoco científico.”

Afirmar que há um “*equívoco científico*” requer demonstração. Isto não é feito. Como está, resta admitir que esta é apenas a opinião do deputado. Uma opinião importante, sem dúvida. Mas apenas uma opinião. Contra-argumentamos, então, com a posição oficial da IADR, a *International Association for Dental Research*, uma das entidades de maior credibilidade científica no meio odontológico em todo o mundo e que congrega pesquisadores dessa área. Em 1999 a IADR apresentou sua “posição quanto a fluoretação das águas” da seguinte forma: “Considerando que a cárie dentária situa-se entre as doenças crônicas de maior prevalência em todo o mundo; reconhecendo que suas consequências incluem dor, sofrimento, infecção, perda dentária, e tratamento restaurador caro; levando em conta que mais de 50 anos de pesquisas demonstram claramente a eficácia e segurança da fluoretação da água; e assinalando que um grande número de países e organizações internacionais de saúde endossam a fluoretação das águas de abastecimento; então, endossamos plenamente e recomendamos fortemente a adoção dessa medida para melhorar a saúde bucal dos povos.” O original desse posicionamento pode ser obtido no *site* da IADR (www.iadr.com). A posição anterior da IADR, de 1979, pode ser obtida na publicação *Journal of Dental Research* (1979; 58:2160), o periódico de maior reconhecimento científico na área de Odontologia. No Brasil, a IADR é representada pela Sociedade Brasileira de Pesquisas Odontológicas (SBPqO). Alternativamente, pode-se consultar

o trabalho de Newbrun (Newbrun E. Effectiveness of water fluoridation. *Journal of Public Health Dentistry* 1989; 49: 279-89). Entre as várias pesquisas brasileiras, recomendamos a leitura do trabalho que avalia o impacto da fluoretação das águas no município de São Paulo (Narvai PC, Castellanos RA, Frazão P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996. *Revista de Saúde Pública* 2000, 34 (2): 196-200).

2. *“A prevenção da cárie dentária foi o pretexto para iniciar-se a adição de cloro na água destinada ao consumo humano.”*

Isso jamais aconteceu. Não é possível identificar a fonte dessa informação que constitui, sem dúvida, um absurdo. Cloro para prevenir cárie dentária é um disparate.

3. *“(....) constatou-se que a ingestão elevada dessa substância [flúor] provocava fluorose, doença óssea que se caracteriza pelo aparecimento de manchas e estrias escuras nos dentes.”*

É correta a afirmação. Mas não há nada surpreendente. A fluorose dentária é bem conhecida das autoridades sanitárias brasileiras. Vários estudos comprovam a inadequação da ingestão elevada de flúor, por provocar fluorose, conforme demonstraram pioneiramente Uchôa HW e Saliba NA, em seu estudo “*Prevalência de fluorose dental na cidade de Pereira Barreto*”, publicado no *Boletim do Serviço de Odontologia Sanitária* em 1970 (6 (3):11-6). Cabe enfatizar, porém, que ninguém propõe, muito menos a Lei 6.050 ou as normas que a regulamentam, que as pessoas sejam expostas à ingestão elevada de flúor. Ao contrário, os dispositivos legais são claríssimos quanto a isso: águas com teores de flúor ideais para a prevenção da cárie dentária devem ter, na maior parte do território brasileiro, 0,7 mg de flúor por litro, admitindo-se variações de 0,1 mg para mais ou para menos. Assim, águas com menos do que 0,6 mg F/L, ou mais do que 0,8 mg F/L, não se prestam a essa finalidade, com exceção das regiões mais frias do sul do Brasil onde se admite até 1,0 ppm. Ao contrário do que se insinua, a Lei 6.050 não ampara a ingestão “elevada” de flúor mas, sim, a ingestão de teores adequados de flúor. São coisas completamente diferentes. Outras informações sobre esses aspectos podem ser obtidas nas publicações: a) World Health Organization. *Fluorine and fluorides*. Geneva: WHO; 1984. [Environmental Health Criteria, 36]; e, b) Organização Mundial da Saúde. *O uso correto de fluoretos na saúde pública*. São Paulo: Ed. Santos; 1992.

4. *“Pesquisas levaram à conclusão de que (....) o flúor só era eficaz como preventivo contra as cáries se ingerido na fase de crescimento ósseo-dentário das pessoas.”*

É absolutamente incorreta essa afirmação. Há vasta literatura científica demonstrando o contrário. Pode-se exemplificar com o documento “Recommendation focusing fluoride to

prevent and control dental caries in the United States” do Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, publicado em 2001 no *Morbidity and Mortality Weekly Report* (50: 1-42 – Nº RR 14). Para não ser enfadonho e, dentre os brasileiros, citar apenas um pesquisador de renome internacional, basta mencionar dois trabalhos assinados pelo professor Jaime A. Cury, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Unicamp — Universidade Estadual de Campinas: a) Uso do flúor e controle da cárie como doença. *In: Baratiéri LN et al. Odontologia restauradora – Fundamentos e possibilidades*. São Paulo: Ed. Santos, 2001. p. 34-68; e, b) Flúor: dos 8 aos 80? *In: Bottino MA, Feller C (org.) Atualização na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 375-82.

5. “A adição de flúor à água utilizada para consumo humano passou, a partir do final da década de 1960, a ser considerada como uma verdadeira panacéia, que iria livrar as pessoas das cáries dentárias.”

