**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as
políticas públicas de saúde**

Grasiele Fretta Fernandes

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

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

**São Paulo
2011**

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde

Grasiele Fretta Fernandes

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

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

**São Paulo
2011**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

À minha mãe Nelma, por ter me ensinado que a educação e o conhecimento são as grandes armas para lutarmos em busca de uma sociedade mais justa.

Ao meu irmão, parentes e amigos, por todo o apoio, em todos os momentos difíceis dessa caminhada.

A todos aqueles que lutam, cotidianamente, pelo direito à vida com dignidade, e o direito à saúde.

Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela força e coragem que tem me dado durante toda a minha vida.

Aos meus pais pela educação, incentivo, amor, luta e compreensão, entendendo minhas ausências e, me estimulando para que eu não desistisse nos momentos difíceis.

Ao meu amigo, Diogo que, mesmo distante e nem sempre juntos, dedicou afeto e atenção.

Ao meu irmão Guilherme, por todo companheirismo e carinho dedicado durante esses anos.

À minha grande amiga Keila Brito por ter demonstrado o mais profundo afeto e companheirismo nesses anos de caminhada, durante o Mestrado, em momentos em que desistir, parecia a única saída. Agradeço pelas lágrimas, risadas, abraços, conversas intermináveis, e pela eterna fonte de inspiração embasada na sua incrível competência acadêmica.

Ao Carlos por, nesses momentos finais, ter dedicado tempo e carinho, demonstrando a mais profunda compreensão e a certeza, com olhares sinceros, de que ‘tudo ia dar certo’.

Ao meu professor e orientador, Paulo Capel Narvai, pelo apoio, incentivo e paciência durante o desenvolvimento desse trabalho, e por todas as horas dedicadas a esse fim.

Aos professores Celso Zilbovicius e José Leopoldo Ferreira Antunes, por aceitarem o convite em participar da banca julgadora e, com muita competência e sensibilidade, contribuírem de forma ímpar no desenvolvimento desse trabalho.

A todos os meus familiares pela torcida, apoio e compreensão durante essa jornada que, por muitas vezes, foi muito difícil continuar.

À Profª e amiga, Regina Marques, por todo auxílio, amizade, e horas de conversa nos momentos de grandes dificuldades.

Aos meus amigos ‘paulistanos’, especialmente, Dani, Nayara, Jana, Hugo, Dorival, Marcinha, Maressa, Renata, Luiz Felipe, e Luiz Vicente, por toda acolhida, ajuda e pelos momentos de felicidade que me proporcionaram.

Aos meus amigos do Sul, especialmente Nissrin e André por, mesmo distantes, estarem sempre tão presentes na minha vida.

À Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, seus funcionários e corpo docente.

Ao CNPq, pela bolsa de estudos e o financiamento desta pesquisa.

A todos que, embora não tenham sido citados, contribuíram de forma inquestionável para que esse trabalho fosse concretizado.

“É preciso atrair violentamente a atenção para o presente do modo como ele é se quer transformá-lo. Pessimismo da inteligência, otimismo da vontade.”

Antonio Gramsci

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

1aCNSB – 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal
2aCNSB – 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal
3aCNSB – 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO – Centro de Especialidade Odontológica
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
EC 29 – Emenda Constitucional nº 29
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
IES – Instituições de Ensino Superior
PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PLC – Projeto de Lei Complementar
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PIB – Produto Interno Bruto
RF – Relatório Final
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SB – Saúde Bucal
SIOPS – Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Fernandes GF. A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde [mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

A possibilidade de representantes da comunidade participarem da formulação e controle da execução de políticas públicas de saúde é uma conquista consagrada na Constituição Brasileira, e normatizada pela Lei 8142/90. Essa participação, como exercício de poder político, é efetivada por meio das Conferências e Conselhos de Saúde. A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (3aCNSB), realizada em 2004, analisou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e apresentou à sociedade um conjunto de 298 propostas, reunidas no Relatório Final dessa Conferência, na perspectiva de enfrentar os problemas detectados nessa área. O objetivo deste estudo foi analisar propostas resultantes da 3aCNSB, identificando a realização ou não de cada proposta, nas três esferas de gestão do Estado brasileiro. Trata-se de pesquisa qualitativa, com propósito avaliativo, expressando percepções de diferentes atores sociais, escolhidos intencionalmente, vinculados aos segmentos que compõem o denominado ‘controle social’ no âmbito do SUS, ou seja, representantes de usuários, trabalhadores e gestores de saúde. Essa representação por segmento teve a finalidade de reproduzir a lógica tripartite adotada para a composição de Conselhos e Conferências de Saúde. O documento que serviu como referencial das proposições analisadas foi o Relatório Final da 3aCNSB. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semi-estruturado, auto-aplicável, desenvolvido a partir do conteúdo das propostas a serem analisadas, disponibilizado aos sujeitos da pesquisa, por meio de um website (www.pesquisa3cnsb.odo.br). A coleta foi realizada entre julho de 2010 e janeiro de 2011. Os dados foram compilados, agrupados, categorizados e submetidos à análise de conteúdo. Contatou-se que, embora as conferências sejam espaços institucionalizados de participação direta da sociedade civil, há problemas, limites e restrições à incorporação das suas demandas. No caso da 3aCNSB observou-se que propostas discutidas e aprovadas no evento não vêm sendo implementadas plenamente, tanto na esfera federal quanto por parte de estados

e municípios. Embora a PNSB tenha sido uma das prioridades do Ministério da Saúde desde a realização da 3aCNSB, a percepção dos atores consultados é de que, principalmente nas esferas estaduais e municipais, não houve priorização para a PNSB, nem houve aumento proporcional nos investimentos em saúde bucal. Em consequência, ainda que não exclusivamente por isso, muitas ações e serviços de saúde bucal, propostos na 3aCNSB deixaram de ser executados, gerando a percepção de que, em termos nacionais, os avanços possíveis no setor não se concretizaram, com uma ou outra exceção. Por essa razão conclui-se que a 3aCNSB contribuiu para a consolidação da PNSB no âmbito do SUS, mas exigirá nos próximos anos, especial atenção e ação dos Conselhos de Saúde, assim como vontade política e articulação entre os três níveis de gestão do Estado Brasileiro, para concretizar ações em defesa do direito universal à saúde bucal.

Descritores: Controle social; conferências de saúde; conferências de saúde bucal.

ABSTRACT

Fernandes GF. The 3rd National Conference on Oral Health and public health policies [master degree]. São Paulo: University of Public Health, 2011.

The possibility of community representatives participate in the formulation and control of implementation of the public health policies is an achievement enshrined in the Brazilian Constitution, and it is regulated by Law 8142/90. This participation, as an exercise of political power, is affected through the Conferences and Councils of Health. The 3rd National Conference on Oral Health (3aCNSB) held in 2004, analyzed the National Oral Health Policy (NBSP) and presented to society a set of 298 proposals, all set in the Final Report of the Conference, with the proposal of facing the identified problems in this area. The objective of this study was to examine the proposals from 3aCNSB, identifying the achievement or not of each proposal, in the three levels of management of the Brazilian state. This is qualitative research, with evaluation purpose, expressing perceptions of different social actors, chosen intentionally, associated to the segments that make the called 'social control' in the SUS sphere, or, the user representatives, employees and health managers. This representation by segment was designed to reproduce the logic adopted for the composition of Councils and Conferences of Health. The document that served as reference of the analyzed propositions was the Final Report of 3aCNSB. The data collection was performed using a semi-structured form, self-administered, developed from the content of the proposals to be analyzed, provided to the research persons, through a website (www.pesquisa3cnsb.odo.br). The data collection was conducted between July 2010 and January 2011. The data were compiled, grouped, categorized and submitted to content analysis. It was noted that, although conferences are institutionalized spaces for direct participation of the civil society, there are problems, limits and restrictions on the incorporation of their demands. In the case of the 3aCNSB was observed that discussed and approved proposals at the event are not being fully implemented. Although the PNSB has been a priority for the Ministry of Health since the completion of 3aCNSB, the perception of the consultation actors is

that, particularly in state and municipal spheres, no prioritization for PNSB was made and there was no proportional investment in investment in oral health. As a result, although not exclusively so, many actions and oral health services, proposed in 3aCNSB was not implemented, creating the perception that, in national terms, the possible improvements in the sector have not been materialized, with one or another exception. For this reason it is concluded that the 3aCNSB contributed to the consolidation of PNSB in the SUS sphere, but will require in the coming years, special attention and action of the Councils of Health as well as political will and coordination among the three management levels of the Brazilian State, to implement actions to defend the universal right to oral health.

Descriptors: Social Control; health conferences, oral health conferences.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	14
1 SAÚDE E DEMOCRACIA NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DE UM REFERENCIAL TEÓRICO	17
1.1 O PROCESSO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO NA SAÚDE	17
1.2 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE	20
1.3 CONTEXTUALIZANDO A EXPRESSÃO ‘CONTROLE SOCIAL’	21
1.4 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL INSTITUCIONALIZADA: CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE	23
1.5 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE BUCAL	25
1.6 A 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	27
2 OBJETIVOS	34
2.1 GERAL	34
2.2 ESPECÍFICOS	34
3 QUADRO-SÍNTESE: DO MARCO TEÓRICO AOS OBJETIVOS	35
4 PERCURSO METODOLÓGICO	36
4.1 DOCUMENTO BASE	36
4.2 DESENHO DO ESTUDO	36
4.3 ANÁLISE DOS DADOS	50
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	51
4.5 NORMAS DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5.1 EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA	55
5.1.1 Integralidade das ações em Saúde Bucal	55
5.1.2 Intersetorialidade	60
5.2 CONTROLE SOCIAL, GESTÃO PARTICIPATIVA E SAÚDE BUCAL	63
5.3 FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE BUCAL	69

5.3.1 Reforma Curricular e Recursos Humanos	69
5.4 FINANCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	73
5.4.1 Financiamento em Saúde	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
7 REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	96
Anexo 1 – Endereço eletrônico do Relatório Final da 3aCNSB	96
Anexo 2 – Correspondência eletrônica especialistas	97
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento	98
Anexo 4 - Correspondência eletrônica participantes da pesquisa	99
Anexo 5 – Questionário semi-estruturado	100
Anexo 6 - Ofício Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública	121
Anexo 7 – Primeira página do Currículo Lattes do orientador	122
Anexo 8 – Primeira página do Currículo Lattes do aluno	123

APRESENTAÇÃO

O Brasil, a partir da segunda metade do século XX, é marcado por profundas mudanças políticas, ideológicas e sociais, em direção à Saúde Coletiva enquanto discurso e prática, e ao atual sistema de saúde brasileiro. Ambos resultam do processo decorrente da profunda crise do Estado brasileiro ao final dos anos 1970 e início dos 1980, que culminou na transição democrática e na elaboração de uma nova Constituição, promulgada em 1988, na perspectiva de superar o modelo médico assistencial privatista de atenção à saúde, em direção à concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado.

Foram mudanças essenciais de cunho ideológico e político, as quais influenciaram, diretamente, a forma de pensar política pública. A saúde deixa de ser pensada, meramente, como assistencialista, e passa a ser entendida como um direito fundamental (TEIXEIRA, 1989).

Ao se entender saúde e assistência como bens públicos a serviço de todos os cidadãos brasileiros, surge uma movimentação em direção a redefinição da política, no intuito de assegurar a universalização do direito à saúde.

A redemocratização política brasileira, conquistada definitivamente com a promulgação da Constituição Federal, marca um novo cenário para o exercício da cidadania no país (DALLARI e FORTES, 1997; SOARES, 2000). Na área da saúde, a emergência de uma institucionalidade dos mecanismos de participação da comunidade, permitiu que os segmentos organizados da sociedade civil ganhassem voz diante do processo de gestão da política de saúde (GUIZARDI et al, 2004; PINHEIRO et al, 2005).

Tal fato ganha importância quando se visualizam os avanços que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou no âmbito da proteção social da população, sobretudo para os segmentos de maior vulnerabilidade (BRASIL, 1988; BAHIA et al, 2007). O SUS, balizado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade das ações e serviços (BRASIL, 1990a), tem como

diretrizes enunciadas, no texto constitucional, a sua organização de forma descentralizada e com a participação da comunidade.

A participação da comunidade na construção de políticas públicas de saúde é, portanto, uma conquista consagrada na Constituição Brasileira e normatizada pela Lei nº 8142/90 (GUIZARDI et al, 2004), sendo efetivada por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, esse último com caráter deliberativo e fiscalizador (GUIZARDI et al, 2004; PINHEIRO et al, 2005).