Este argumento é insustentável e revela grande desconhecimento por parte do Deputado e da sua assessoria. Em nenhum artigo científico esse ponto de vista é defendido. Talvez se possa encontrá-lo em alguma reportagem de divulgação científica em revistas de informação, ou em algum autor mais entusiasmado em alguma revista científica menos rigorosa em suas avaliações. Mas, certamente, nunca foi esse o pensamento predominante no meio odontológico e de saúde pública onde, há muito tempo, está bem consolidada a compreensão epidemiológica da cárie dentária como uma doença em cujo início e desenvolvimento estão envolvidos vários fatores. Nenhum autor respeitado e nenhuma instituição de saúde, nacional ou internacional, defenderam em qualquer tempo essa estranha tese da panacéia. Muito pelo contrário, sempre se sublinhou a necessidade de combinar ações preventivas e educativas em abordagens integrais do problema. Para corroborar essa afirmação, sugere-se consulta a um clássico da odontologia sanitária brasileira e mundial, lançado no Brasil em 1960 por Mário M. Chaves: *Manual de odontologia sanitária*. Tomo I. São Paulo: Ed. Massao Ohno-USP; 1960. Portanto, desde meados do século XX e até o presente, esta compreensão da complexidade causal da cárie dentária sempre implicou cautela por parte de dentistas e sanitaristas quanto a qualquer panacéia para enfrentá-la. Daí causar estranheza esse recurso argumentativo, por parte do autor do PL-510/03, atribuindo aos que se opõem ao PL posições que estes não defendem. Maiores esclarecimentos sobre o que se pensa sobre cárie e como enfrentá-la pode ser encontrado em: a) Nikiforuk G. *Understanding dental caries: prevention, basic and clinical aspects*. Basel: Karger; 1985; e, b) Featherstone JDB. The science and practice of caries prevention. *Journal of the American Dental Association* 2000; 131: 887-99.

6. “A partir de estudos científicos aprofundados e de inúmeros fatos

verificados entre as populações que consomem água fluoretada, constatou-se que, ao contrário do que se supunha, a fluoretação provoca muito mais males que benefícios à saúde pública, ao promover a ingestão excessiva e indiscriminada de flúor.”

Como uma estratégia de saúde pública, o controle dos teores de flúor das águas, adequando-os ao nível considerado ótimo e seguro para a saúde humana, pressupõe adicionar flúor onde o teor for baixo e não distribuir para consumo humano águas com teores elevados de flúor. Isso vale, inclusive, para águas minerais, pois, concordando com o Deputado autor do PL-510/03, teores elevados são mesmo indesejáveis. Dessa forma, cabe às autoridades sanitárias, sobretudo às do setor de vigilância à saúde, cuidar para que isso não aconteça e para que as populações sejam abastecidas com águas cujo teor de flúor seja adequado. Por isso, é incorreto afirmar que se propõe a ingestão excessiva e indiscriminada de flúor. Não se defende ingestão excessiva. Ao contrário, esta é vista como um problema de saúde pública e combatida. Quanto a fluoretação provocar mais males que benefícios este sim é um equívoco científico. Os benefícios são inegáveis. Recomenda-se, sobre isso, consultar as seguintes publicações: a) Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in public health, 1900-1999: Fluoridation of drinking water to prevent dental caries. *Morbidity and Mortality Weekly Reports* 1999; 48 (41): 933-40; b) Bastos JRM, Lopes ES, Freitas SFT. Panorama mundial após 50 anos de uso do flúor. *RGO* 1993; 41 (5): 309-11; c) Peres MAA, Rosa AGF. As causas da queda da cárie. *RGO* 1995; 43 (3): 160-4; e, d) Pinto VG. Revisão sobre o uso e segurança do flúor. *RGO* 1993; 41 (5): 263-6.

7. “Um dos problemas mais sérios da fluoretação da água para abastecimento público é a imprecisão quanto à dosagem dessa substância. Como o flúor é aplicado normalmente sob a forma de sais de difícil solubilidade, em geral o fluorsilicato de sódio, a sua concentração na água varia enormemente (...)”

Não há qualquer imprecisão. As normas brasileiras são suficientemente claras a respeito. Conforme se mencionou anteriormente, os teores adequados ao território brasileiro podem ser facilmente definidos com a aplicação da fórmula proposta por Gallagan DJ e Vermillion JR (Determining optimum fluorides concentrations. *Public Health Reports* 1957; 72 (6): 491-3). Em vários sistemas de abastecimento público no Brasil empregam-se outros produtos que não o citado na *Justificação*. Na maior parte do Estado de São Paulo, por exemplo, emprega-se o ácido fluorsilícico, que apresenta excelente solubilidade. Quanto ao controle da fluoretação, de modo a que a quantidade de flúor nas águas seja a adequada, o Brasil vem desenvolvendo técnicas de monitoramento e vigilância sanitária que, em muitos casos, tem

colocado o país em situação que nada deixa a dever a outros países. Deve-se esclarecer, a propósito, que o principal problema que se vem observando nesse aspecto é o da freqüente falta de flúor em muitos sistemas e não o contrário. Sobre isso, recomenda-se consultar os seguintes trabalhos: a) Vasconcellos MCC. Prevalência de cárie dentária em escolares de 7 a 12 anos de idade, na cidade de Araraquara, SP (Brasil), 1979. *Revista de Saúde Pública* 1982; 16: 317-28; b) Barros ERC, Scapini C, Tovo MF. Resultados da fluoretação da água em localidade que sofreu descontinuidades de dosagens. *RGO* 1993; 41 (5): 303-8; c) Narvai PC. Fluoretação da água: heterocontrole no município de São Paulo no período 1990- 1999. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva* 2000; 2 (2): 50-6; d) Luz AS, Nuto SAS, Vieira APGF. Vigilância sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público no município de Fortaleza, Ceará. In: Forte BP, Guedes MVC. *Conhecimento e poder em saúde: cultura acadêmica da prática clínica e social aplicada*. Fortaleza: PG-DEN-UFC; 1998. p.19-30.

8. *“Pesquisas realizadas pela Dra. Marília Afonso Rabelo Buzalaf, da Faculdade de Odontologia de Bauru, no Estado de São Paulo, no sistema de distribuição de água daquela cidade, mostraram enormes variações nas concentrações de flúor da água, que, em geral eram muito inferiores à recomendada e, algumas vezes, muito superiores, atingindo até 9ppm (nove vezes o máximo recomendado). As concentrações muito baixas fazem a fluoretação ineficaz, enquanto que aquelas muito elevadas sujeitam os consumidores da água à ação tóxica do flúor.”*

As pesquisas desenvolvidas pela Dra. Buzalaf constituem exemplos da competência acadêmica nessa área em nosso país e, também, da necessidade de atuação eficaz dos órgãos de vigilância sanitária — o que, aliás, é desejo de todos. Mas é um despropósito que, dos resultados por ela obtidos, se retirem conclusões impertinentes, açodadas e intempestivas como parece estar acontecendo nesse caso. É de esclarecer, por oportuno, que consultada sobre o assunto, a Professora Marília Afonso Rabelo Buzalaf afirmou ser contrária à revogação da Lei 6.050/74 e, portanto, favorável à continuidade e expansão da fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil.

9. *“A água fluoretada é um problema também quando utilizada no preparo caseiro de alimentos e na indústria alimentícia. (...) deixando os sais de flúor como resíduo. Esse fato ocorre com inúmeros produtos utilizados na alimentação infantil, (...) nos quais têm-se encontrado teores de flúor bem acima dos limites*

considerados aceitáveis para a saúde humana. O mesmo ocorre, é claro, com os alimentos preparados em casa, cozidos em água fluoretada.”

Aqui o autor do PL-510/03 expõe uma preocupação com a qual temos identificação: a necessidade de atuação dos órgãos de vigilância sanitária de modo a detectar produtos com altíssima concentração de flúor e, evidentemente, impedir sua distribuição e consumo. Mas isso não é motivo para revogar a Lei 6.050 pois, com ou sem água fluoretada, os mencionados produtos apresentam potencial para causar fluorose dentária. A preocupação é correta mas é equivocada a proposição que dela deriva.

10. “A fluorose é a principal doença causada pela ingestão excessiva de flúor. Além dos problemas dentários que já citamos, ela provoca perda de cálcio dos ossos e envelhecimento precoce das pessoas.

Cabe insistir que a tecnologia de adequação dos teores de flúor nas águas de abastecimento público, ou seja, adicionar flúor onde o teor é baixo e não distribuir para consumo humano águas com teores elevados de flúor, pressupõe exatamente o que o autor do PL-510/03 propõe: evitar a ingestão excessiva de flúor. Parece oportuno assinalar que o flúor é o 13º elemento mais abundante na natureza e que, de uma forma ou de outra, queira-se ou não, todos acabam ingerindo uma certa quantidade de flúor diariamente. No que respeita às águas, há grande variabilidade em seus teores naturais em todo o território brasileiro. Mesmo em regiões onde predominam teores em torno de 0,2 mg de flúor por litro, como nos Estados do Paraná e São Paulo, identificam-se zonas com teores bem abaixo (mas com algum flúor presente), zonas com teores naturalmente em torno de 0,7 mg F/L, e, ainda, zonas com teores acima de 1,2 mg F/L. O que se busca é, nessas regiões, ajustar os teores das águas de modo a que todas tenham os desejados 0,7 mg F/L. Isso nada tem a ver com as situações de fluorose esquelética endêmica, apontadas na *Justificação* do PL-510/03, decorrentes do consumo continuado, por falta de alternativas, de águas com teores de flúor muito acima do ideal. São incompreensíveis as razões que teriam levado o Deputado a afirmar que, no contexto brasileiro, envelhecimento precoce estaria associado à água fluoretada. Várias publicações da Organização Mundial da Saúde esclarecem suficientemente este assunto e poderiam, facilmente, ter sido consultadas: a) *Fluoruros y salud*. Ginebra: OMS; 1972. [Série de Monografias, nº 59]; e, b) *Fluorine and fluorides*. Geneva: WHO; 1984. [Environmental Health Criteria, 36].

11. “Nos Estados Unidos [detectou-se.] estreita correlação entre o crescimento dos casos de um tipo de câncer ósseo, o osteossarcoma, e a ingestão de flúor.”

Recomenda-se enfaticamente que o Deputado não dê curso a esse tipo de afirmação pois carece de fundamento científico. Pior: pode gerar pânico na população, levar pessoas desavisadas ao desatino e ao estabelecimento de associações indevidas de produtos contendo flúor (como pastas de dentes, por exemplo) com câncer. Em certas situações seria uma irresponsabilidade afirmar uma “estreita (*sic*) correlação” entre câncer e ingestão de flúor. Há mais de meio século cientistas de todo o mundo desenvolvem linhas de pesquisa procurando demonstrar essa possível associação. Jamais se chegou a estabelecer algo nesse sentido. Nas poucas pesquisas em que os resultados pareciam indicar o contrário, análises mais aprofundadas dos dados revelaram deficiências nos procedimentos analíticos e falhas metodológicas. Em trabalho (*Systematic review of water fluoridation*) publicado no *British Medical Journal* (2000; 321: 855–9), McDonagh MS *et al.* identificaram pesquisas sobre câncer e fluoretação das águas desenvolvidas de acordo com metodologia compatível com os requisitos aceitos no meio científico. Os autores, cuja pesquisa foi desenvolvida a pedido do governo britânico, concluíram que, com base nos conhecimentos científicos atuais, não é possível afirmar que água fluoretada esteja associada positivamente com a ocorrência de câncer.