A partir do embasamento legal com as Conferências, como espaço de Controle Social, com o papel de formular as diretrizes da política de saúde nas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 2005), o princípio da participação da comunidade se completa. As Conferências surgem como uma das arenas nas quais a participação da comunidade se antecipa à formulação de políticas, pois se volta para desenhar princípios, diretrizes e pressupostos que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte (GUIZARDI et al, 2004).

No contexto das Conferências, temos as chamadas Conferências Temáticas as quais se ocupam de temas específicos e seguem a mesma lógica, legislação e pressupostos das Conferências de Saúde. Dentre essas temos as Conferências de Saúde Bucal.

Esse enfoque dado à participação da comunidade e, especificamente, as Conferências de Saúde como instrumento democrático, vem na tentativa de relativizar o contexto prévio desenvolvido com o objeto de nosso estudo: *o relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (3aCNSB)*. O Relatório Final apresenta as principais discussões da Conferência e detalha as propostas apresentadas pelos diversos grupos participantes. A ênfase no relatório decorre da sua importância como mediador entre a Conferência e o cotidiano da formulação de políticas públicas.

Dessa forma, o objetivo central desse estudo, foi analisar propostas geradas na 3aCNSB correlacionando-as com as políticas públicas de saúde bucal desenvolvidas nas três esferas de gestão do Estado brasileiro, pautado na percepção de diferentes atores sociais.

Diante do cenário apontado pelo estudo, embasado nos diferentes significados e percepções trazidas pelo atores consultados, percebe-se a relevância da discussão no que tange a avaliação de propostas geradas em Conferências de Saúde, nesse caso, Conferências de Saúde Bucal. A análise de tais propostas sinaliza para a concretização de respostas sob o prisma da democratização das políticas de saúde, uma vez que as Conferências, em tese, são instrumentos sociais que expressam e conduzem à materialização do princípio democrático.

1 SAÚDE E DEMOCRACIA NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DE UM REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 O PROCESSO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO NA SAÚDE

“As idéias e opiniões não ‘nascem’ espontaneamente no cérebro de um indivíduo: tiveram um centro de formação, de irradiação, de difusão, de persuasão, houve um grupo de homens ou até mesmo uma individualidade que as elaborou e apresentou na forma política de atualidade” (GRAMSCI, 2000, p.82).

A concepção de individual e coletivo surge a partir de como se dá uma organização social assim como, de que forma são estabelecidas as relações entre os sujeitos dessa sociedade. A idéia de cidadania, entendida como um “conjunto e a conjugação de direitos civis, sociais e políticos assegurados aos membros de uma determinada sociedade” e que “adquirem efetividade através do exercício das liberdades individuais, da participação política e do acesso a bens de consumo e à proteção social pública” (LUHMAN, 1983), é primordial na construção da ideologia liberal do Estado, como representante da vontade coletiva.

O mundo pós-Segunda Grande Guerra, no contexto Ocidental, traz à tona aspectos importantes que começam a ganhar espaço e proporções de discussão no que diz respeito às Políticas de Seguridade Social. Primeiro pelas mazelas marcadamente deixadas pelo próprio conflito no que se refere a condições de saúde e sociedade. Segundo por uma questão meramente econômica. Um “corpo doente” não é apenas um “corpo doente”. Na lógica do capitalismo globalizado esse corpo é perda de mão de obra para o trabalho e, conseqüentemente, interferência negativa no desenvolvimento da economia (MENDES e MARQUES, 2009).

Inicia-se, diante desse cenário, a discussão de que questões sociais como, por exemplo, saúde e educação influenciam e, muitas vezes, definem um país política e economicamente. E, retomando ao campo saúde, não se ignora mais a relação dessa com o Estado.

Na mesma vertente, vem desenvolvendo-se discussões importantes sobre direitos sociais os quais se referem à garantia das condições para o pleno exercício público dos indivíduos, isso definido já no século XVIII pelos moldes europeus, sofrendo alterações e evoluções no decorrer dos séculos. São direitos fundamentais para que alguém possa participar ativa e livremente, como cidadão, de uma comunidade jurídica. São também chamados direitos positivos e pressupõem iniciativas concretas do Estado para a sua garantia. O seu conjunto está relacionado à autonomia pública dos cidadãos ou à soberania do povo, nas palavras de Habermas (HABERMANS, 1997). Estes direitos estão, contemporaneamente, codificados na Convenção Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 da Organização das Nações Unidas (FRANÇA-JÚNIOR e AYRES, 2000).

A cidadania, como imaginário jurídico-político igualitário, inaugura um campo de lutas pela atualização dos direitos sociais e permite a disputa por um conteúdo que vai desde a normalização burocrática até a construção de identidades emancipatórias (BENJAMIN, 2009).

Enquanto esse processo de mudança, na concepção entre Estado e sociedade, acontecia em grande parte do mundo, o Brasil vivia um retrocesso. As décadas de 1960, 1970 e início da década de 1980, foram marcadas pelo regime autoritário burocrático sendo que, seu período mais repressivo acontece entre o final dos anos 60 e início dos anos 70 (SCOREL, 1999). O país vive, por mais de 20 anos, em um período de total “escuridão” em que, a noção de participação popular e democracia, eram sinônimos de “desordem” e “traição” à pátria (FLEURY, 2009; CÔRTEZ, 2009).

Quando instaurado, o regime autoritário brasileiro se sustentava sobre duas “tarefas”: restaurar a ordem e normalizar a economia. Como consequência da política econômica adotada, uma parcela considerável da população brasileira enfrentou péssimas condições de vida marcadas pela elevação dos níveis de desemprego, queda na renda, e queda no poder aquisitivo das famílias (SCOREL, 1999). Na saúde, além das taxas de mortalidade e morbidade incompatíveis, em tese, com o crescimento da economia que caracterizou o período como o “milagre brasileiro”, a população carecia de dificuldades no acesso a ações e serviços de saúde (SCOREL, 1999; FLEURY, 2009; CÔRTEZ, 2009).

O regime militar, em síntese, de um lado implementava uma política econômica geradora de doenças e riscos à saúde, e de outro lado, aumentava a oferta e diminuía a qualidade dos serviços públicos prestados (ALVES, 1985; ESCOREL, 1999).

Durante o período mais repressivo da ditadura desenvolveu-se um pensamento transformador na área de saúde (ESCOREL, 1999), pensamento esse, com bases universitárias, que veio com o intuito de lutar pelo povo, dar voz aos silenciados (ALVES, 1988). Seu referencial foi a classe trabalhadora e populares. Tal pensamento deu origem ao que conhecemos por Movimento Sanitário, movimento esse ligado às classes populares e à proposta de melhoria de suas condições de vida (AROUCA, 1990).