12. “(...) *A fluoretação da água utilizada para abastecimento público é economicamente injustificável*”.

Uma das principais características dessa medida preventiva é justamente sua comprovada superioridade em relação a outros métodos de prevenção da cárie dentária. Não há qualquer dúvida: a fluoretação das águas de abastecimento público apresenta o melhor custo - efetividade e o melhor custo -benefício. Segundo o CDC, manter uma pessoa beneficiada pela fluoretação da água ao longo de toda sua vida custa o equivalente a uma restauração dentária. Mais sobre o assunto pode ser encontrado no trabalho (*Cost-effectiveness of caries prevention in dental public health*) de Burt B, publicado em 1989 no *Journal of Public Health Dentistry* (49: 250 - e em Griffin SO *et al.* An economic evaluation of community water fluoridation (*Journal of Public Health Dentistry* 2001; 61(2): 78-86. No Brasil a fluoretação custa, por ano, por indivíduo, o equivalente a um copo de água mineral. Uma das razões que justificam plenamente a adoção da fluoretação das águas é que, além de ser economicamente justificável, a medida beneficia mais aos que mais necessitam dela, pois seu impacto preventivo é maior exatamente nos segmentos populacionais de piores condições sócio-econômicas. Os trabalhos de Riley JC, Lennon MA e Ellwood RP (The effect of water fluoridation and social inequalities on dental caries in 5-year-old children. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28: 300-5) e de Jones CM e Worthington H (Water fluoridation, poverty and tooth decay in 12-year- old children. *Journal of Dentistry* 2000; 28: 389–393) são elucidativos quanto a esse aspecto.

13. “(...) *É muito mais razoável e racional, sob todos os pontos de vista, que a administração do flúor como preventivo da cárie dentária seja feita de forma controlada, por profissionais habilitados*”.

É correto que, havendo indicação, profissionais da área de saúde bucal podem aplicar produtos contendo flúor para auxiliar na prevenção da cárie dentária. Quanto a isso ser “muito mais razoável e racional” não é consenso entre especialistas. Na situação concreta do Brasil, dado o grau das nossas desigualdades sociais, deve-se levar em conta as enormes dificuldades que a população enfrenta para conseguir acesso aos serviços odontológicos, tanto privados quanto públicos. Os dados obtidos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada pelo IBGE em 1998, indicam que 29,6 milhões de brasileiros nunca consultaram um dentista. Isso corresponde a 18,7% da população. Assim, não é nada “*razoável e racional*” que, impedidos de terem acesso aos cuidados odontológicos, sejam também privados do benefício da fluoretação das águas.

Por essas razões, interromper a fluoretação das águas no Brasil seria um enorme retrocesso em termos de saúde pública, pois são bem conhecidas as conseqüências da interrupção, descritas por vários pesquisadores. Recomenda-se consulta ao trabalho de Künzel W (*Effect of an interruption in water fluoridation on the caries prevalence of the primary and secondary dentition*) publicado em 1980 na revista científica *Caries Research* (14:304-10).

Em face do exposto, e considerando ainda que a fluoretação de águas foi reconhecida como uma das dez maiores conquistas da saúde pública no século passado, o Poder Executivo federal e as entidades signatárias, recomendam a não aprovação do PL-510/03, e subscrevem a deliberação dos participantes da II Conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasília, 1993) que se manifestaram exigindo “*o cumprimento da Lei 6.050/74 que obriga a fluoretação das águas de abastecimento*” entendendo-a como “*um direito básico de cidadania*”.

Brasília, junho de 2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE — ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE — FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

MINISTÉRIO DAS CIDADES — SECRETARIA NACIONAL DE SANEAMENTO AMBIENTAL

ANVISA — AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OPAS — ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

CFO — CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA

ABO — ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA

ABCD — ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS

FIO — FEDERAÇÃO INTERESTADUAL DOS ODONTOLOGISTAS

FNO — FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ODONTOLOGISTAS

**ABOPREV — ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**ABRASBUCA — ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE BUCAL
COLETIVA**

APCD — ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS

APSP — ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA

**ABES — ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENGENHARIA SANITÁRIA E
AMBIENTAL**

**AESBE — ASSOCIAÇÃO DAS EMPRESAS DE SANEAMENTO BÁSICO
ESTADUAIS**

**ASSEMAE — ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIÇOS MUNICIPAIS DE
SANEAMENTO**

CAESB — COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE BRASÍLIA

CORSAN — COMPANHIA RIOGRANDENSE DE SANEAMENTO

**SABESP — COMPANHIA DE SANEAMENTO BÁSICO DO ESTADO DE SÃO
PAULO**

ABRASCO — ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CEBES — CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