O Movimento Sanitário ou a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) surge, enquanto proposta, de um longo movimento da sociedade civil, em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde (PAIM, 2008). Caracteriza-se como sendo mais um dos movimentos sociais, crescentes entre as décadas de 1960 e 1970, com uma atuação bem definida e bem visível para outros setores. Enquanto enfrentava a ditadura e denunciava o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendia a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos (PAIM, 2009).

Nesse contexto, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), representando alguns dos canais os quais proporcionavam espaços ricos de debates e maturação da proposta do Movimento da RSB, agregando diversos atores vinculados aos vários grupos sociais organizados na sociedade civil, lançou e defendeu a palavra de ordem “*pela democratização da saúde e da sociedade*” (CEBES, 1979). Compreende-se que, por uma saúde autenticamente democrática, são necessários quatro grande reconhecimentos:

de que a saúde é um direito universal e inalienável do homem; de que são as condições de caráter socioeconômico as que viabilizam a preservação da saúde; de que as ações médicas detêm responsabilidade parcial porém intransferível na promoção da saúde; e, de que, diante do caráter social desse direito cabe à coletividade e ao Estado a sua efetiva implementação (CEBES, 1979) (p.12).

A RSB, enquanto reforma social concebida e desencadeada em um momento de crise de hegemonia, defendia a redemocratização do Estado e da sociedade

(PAIM, 2009), partindo-se do princípio de que, a ausência de participação popular estaria provocando o debilitamento dos princípios democráticos e da cidadania (BAQUERO, 2009).

1.2 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

O início da década de 1980, no contexto brasileiro, caracterizou-se pela crise das políticas sociais do Estado autoritário e, trouxe ao debate, o projeto de descentralização, com uma maciça movimentação e participação da sociedade civil, o que contribuiu de forma determinante para as conquistas alcançadas nesse período (LUZ, 2000).

No final do regime militar, as pressões por mais participação afetavam todas as áreas de políticas públicas. A área da saúde, em contraste com outras, foi uma das que mais intensa e precocemente incorporou mecanismos de participação popular (CÔRTEZ, 2009). O Movimento Sanitário viria a ter um papel decisivo, não somente na construção de um sistema de saúde, mas também na definição do modo de como a participação seria incorporada como elemento constituinte do desenho institucional do sistema (CÔRTEZ, 2002; FERLA e JAEGER, 2002; CÔRTEZ, 2009).

A partir de 1988, com a promulgação da Carta Constitucional, configura-se um novo cenário no Brasil. A nossa conhecida “Constituição Cidadã” promulgada em outubro desse mesmo ano por uma Assembléia Constituinte composta por representantes da sociedade, traz na sua essência a reestruturação do Estado, pautado em uma democracia que concretiza e respeita direitos individuais e coletivos (DALLARI e FORTES, 1997; SOARES, 2000). No texto constitucional, o artigo 196, vem garantir “saúde como direito de todos e dever do Estado [...]”, e o artigo 198 cria um Sistema Único, do tipo Universal de Saúde, pautado nos princípios da Reforma Sanitária (BRASIL, 1988).

Decorridos dois anos da promulgação da Constituição federal o SUS é regulamentado pela lei 8080/90, conhecida como lei Orgânica da Saúde. Porém, vários itens relacionados ao financiamento e a participação da comunidade, foram

vetados pelo então presidente da República, Fernando Collor de Mello. Em decorrência do veto presidencial, no mesmo ano, outra lei foi promulgada a fim de regulamentar a participação da comunidade na saúde e seus instrumentos para exercício, a lei 8142. Tal lei dispõe sobre “*a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e de outras providências*” (BRASIL, 1990b).

O SUS, balizado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade das ações e serviços (BRASIL, 1990a), tem como diretrizes enunciadas, no texto constitucional e nas leis que o regulamentam, a sua organização de forma descentralizada e com a participação da comunidade. Portanto, o *Controle Social*, como forma de participação popular na formulação de políticas públicas, é uma conquista consagrada na Constituição Brasileira (GUIZARDI et al, 2004) e regulamentada pela lei 8142/90 (BRASIL, 1990b).

1.3 CONTEXTUALIZANDO A EXPRESSÃO ‘CONTROLE SOCIAL’

A expressão ‘Controle Social’ tem sua origem na Sociologia. De forma geral, é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais, assegurando a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados (CORREA, 2005). Segundo Mannheim (MANNHEIM, 1971), consiste no “*conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem*”.

Utilizando como referencial teórico o marxista italiano Antonio Gramsci (GRAMSCI, 2000) o qual afirma que “*não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas sim uma relação orgânica entre ambos*”, pode-se inferir que o ‘controle social’ acontece na disputa entre classes pela conquista de sua hegemonia na sociedade civil, e no Estado. Somente a devida análise da correlação de forças entre ambas, em diferentes momentos históricos, possibilitará avaliar que classe

obtem o ‘controle’ sobre o conjunto da sociedade (CORREA, 2005). Assim, a expressão ‘controle social’ é contraditória no que tange a sua conceituação teórica – ora pode ser de uma classe, ora de outra – e está balizada pela referida correlação de forças.

Durante o período da ditadura militar no Brasil, o ‘controle social’ da classe dominante foi exercido através do Estado autoritário sobre a sociedade civil, por meio de decretos secretos, atos institucionais e repressão. Nesse período, a ausência de interlocução com os setores organizados da sociedade, ou ainda a proibição da organização e expressão dos mesmos, foi a forma que a classe dominante encontrou para exercer tal domínio (CORREA, 2005). A sociedade era tratada como a condensação dos setores progressistas contra um Estado autoritário e ditatorial, tornando-se comum falar da necessidade do controle da sociedade civil sobre o Estado (COUTINHO, 2002).

No período seguinte, de redemocratização do país, o debate sobre a participação social vem à tona, com uma perspectiva de controle dos setores organizados da sociedade civil sobre o aparelho estatal, e não mais o inverso. A participação social nas políticas públicas foi então concebida na perspectiva de um ‘controle’ por parte da sociedade sobre a formulação, acompanhamento e execução, até a definição da alocação de recursos, para que tais políticas atendam aos interesses da coletividade (CORREA, 2005).

Portanto, o ‘*Controle Social*’, nesse contexto, visa à atuação de setores organizados da sociedade civil que a representa na gestão das políticas públicas, no sentido de controlá-las, perante o Estado, para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses sociais. Para Carvalho (CARVALHO, 1995), tal expressão se afirma como “*uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele*”.

O Controle Social afirma-se como um preceito de grande relevância e que precisa ser discutido sempre pautado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro, sendo um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania, o qual “*deve-se dar como uma prática que busque a transformação social [...] não devendo ser traduzido apenas em mecanismos formais*

e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde” (BRASIL, 1990b).

Dessa forma, no campo doutrinário, a Constituição brasileira de 1988, e a legislação que regulamenta o SUS, viabilizaram o estabelecimento de algumas formas de democracia direta, enfrentando, de certa maneira, os mecanismos usuais da democracia representativa, objetivando a intervenção direta dos cidadãos no processo decisório, concomitantemente com instituições públicas funcionando efetivamente (BAQUERO, 2009).

Segundo Labra (LABRA, 2009), as formas de participação direta e indireta da cidadania nas decisões de política pública, introduzidas no Brasil com a Constituição de 1988, *“estão pavimentando o caminho para a democracia participativa, tamanha é a quantidade de mecanismos existentes em muitos setores do fazer estatal nos três níveis de governo”*.

1.4 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL INSTITUCIONALIZADA: CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

Tanto a Carta Constitucional como as leis regulamentadoras do sistema de saúde brasileiro, tratam de questões relativas à participação da comunidade no SUS e de seus instrumentos para exercício, trazendo-a como um importante princípio democratizante da administração pública.

Transcorridas três décadas desde as primeiras propostas da RSB, pode-se afirmar que as formulações relativas à participação popular, em todos os níveis e etapas na política de saúde, eram realmente visionárias, corajosas e revolucionárias para a época (LABRA, 2009). O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde descreve que o Controle Social é uma consequência da participação de representantes eleitos da comunidade nos núcleos decisórios para a saúde, exercendo o controle sobre as ações do Estado e não mais o contrário (BRASIL, 1986a), conceituando a participação popular como:

Um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, individuais ou coletivos, diretamente ou por meio de seus

representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da formulação, implementação, implantação, execução, avaliação e discussão orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão (ESCOREL, 2008, p. 986).

A conjuntura atual, passados 23 anos da promulgação da Constituição e 21 anos da promulgação da lei 8142/90 a qual institucionalizou as Conferências e os Conselhos de Saúde, nos permite dizer que o Brasil apresenta um sistema de saúde participativo (ESCOREL e MOREIRA, 2009). Além da participação popular permanente e regular nos Conselhos, de quatro em quatro anos são realizadas Conferências de Saúde nos municípios, estados e em âmbito nacional. Pode-se afirmar portanto, que a participação da comunidade, como exercício do poder político, é efetivada por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde (GUIZARDI et al, 2004; PINHEIRO et al, 2005).

Os Conselhos e as Conferências constituem um objeto indivisível, e conformam um particular sistema nacional de órgãos colegiados de participação popular na saúde. Mesmo existindo diferenças claras entre esse dois tipos de fóruns – o primeiro são instâncias de participação permanente, de caráter deliberativo, enquanto o segundo são espaços de debates quadrienais, de natureza consultiva – ambos são regulamentados pela mesma lei e regidos pela mesma lógica participativa (ESCOREL e MOREIRA, 2009).

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto proporcionalmente por representantes do governo e prestadores de serviço (25%), profissionais de saúde (25%) e usuários (50%), atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990b). Constitui-se como o principal fórum permanente e de articulação de atores, individuais e coletivos, comprometidos com a defesa do Controle Social na área da saúde e dos princípios fundamentais do SUS (CÔRTEZ, 2009).

Já a Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder

Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b). Possui o papel de formular as diretrizes da política de saúde nas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 2005), discutindo e analisando a situação geral de saúde da população, estabelecendo orientações de como os serviços de saúde devem funcionar.

As Conferências conferem “[...] a legitimidade necessária para as políticas de saúde, mas também, e principalmente, a constituição de uma arena democrática de debate com influência em outras áreas governamentais que também realizam conferências” (ESCOREL e BLOCH, 2005).

Tais fóruns de participação ocorrem nos três níveis da administração pública. As conferências estaduais e municipais antecedem a Conferência Nacional e são realizadas em todo o país. Elas tratam dos mesmos temas já previstos para a etapa nacional e servem para discutir e aprovar propostas prévias que contribuam com as políticas de saúde e que serão levadas, posteriormente, para discussão mais ampla durante a Conferência Nacional (BRASIL, 1990b).

1.5 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE BUCAL

No contexto das Conferências, temos as chamadas Conferências Temáticas as quais se ocupam de temas específicos e seguem a mesma lógica, legislação e pressupostos das Conferências de Saúde. Dentre essas temos as Conferências de Saúde Bucal.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) ocorreu em outubro de 1986 contando com a participação de 286 delegados e mais de 1.000 participantes (BRASIL, 1986b). Trouxe como tema central, para debate, saúde como direito de todos e dever do Estado,

(...) inserção da saúde bucal no SUS por meio de um Programa Nacional de Saúde Bucal com base nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis federal, estadual e municipal (...) universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a

municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal (NARVAI, 2009, p. 66).

O entendimento sobre saúde bucal aprovado na 1aCNSB enfatiza a determinação do processo saúde-doença, a partir das condições socioeconômicas prevalentes na sociedade (BRASIL, 1986b; NARVAI, 2006).

Desde a criação do SUS, a inserção da saúde bucal no seu cotidiano e prática, tem sido marcada por conflitos e contradições (NARVAI e FRAZÃO, 2008). Isso decorre pois, historicamente, a Odontologia é marcada por uma prática individual, privatista e hegemonicamente voltada para aspectos curativos dos agravos bucais (TRINO, 2008), indo de encontro a proposta do Sistema de Saúde brasileiro. A história contada pelo Estado, no que se refere às políticas de saúde bucal em nosso país, é uma história de omissão onde, o que se expressa é a política sustentada pela tradição liberal-privatista, configurando o que chamamos de “odontologia de mercado” (NARVAI e FRAZÃO, 2008; NARVAI e FRAZÃO, 2009).