GRUPO TÉCNICO DE FLUORETAÇÃO

- *Gilberto Alfredo Pucca Junior* – Área Técnica de Saúde Bucal/MS
- *Renato Rocha Fonteles* – Área Técnica de Saúde Bucal/MS
- *Paulo Capel Narvai* – Comitê Técnico Científico de Assessoramento/ATSB/MS
- *Oswaldo Carro Buendia* – Consultor de Fluoretação/MS
- *Nolan Ribeiro Bezerra* – Fundação Nacional da Saúde/MS
- *Márcia Oliveira* – Fundação Nacional da Saúde/MS
- *Isaias S. Pereira* – Fundação Nacional da Saúde/MS
- *Osman de Oliveira* – Fundação Nacional da Saúde/MS
- *Marinaldo da Silva Valente* – Fundação Nacional da Saúde/MS
- *Mariely Helena Barbosa Maciel* – Fundação Nacional da Saúde/MS
- *Sergio A. Gonçalves* – Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental/MC
- *Maria Carmen Braga* - Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental/MC
- *Jorge Sayde* – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- *Jacira Azevedo Cândia* – Organização Pan-Americana de Saúde
- *Leonor Cristina Tochetto Silveira* – Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul
- *Denise M. E. Formaggia* – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
- *Ailton D. Morilhas Rodrigues* – Conselho Federal de Odontologia
- *José Alberto Cabral Botelho* – Conselho Federal de Odontologia
- *Luiz Roberto Craveiro Campos* – Associação Brasileira de Odontologia
- *Sonia Groisman* – Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde
- *Fausto Ribeiro Tancredi* – Federação Interestadual dos Odontologistas
- *Armando Souza Dourado* – Federação Nacional dos Odontologistas
- *Getúlio Martins* - Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental
- *Armando Perez Flores* – Associação das Empresas de Saneamento Básico Estaduais
- *Silvano Silvério da Costa* – Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento
- *Norma Lucia de Carvalho* – Companhia de Água e Esgoto de Brasília
- *Marinho Emilio Graff* – Companhia Riograndense de Saneamento

CURRICULO LATTES

Antonio Carlos de Souza Neto

Curriculum Vitae

Dados pessoais

Nome Antonio Carlos de Souza Neto
Filiação Benedito Soares de Souza e Maria Aurelice Ancelmo de Souza
Nascimento 03/02/1987 - Paulo Afonso/BA - Brasil

Endereço residencial Rua João Sbarai, 168 – apto 08
 Jardim Rizzo, Butantã – São Paulo
 05587-060, SP - Brasil
 Telefone: +55 (11) 98361 1997

Endereço profissional Prefeitura Municipal de Penedo, Secretaria Municipal de Saúde
 Av. Getúlio Vargas, S/N
 Centro Histórico - Penedo
 57200000, AL - Brasil
 Telefone: 82 35516179

Endereço eletrônico E-mail para contato: tonhocarlos87@gmail.com
 E-mail alternativo neto.odonto2010@gmail.com

Formação acadêmica/titulação

- 2015 - 2017** Mestrado em Saúde Pública.
 Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
 Título: Princípios e regras invocados no debate de uma política intersetorial de saúde: a proposta de revogação da fluoretação da água no Brasil, Ano de obtenção: 2017
 Orientador: Paulo Frazão
 Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- 2013 - 2013** Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde do SUS.
 Hospital Sírio-Libanês, SIRIO-LIBANÊS, São Paulo, Brasil
 Título: Educação a Distância e seus elementos.
 Orientador: Edilaine Soares
- 2012 - 2013** Especialização em Saúde Pública.
 Universidade Federal de Alagoas, UFAL, Maceió, Brasil
 Título: Atenção à Saúde: Dificuldades Enfrentadas pelos Indivíduos Surdos de uma Associação de Alagoas.
 Orientador: Izabel Maia Novaes
- 2006 - 2010** Graduação em Odontologia.
 Universidade Federal de Alagoas, UFAL, Maceió, Brasil
 Título: O Indivíduo Surdo e a Atenção à Saúde.
 Orientador: Izabel Maia Novaes
- 2011 - 2012** Aperfeiçoamento em Tratamento endodôntico em Dentes Posteriores.
 Associação Brasileira de Odontologia de Alagoas, ABO-AL, Brasil
 Título: Não Aplicável
 Orientador: Não Aplicável
- 2008 - 2008** Aperfeiçoamento em Processos Gerais Aplicados à Patologia Bucal.
 Associação Brasileira de Odontologia de Alagoas, ABO-AL, Brasil
 Título: Não Aplicável
 Orientador: Não Aplicável

Formação complementar

2015 - 2015	Curso de curta duração de Capacitação em Atenção à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade. (Carga horária: 120h). Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, Brasil
2015 - 2015	Curso de curta duração em Treinamento sobre PubMed/MEDLINE. (Carga horária: 4h). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP/USP, Brasil
2015 - 2015	Curso de curta duração em Treinamento sobre Lilacs/BVS/SciELO. (Carga horária: 4h). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP/USP, Brasil
2015 - 2015	Metodologia qualitativa: vertentes teórico-metodológicas. (Carga horária: 3h). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, EEUSP, Brasil
2013 - 2014	Capacitação para atendimento de deficientes no SUS. (Carga horária: 160h). Universidade Aberta do SUS - Pólo UFPE, UNASUS-UFPE, Brasil
2014 - 2014	Curso de curta duração em Ciências Sociais e Trabalho em Saúde. (Carga horária: 40h). Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Instituto Oswaldo Cruz, ENSP-FIOCRUZ, Brasil
2011 - 2011	Curso de curta duração em Instrumentação de Canais Radiculares. (Carga horária: 4h). Associação Brasileira de Odontologia de Alagoas, ABO-AL, Brasil
2009 - 2010	Extensão universitária em PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde. (Carga horária: 624h). Universidade Federal de Alagoas, UFAL, Maceió, Brasil Bolsista do(a): Ministério da Saúde
2010 - 2010	Extensão universitária em Promoção e prevenção em Saúde Bucal com crianças de 0 a 5 anos de idade. (Carga horária: 130h). Universidade Federal de Alagoas, UFAL, Maceió, Brasil
2009 - 2010	Monitoria em Saúde Coletiva. (Carga horária: 120h). Universidade Federal de Alagoas, UFAL, Maceió, Brasil
2010 - 2010	Curso de curta duração em Enxertos de Tecido Conjuntivo para Modificação de Rebordo Alveolar. (Carga horária: 1h). Straumann, STRAUMANN, Brasil
2009 - 2009	Extensão universitária em Vivência no SUS do Interior Alagoas. (Carga horária: 120h). Universidade Federal de Alagoas, UFAL, Maceió, Brasil
2007 - 2007	Curso de curta duração em Reconstrução Facial Utilizando Implantes Osseointegrados. (Carga horária: 3h). Associação Brasileira de Odontologia - seção Rio Grande do Norte (RN), ABO - RN, Brasil
2007 - 2007	Curso de curta duração em Dentística em Odontopediatria. (Carga horária: 8h). Universidade Federal de Alagoas, UFAL, Maceió, Brasil
2007 - 2007	Curso de curta duração em Oclusão Relacionada às Especialidades Odontológicas. (Carga horária: 4h).

Associação Brasileira de Odontologia - seção Rio Grande do Norte (RN), ABO - RN, Brasil

2000 - 2004 Curso Regular de Língua Inglesa. (Carga horária: 405h).
Casa de Cultura Britânica, CCB, Brasil

Atuação profissional

1. Prefeitura Municipal de Penedo - PM/P

Vínculo institucional

2012 - Atual Vínculo: Servidor público.
Enquadramento funcional: Cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família.
Carga horária: 40h.
Regime: Integral

2. Clínica Odontológica PróDente - PRÓDENTE

Vínculo institucional

2011 - 2012 Vínculo: Clínico geral.
Enquadramento funcional: Autônomo.
Carga horária: 40h.
Regime: Integral
Outras informações: Clínica particular, onde foi realizado trabalho por produção (porcentagem em cima da produção).

Áreas de atuação

1. Odontologia
2. Saúde Pública

Idiomas

Inglês	Compreende Bem, Fala Bem, Escreve Bem, Lê Bem
Espanhol	Compreende Bem, Fala Pouco, Escreve Pouco, Lê Bem
Francês	Compreende Pouco, Fala Razoavelmente, Escreve Pouco, Lê Pouco

Prêmios e títulos

2010 Excelência Acadêmica do Trabalho Projeto Futuro Sorridente: Relato da Vivência, Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Produção

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1. **SOUZA NETO, A. C.**; ALMEIDA, A. L.; SANTOS JUNIOR, P. R.; NOVAES, I. M.
Vivência da odontologia no PET-Saúde da Família da UFAL. Aprendizado de ações coletivas baseado no ensino-pesquisa-extensão acadêmicos. Revista da ABENO, v.11, p.3 - 136, 2011.

Trabalhos publicados em anais de eventos (resumo)

1. MELO, B. E. D.; LEITE, H. O.; SANTOS, L. C. O.; ASSIS, T. A.; ALENCAR, K. X. V.; **SOUZA NETO, A. C.**; LOPES, A. C.; MELO, L. E. F.; COSTA, L. M. O. C.
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL AS CRIANÇAS DE 0 A 05 ANOS DE IDADE NO MUNICÍPIO DE PORTO CALVO-AL, NO ANO DE 2010 In: Congresso Acadêmico 2010 Excelência Acadêmica com Inclusão Digital, 2010, Maceió.

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL AS CRIANÇAS DE 0 A 05 ANOS DE IDADE NO MUNICÍPIO DE PORTO CALVO-AL, NO ANO DE 2010. Maceió: Edufal, 2010.

2. ALENCAR, K. X. V.; COSTA, L. M. O. C.; LOPES, A. C.; **SOUZA NETO, A. C.**; MELO, B. E. D.; LEITE, H. O.; SILVA, B. P.; MELO, L. E. F.; ASSIS, T. A.; SANTOS, L. C. O.

Projeto Futuro Sorridente: Relato da Vivência In: Congresso Acadêmico 2010 Excelência Acadêmica com Inclusão Digital, 2010, Maceió.

Projeto Futuro Sorridente: Relato da Vivência. Maceió: Edufal, 2010.

3. **SOUZA NETO, A. C.**; NOVAES, I. M.; ALMEIDA, A. L.

RELATO DE VIVÊNCIA NO PET-SAÚDE In: Congresso Acadêmico 2009: Excelência Acadêmica com Inclusão Digital, 2009, Maceió.

Relato de Vivência no PET-Saúde. Maceió: Edufal, 2009.

4. **SOUZA NETO, A. C.**; NOVAES, I. M.; ALMEIDA, A. L.

Relato de Vivência no PET-Saúde. In: Congresso Acadêmico da Universidade Federal de Alagoas 2009, 2009, Maceió. **Anais Congresso Acadêmico 2009.** Maceió: EDUFAL, 2009. p.575 - 575

5. **SOUZA NETO, A. C.**; TEIXEIRA, P.; TORRES, Q. N.; ASSIS, T. A.; LIMA, J. C.

Vivência do SUS no Município de Dois Riachos - AL: Relato de Experiência In: Congresso Acadêmico 2009: Excelência Acadêmica com Inclusão Digital, 2009, Maceió.

Vivência do SUS no Município de Dois Riachos - AL: Relato de Experiência, 2009.

6. **SOUZA NETO, A. C.**; LIMA, J. C.; TEIXEIRA, P.; TORRES, Q. N.; ASSIS, T. A.

Vivência do SUS no Município de Dois Riachos-AL: Relato de Experiência In: Congresso Acadêmico da Universidade Federal de Alagoas 2009, 2009, Maceió.

Anais Congresso Acadêmico 2009. Maceió: EDUFAL, 2009. p.574 - 574

7. **SOUZA NETO, A. C.**; CASTRO, A. F. S.; SOUZA, A. O.; COSTA, P. J. C.; COSTA FILHO, J. Z.
VARIAÇÕES MORFOLÓGICAS DOS TERCEIROS MOLARES vs. COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS. In: XV Congresso Internacional de Odontologia da Bahia, 2008, Salvador. **Anais - XV CIOBA,** 2008. p.69.