Diante desse cenário, a 2aCNSB, realizada em setembro de 1993, contando com a participação de 792 delegados e cerca de 300 convidados credenciados, trouxe para o debate, a situação da saúde bucal no contexto das políticas públicas de saúde, “(...) *caracterizando a situação da saúde bucal no país como iatrogênica, excludente e ineficaz*”(BRASIL, 1994). Seu tema central consistia em: “A saúde bucal como um direito de cidadania”, demonstrando “*indignação com o projeto neoliberal em curso no Brasil, responsável pelo desmonte do Estado, da Seguridade Social e pela piora das condições de vida (...)*” (BRASIL, 1994).

A 2aCNSB aprovou diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, propondo formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde (NARVAI, 2006). Narvai e Frazão (2008) assinalam que, para um processo de descentralização efetivo, “*é essencial a instituição de mecanismos de controle social mediante a participação direta de cidadãos, sindicatos, partidos políticos, associações de moradores, assim como de instituições públicas vinculadas aos poderes Judiciário e Legislativo*”.

A última Conferência aconteceu em julho/agosto de 2004, num momento decisivo para os rumos das políticas sociais no Brasil, especialmente para as políticas de saúde e a construção do SUS (BRASIL, 2005). A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (3aCNSB) trouxe como tema central para debate “*Acesso e qualidade superando a exclusão social*”, contando com a participação de 883 delegados, sendo esses 447 representantes dos usuários, 228 dos trabalhadores de saúde e, 208 representantes dos gestores e prestadores de serviços de saúde.

1.6 A 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

O Conselho Nacional de Saúde, em 2004, deliberou pela realização da 3aCNSB, entendendo a necessidade de propiciar a toda população brasileira a análise e participação na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2005). A PNSB surge em janeiro do mesmo ano, ou seja, anteriormente a Conferência, como uma política específica, desenvolvida pelo Governo Federal a qual visava ampliar o atendimento e, da mesma forma, proporcionar a melhoria das condições da saúde bucal de toda população brasileira (BARTOLE, 2008). O documento que sintetiza a PNSB traz em sua essência, a proposta de um novo eixo político para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capaz de propiciar um novo processo de trabalho que tenha como meta a produção do cuidado (BRASIL, 2004).

Na apresentação do documento técnico das diretrizes da PNSB, anunciava-se que suas proposições haviam sido geradas nos congressos e encontros de Odontologia e de Saúde Coletiva, e nas deliberações da 1ª e 2ª CNSB (MANFREDINI, 2008). Percebe-se que a 3aCNSB foi pautada pelo debate das Diretrizes da PNSB, cujas decisões permitiram consolidar certas propostas e reorientar outras.

A partir desse contexto, as 298 propostas aprovadas no relatório final dessa Conferência, nasceram com a legitimidade de contribuir para a construção de um Plano Nacional de Saúde que refletisse os reais anseios da população brasileira sobre suas condições de vida com saúde (BRASIL, 2005). E, em linhas gerais, observa-se que há uma grande concordância entre as propostas geradas na 3aCNSB e as diretrizes da PNSB (MANFREDINI, 2008).

Diante desse cenário, o principal desafio para os participantes da 3aCNSB foi o de identificar os problemas mais relevantes de saúde bucal no país, buscando meios e recursos, assim como, definindo estratégias para superá-los.

Os participantes dessa Conferência identificaram caminhos a seguir segundo quatro grandes eixos: educação e construção da cidadania; controle social, gestão participativa e saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal; financiamento e organização da atenção em saúde bucal (NARVAI, 2006; NARVAI e FRAZÃO, 2008).

O 1º eixo identificado como *Educação e Construção da Cidadania*, reuniu, no Relatório Final, 83 propostas as quais se ocuparam em discutir a necessidade da educação como instrumento formador da consciência do sujeito socialmente responsável, e elemento fundamental no contexto da atenção à saúde (BRASIL, 2005). Partiu-se do pressuposto de que a educação em saúde é um dos instrumentos de formação para uma nova cultura política de participação popular e de exercício de cidadania (BRASIL, 2005). É o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população (VASCONCELOS, 2004).

A partir desse exposto é considerado que as políticas públicas que estão envolvidas, diretamente, com a construção da cidadania, necessitam priorizar a integralidade de ações e a intersetorialidade, visando “*ações de diversos setores, implementadas de forma integrada pelas três esferas de governo e pelo conjunto da sociedade*” (BRASIL, 2005).

Políticas públicas as quais priorizem a integralidade de ações, contrapõem-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos, característica do modelo médico curativo, ainda presente em nossas práticas de saúde (ALVES, 2005; GONZÁLES e ALMEIDA, 2010; MARTELLI et al, 2010). O olhar do profissional, neste sentido, necessita ser totalizante, enxergando o indivíduo como uma interação dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais que o constituem. Assim, segundo Alves (2005) a integralidade seria caracterizada pela *“assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos”*. Uma prática clínica integral requer a aproximação efetiva entre os sujeitos que cuidam e os sujeitos que são cuidados, com o reconhecimento legítimo do saber biomédico, porém agregado ao saber difundido, e igualmente legítimo, dos conhecimentos e práticas populares (SANTOS e ASSIS, 2006).

Da mesma forma, a complexidade do setor saúde não permite mais uma abordagem dos problemas que se realize de forma fragmentada por estruturas setorializadas (WIMMER e FIGUEIREDO, 2006). Na perspectiva de construção da cidadania e no olhar integral sobre o indivíduo, é necessária uma articulação entre os diferentes setores do Estado e da Sociedade Civil, assumindo a corresponsabilização pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania (PAULA et al, 2004; MORETTI et al, 2010; NASCIMENTO, 2010). A intersetorialidade, segundo Moretti et al (2010) implica na *“existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população”*.

Na perspectiva dos delegados da 3aCNSB, a equipe de saúde, nesse caso a Equipe de Saúde Bucal (ESB), não deve ser mais entendida apenas como um conjunto de saberes que operam de forma segmentada, pois os problemas de saúde, na sua grande maioria, extrapolam o setor saúde (PAULA et al, 2004). São necessárias ações coletivas e intersetoriais as quais proporcionem o desenvolvimento da autonomia nos sujeitos (WIMMER e FIGUEIREDO, 2006), para que possamos avançar na perspectiva da integralidade das ações, visando o direito a saúde e a construção da cidadania.

O 2º eixo trabalhado na 3aCNSB, que se ocupou do *Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal*, deliberou 50 propostas as quais debateram a participação popular como direito constitucional e, declararam em seu contexto que, é por meio dessa participação que, no Estado Democrático de Direito, a sociedade pode exercer o seu poder político (OLIVEIRA e ALMEIDA, 2009), formulando políticas de saúde, opinando na tomada de decisão como ator responsável diretamente pela garantia da priorização dos interesses sociais e, posteriormente, garantindo o controle dos atos praticados pelos gestores (BRASIL, 2005).