8. COSTA, P. J. C.; **SOUZA NETO, A. C.**; SOUZA, A. O.; CASTRO, A. F. S.; COSTA FILHO, J. Z.; FRAGOSO, W. S. VARIAÇÕES MORFOLÓGICAS DOS TERCEIROS MOLARES vs. COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS. In: X REUNIÃO DA SOCIEDADE NORDESTINA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 2008, CARUARU. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada (Impresso).** JOÃO PESSOA: EDITORA UNIVERSITÁRIA, 2008. v. 8. p.07 - 112

Trabalhos publicados em anais de eventos (resumo expandido)

1. **SOUZA NETO, A. C.**; ASSIS, T. A.; LEITE, H. O.; ALENCAR, K. X. V.; COSTA, L. M. O. C.; LOPES, A. C.; MELO, B. E. D.; SILVA, B. P.; MELO, L. E. F.; SANTOS, L. C. O.
Projeto Futuro Sorridente: Relato da Vivência In: Congresso Acadêmico da UFAL, 2010, Maceió.
ANAIS 2010. 2010.

Apresentação de trabalho e palestra

1. **SOUZA NETO, A. C.**; FRAZAO, P.
FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO: ASPECTOS POLÍTICOS DA TRAMITAÇÃO DO PROJETO DE LEI 510/2003, 2016. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

2. **SOUZA, C. R.**; **SOUZA NETO, A. C.**; BOTAZZO, C.; ARAUJO, R. B.; BARBOSA, H. A. S.; RIBEIRO, T. N.; OLIVEIRA, T. A. E. R.; CARVALHO, K.; AKERMAN, M.
PRIVILÉGIOS E DESVANTAGENS: UMA ABORDAGEM A PARTIR DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2016. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

3. **SOUZA NETO, A. C.**
O SUS QUE TEMOS E QUE QUEREMOS: DESAFIOS DO FINANCIAMENTO, GESTÃO E CONTROLE SOCIAL., 2015. (Conferência ou palestra, Apresentação de Trabalho)

4. **LIMA, B. S. S.**; **SANTANA, Q. P.**; **OLIVEIRA JUNIOR, A. C.**; **SANTOS, D. S.**; **SOUZA NETO, A. C.**
A equipe multidisciplinar do PET-Saúde na construção da humanização em uma Unidade de Saúde da Família de Maceió-AL., 2011. (Outra, Apresentação de Trabalho)

5. **SOUZA NETO, A. C.**; **ALMEIDA, A. L.**; **SANTOS JUNIOR, P. R.**; **NOVAES, I. M.**
Vivência da Odontologia no PET-Saúde da Família da UFAL, 2011. (Outra, Apresentação de Trabalho)

6. **SOUZA NETO, A. C.**; **ALMEIDA, A. L.**; **SANTA MARIA, S.L.**; **RAMOS, A.O.**
VIVÊNCIA NO PET-SAÚDE DA UFAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA, 2010. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

7. **SOUZA NETO, A. C.**; **NOVAES, I. M.**; **ALMEIDA, A. L.**
RELATO DE VIVÊNCIA NO PET-SAÚDE, 2009. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

8. **SOUZA NETO, A. C.**; **ASSIS, T. A.**; **TEIXEIRA, P.**; **LIMA, J. C.**; **TORRES, Q. N.**
VIVÊNCIA DO SUS NO INTERIOR DE ALAGOAS NO MUNICÍPIO DE DOIS RIACHOS, 2009. (Seminário, Apresentação de Trabalho)

9. **SOUZA NETO, A. C.**; **LIMA, J. C.**; **TEIXEIRA, P.**; **TORRES, Q. N.**; **ASSIS, T. A.**
Vivência do SUS no Município de Dois Riachos - AL: Relato de Experiência, 2009. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

10. **COSTA, P. J. C.**; **SOUZA NETO, A. C.**; **SOUZA, A. O.**; **CASTRO, A. F. S.**; **COSTA FILHO, J. Z.**
VARIAÇÕES MORFOLÓGICAS DOS TERCEIROS MOLARES vs. COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS. 2008. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

11. **COSTA, P. J. C.**; **SOUZA, A. O.**; **SOUZA NETO, A. C.**; **COSTA FILHO, J. Z.**; **FRAGOSO, W. S.**; **CASTRO, A. F. S.**
VARIAÇÕES MORFOLÓGICAS DOS TERCEIROS MOLARES vs. COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS. 2008. (Outra, Apresentação de Trabalho)

Produção técnica

Demais produções técnicas

1. **MOUSINHO, V.**; **MOUSINHO, N. B.**; **SOUZA NETO, A. C.**

Curso Básico de Preparo de Sushi e Sashimi, 2013. (Outra produção técnica)

Educação e Popularização de C&T

Participação em eventos, congressos, exposições, feiras e olimpíadas

1. **7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, 2016. (Oficina)
MATERIAIS INFORMACIONAIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DAS PESQUISAS EM SAÚDE SEXUAL NA PRODUÇÃO DE RECURSOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Eventos

Eventos

Participação em eventos

1. Apresentação Oral no(a) **7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, 2016. (Congresso)
FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO: ASPECTOS POLÍTICOS DA TRAMITAÇÃO DO PROJETO DE LEI 510/2003.

2. Apresentação de Poster / Paineis no(a) **7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, 2016. (Congresso)
PRIVILÉGIOS E DESVANTAGENS: UMA ABORDAGEM A PARTIR DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE.

3. **7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, 2016. (Oficina)
MATERIAIS INFORMACIONAIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DAS PESQUISAS EM SAÚDE SEXUAL NA PRODUÇÃO DE RECURSOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE.