A participação da comunidade é aqui entendida, como um processo contínuo de democratização da saúde, principalmente no âmbito local, onde o sujeito/cidadão deve ser o centro do processo de avaliação das ações nos serviços de saúde (ASSIS e VILLA, 2003). Para tanto, é necessário mobilizar e re-politizar o debate sobre o direito à saúde, na perspectiva de ampliação da participação e do poder de intervenção dos grupos sociais, principalmente aqueles em situação de exclusão (COSTA e LIANÇA, 2006).

O fortalecimento da participação social na gestão das políticas de saúde é identificado como uma necessidade para a consolidação do SUS, de acordo com seus princípios e diretrizes, idealizados no texto constitucional (COSTA e LIANÇA, 2006; OLIVEIRA e ALMEIDA, 2009). Esse fortalecimento deve ser entendido como uma decisão política institucional, na perspectiva de permitir avanços na universalização e acesso aos serviços de saúde (COSTA e LIANÇA 2006).

A *Formação e o Trabalho em Saúde Bucal*, temas reunidos no 3º eixo trabalhado pela Conferência, são debatidos a partir do pressuposto de que, o ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e suas diretrizes, e com o Controle Social (BRASIL, 2005).

O sistema de saúde hegemônico, ainda presente em nossos serviços e práticas, caracteriza-se por ser centrado na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, na vertente de interesses econômicos e corporativos (GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010). Esse sistema, embasado no Modelo Biomédico,

enxerga os fenômenos complexos, segundo Mattos (2008), *“como a soma de princípios primários agregados e o dualismo mente-corpo enfocado no estudo da doença e nos processos que podem ser diretamente observados e medidos”*.

Esse modelo se estrutura seguindo uma lógica de formação onde, os estudantes, aprendem conteúdos e técnicas os quais, tem por objetivo, o diagnóstico de uma doença física existente (MATTOS, 2008; MARTELLI et al, 2010), incentivando especializações precoces, dificultando o olhar generalista desses futuros profissionais (BOTAZZO e FREITAS, 1998) sob o processo saúde-doença, desconsiderando aspectos sociais, econômicos e psicológicos de cada indivíduo.

Dessa forma perpetuam-se barreiras para o sistema de saúde brasileiro exercer o preceito constitucional de ordenar recursos humanos, persistindo as inadequações profissionais as quais resultam em dificuldades para as práticas integrais de atenção e, conseqüentemente, a queda na qualidade dos serviços de saúde (GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010).

Os delegados participantes da 3aCNSB advogam que é necessário, de acordo com os preceitos do SUS e das diretrizes da PNSB, a substituição desse modelo por um novo modelo o qual, valorize o atendimento integral, o cuidado humanizado, e a promoção da saúde sendo que, tal substituição depende, diretamente, do perfil de formação dos seus profissionais (GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010).

Por esse motivo as Instituições de Ensino Superior têm como seu grande desafio atual, a revisão do seu papel na educação dos profissionais de saúde (GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010) com a proposta de reforma curricular. Tal reforma foi pensada na perspectiva de um modelo pedagógico o qual permita com que o aluno entenda saúde como um direito constitucional (MATTOS, 2008), objetivando a reorientação das práticas de saúde no âmbito do SUS, sendo a integralidade o eixo norteador dessa nova proposta.

Diante desse cenário, as 100 propostas reunidas nesse eixo debatem o preceito constitucional, regulamentado pela Lei 8080/90, e a necessidade inerente ao nosso Sistema de Saúde de uma formação mais humanizada, integral, e menos tecnicista,

de que cabe ao SUS orientar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 2005), na perspectiva de atender as reais necessidades da comunidade (MARTELLI et al, 2010).

O 4º e último eixo trabalhado na 3aCNSB, ocupou-se do *Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal*, pautado em 48 propostas aprovadas na perspectiva de discutir formas de financiamento e modelo de atenção.

Lamentavelmente mantém-se no Brasil, a histórica falta de democracia na definição estratégica e estrutural dos rumos da economia brasileira. Mesmo antes da institucionalização do SUS, o cenário econômico brasileiro já vinha sendo marcado por políticas econômicas restritivas, orientadas por ajustes macroeconômicos severos, priorizando o pagamento da dívida externa, na perspectiva de alianças comerciais e manutenção da política econômica (MARQUES e MENDES, 2005; FRANÇA e COSTA, 2011). Essa priorização persiste, custando ao país à escassez de recursos para as políticas da Seguridade Social, dentre elas a Saúde, comprometendo a consolidação e o avanço do SUS (BRASIL, 2005; SOLLA et al, 2007).

Vinte três anos após a promulgação da Constituição Federal, a discussão acerca do financiamento da saúde pública permanece em pauta e expõe a fragilidade do Estado na garantia do direito à saúde (GONÇALVES et al, 2009). Nesse contexto, os delegados dessa Conferência debateram esse tema na perspectiva de construção de um modelo de financiamento necessário, capaz de garantir o SUS como o grande viabilizador de saúde enquanto direito de todos e todas e dever do Estado.

A Emenda Constitucional nº 29 a qual estabeleceu regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde (CAMPELLI e CALVO, 2007) nas três esferas de gestão do Estado brasileiro, compreendida como uma nova forma de financiar o setor saúde, foi o principal tema debatido nesse eixo trabalhado pela 3aCNSB, reconhecendo-se a necessidade de sua regulamentação o mais rápido possível.

Da mesma forma, a garantia de recurso digno para a saúde é fundamental para o avanço na luta pela construção da cidadania plena e superação da exclusão

social (BRASIL, 2005), tão evidentes em nossa sociedade, assim como a superação do modelo de atenção a saúde bucal atual, visto como tecnicista, individual, privatista e, hegemonicamente, voltado para os aspectos reparadores (TRINO, 2008). É preciso reverter esse modelo em favor de um modelo de atenção integral em saúde bucal, que leve em conta as necessidades de cada comunidade, redefinindo também os papéis da União, dos estados e dos municípios, no processo da atenção (BRASIL, 2004; TRINO, 2008).