4. **22nd IUHPE World Conference on Health Promotion**, 2015. (Congresso)
PRIVILÉGIOS E DESVANTAGENS: UMA ABORDAGEM A PARTIR DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE.

5. **Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil**, 2015. (Seminário).

6. Apresentação (Outras Formas) no(a) **XXVIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**, 2012. (Congresso) RELATORIA.

7. **46ª Reunião da Associação Brasileira de Ensino Odontológico**, 2011. (Encontro)

8. **FLOURAL - Fórum sobre a Fluoretação das Águas de Alagoas**, 2011. (Encontro)

9. Apresentação Oral no(a) **I Mostra de Experiências Exitosas dos Projetos Pró-Saúde, PET-Saúde e Telessaúde da área de Odontologia**, 2011. (Outra)
Vivência da Odontologia no PET-Saúde da Família da UFAL.

10. Conferencista no(a) **Palestra de Gestão Pública para alunos do 9º período da FOUFAL. (2011.1)**, 2011. (Seminário)
SUS: o real e o legal.

11. Conferencista no(a) **Palestra de Gestão Pública para alunos do 9º período da FOUFAL. (2011.1)**, 2011. (Seminário)
Legislação Básica de Saúde.

12. Conferencista no(a) **Palestra de Gestão Pública para alunos do 9º período da FOUFAL. (2011.2)**, 2011. (Seminário)

SUS: o real e o legal.

13. Conferencista no(a) **Palestra de Gestão Pública para alunos do 9º período da FOUFAL. (2011.2), 2011. (Seminário)**
Legislação Básica de Saúde.

14. **28º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO, 2010. (Congresso)**

15. **AValiação das Condições de Saúde dos Alunos das Escolas Públicas Municipais, 2010. (Outra)**

16. **CURSO SOBRE RETRATAMENTO DE CANAL - PROF DR. HÉLIO LOPES, 2010. (Seminário)**

17. Apresentação Oral no(a) **Congresso Acadêmico 2010 Excelência Acadêmica com Inclusão Digital, 2010. (Congresso)**
Projeto Futuro Sorridente: Relato da Vivência.

18. **FDI Annual World Dental Congress, 2010. (Congresso)**

19. Apresentação Oral no(a) **I CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2010. (Congresso)**
VIVÊNCIA NO PET-SAÚDE DA UFAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

20. Apresentação (Outras Formas) no(a) **PROJETO DE EXTENSÃO "VIVÊNCIA NO SUS DO INTERIOR DE ALAGOAS", 2010. (Outra)**
VIVÊNCIA DO SUS NO MUNICÍPIO DE DOIS RIACHOS - AL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

21. Conferencista no(a) **CAPACITAÇÃO EM AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 2009. (Oficina)**
AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

22. Apresentação Oral no(a) **CONGRESSO ACADÊMICO 2009: EXCELÊNCIA ACADÊMICA COM INCLUSÃO SOCIAL., 2009. (Congresso)**
RELATO DE VIVÊNCIA NO PET-SAÚDE.

23. Apresentação Oral no(a) **CONSTRUINDO A CLÍNICA AMPLIADA NA ATENÇÃO BÁSICA, 2009. (Seminário)**
VIVÊNCIA DO SUS NO INTERIOR DE ALAGOAS NO MUNICÍPIO DE DOIS RIACHOS.

24. **Campanha de Rastreamento do Câncer de Boca em Maceió, 2009. (Outra)**

25. Apresentação Oral no(a) **Congresso Acadêmico 2009: Excelência Acadêmica com Inclusão Digital, 2009. (Congresso)**
Vivência do SUS no Município de Dois Riachos - AL: Relato de Experiência.

26. **I CICLO DE PALESTRAS DO CENTRO ACADÊMICO DE ODONTOLOGIA DA UFAL, 2009. (Seminário)**

27. **I OFICINA PET-SAÚDE - OFICINA DE PESQUISA, 2009. (Seminário)**

28. **IX CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2009. (Congresso)**

29. **PALESTRA: REABSORÇÕES DENTÁRIAS, 2009. (Seminário)**

30. **XI CONGRESSO DE ODONTOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE, 2009. (Congresso)**

31. **I SEMINÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA, 2008. (Seminário)**

32. Apresentação de Pôster/Painel no(a) **X REUNIÃO DA SOCIEDADE NORDESTINA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA**, 2008. (Encontro)
VARIAÇÕES MORFOLÓGICAS DOS TERCEIROS MOLARES vs. COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS.
33. Apresentação de Pôster/Painel no(a) **XV CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA DA BAHIA**, 2008. (Congresso)
 Variações morfológicas do terceiros molares X complicações cirúrgicas.
34. **CURSO DE DENTÍSTICA EM ODONTOPEDIATRIA**, 2007. (Seminário)
35. **III ENCONTRO DO PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL**, 2007. (Encontro)
36. **PALESTRA COM TEMA "HALITOSE"**, 2007. (Seminário)
37. **X CONGRESSO DE ODONTOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE**, 2007. (Congresso)

Totais de produção

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódico.....	1
Trabalhos publicados em anais de eventos.....	9
Apresentações de trabalhos (Conferência ou palestra).....	1
Apresentações de trabalhos (Congresso).....	6
Apresentações de trabalhos (Seminário).....	1
Apresentações de trabalhos (Outra).....	3

Produção técnica

Outra produção técnica.....	1
-----------------------------	---

Eventos

Participações em eventos (congresso).....	14
Participações em eventos (seminário).....	13
Participações em eventos (oficina).....	2
Participações em eventos (encontro).....	4
Participações em eventos (outra).....	4