Enfim, a 3aCNSB se realiza num contexto em que é enorme a expectativa dos brasileiros de que reivindicações históricas possam, finalmente, se concretizar, dentre elas as relacionadas à saúde e à saúde bucal (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

Esse esforço de construção coletiva, pautado nas proposições geradas da 3a CNSB, oferece à Sociedade e ao Estado brasileiro, diretrizes para orientar suas decisões, de modo que possam produzir as mudanças necessárias para assegurar, a todos, acesso a ações e serviços de saúde bucal com qualidade (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, Narvai (2006) assinala que tais indicações referidas na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal *"constituem uma referência imprescindível tanto à produção de conhecimentos quanto ao planejamento e organizações das intervenções de saúde pública na área de saúde bucal"*.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar propostas resultantes da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, a partir da percepção de diferentes atores sociais, identificando a realização ou não de cada proposta, nas três esferas de gestão do Estado brasileiro.

2.2 ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Criar uma metodologia com a finalidade de analisar os efeitos de propostas geradas em Conferências de Saúde, quanto às políticas públicas;
- 2.2.2 Testar uma metodologia com a finalidade de analisar os efeitos de propostas geradas em Conferências de Saúde, quanto às políticas públicas.

3 QUADRO-SÍNTESE: DO MARCO TEÓRICO AOS OBJETIVOS

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DOCUMENTO BASE

O documento base que serviu como referencial das proposições a serem analisadas foi o Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (ANEXO 1) (BRASIL, 2005). O Relatório Final apresenta as principais discussões da Conferência e detalha as propostas apresentadas pelos diversos grupos participantes.

Este relatório contém 298 propostas aprovadas por 883 delegados eleitos em 27 conferências estaduais e 2.542 conferências municipais. O documento foi estruturado em quatro grandes eixos: educação e construção da cidadania; controle social, gestão participativa e saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal; e financiamento e organização da atenção em saúde bucal.

4.2 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com propósito avaliativo, expressando percepções de diferentes atores sociais sobre a correlação de algumas propostas geradas da 3aCNSB e a construção de políticas públicas de saúde. Tal abordagem foi escolhida no intuito de considerar as percepções que os participantes da pesquisa têm sobre o tema, explorando a aproximação desses atores com a realidade social trabalhada nesse estudo (MINAYO, 2004), partindo-se do pressuposto que quando produzem explicações, os métodos qualitativos o fazem de forma contextualizada, sendo a vinculação permanente com o contexto, fator fundamental neste tipo de estudo (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Primeiramente foram consultados onze especialistas em Saúde Pública ligados a academia e a gestão os quais, diante do Relatório Final identificaram cinco propostas, de cada eixo, que consideraram representar, com maior relevância, o conteúdo das propostas daquele determinado eixo, totalizando dessa forma, vinte propostas que foram analisadas posteriormente. Esses especialistas foram consultados por meio de correspondência eletrônica (ANEXO 2) e receberam o Relatório Final juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 3).

Após a definição das propostas, todas passaram por uma edição textual no intuito de facilitar a leitura daqueles que, posteriormente, as analisaram, e adequar a linguagem escrita do instrumento da pesquisa. Essa edição foi realizada mantendo-se a percepção do conteúdo latente de cada proposta, ou seja, a idéia textual central foi preservada, como se pode observar no exemplo a seguir.

Proposta original selecionada (Proposta 7 – Eixo I):

“Reforçar junto à população, gestores, trabalhadores e conselhos de saúde a cultura da intersetorialidade, que deve se manifestar nos cotidianos e prática desses setores, nas ações técnicas e nas rotinas de trabalho, valorizando a humanização e a qualidade resolutiva no atendimento ao usuário. Para tanto, devem ocorrer mudanças no setor educacional, nos diversos níveis de ensino e da formação profissional, que resultem no desenvolvimento de informações adequadas, na melhoria da capacidade gerencial, da ação política da sociedade e dos técnicos das diversas instituições, e introduzindo, no sistema de educação permanente dos gestores, técnicos e demais operadores dos serviços de saúde, a ênfase na intersetorialidade e na interdisciplinaridade para a difusão dos princípios da ação colaborativa e solidária.”

Proposta editada:

“Reforçar junto à população, gestores, trabalhadores e Conselhos de Saúde a cultura da intersetorialidade. Para tanto, devem ocorrer mudanças no setor educacional, dando ênfase a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, contribuindo, dessa forma, com a difusão dos princípios da ação colaborativa e solidária.”

O quadros 1, 2, 3 e 4, agrupam as vinte propostas selecionadas, já editadas, divididas por eixos e sub-eixos temáticos, tendo como referência o Relatório Final da Conferência.

Quadro 1 – Propostas selecionadas, a partir da percepção dos especialistas consultados, relacionadas ao eixo I do Relatório Final da 3aCNSB identificado como *Educação e Construção da Cidadania*.

PROPOSTAS	
EIXO I	PROPOSTA 3: Efetivar a integralidade das ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde bucal para toda a população em nível nacional, estadual e municipal, garantida por meio de políticas públicas sustentadas em adequado arcabouço legal e pelo efetivo Controle Social.
	PROPOSTA 7: Reforçar junto à população, gestores, trabalhadores e Conselhos de Saúde a cultura da intersetorialidade. Para tanto, devem ocorrer mudanças no setor educacional, dando ênfase a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, contribuindo, dessa forma, com a difusão dos princípios da ação colaborativa e solidária.
	PROPOSTA 10: Garantir, nas três esferas de governo, financiamento específico para informação, informatização, educação e comunicação em saúde bucal, com repasse fundo a fundo, alimentando o Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde (Siops) para efetivo Controle Social.
	PROPOSTA 19: Divulgar, nas três esferas do governo, de forma contínua, as políticas de saúde bucal, os dados epidemiológicos, as atividades e as atribuições das vigilâncias epidemiológica e sanitária, o financiamento, o trabalho em saúde bucal, os programas, as ações e os serviços prestados pelo SUS, de forma a estimular a população e os trabalhadores em saúde para a gestão participativa na saúde bucal.
	PROPOSTA 24: Garantir o cumprimento da Lei n.º 6.050/1974, que tornou obrigatório adicionar flúor nas águas de abastecimento público no momento do tratamento da água, realizando campanhas de esclarecimentos à população sobre a importância do consumo de água fluoretada.

Quadro 2 - Propostas selecionadas, a partir da percepção dos especialistas consultados, relacionadas ao eixo II do Relatório Final da 3aCNSB identificado como *Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal*.

PROPOSTAS	
EIXO II	PROPOSTA 1: Estruturar, qualificar e fortalecer uma rede de conselhos de saúde em todas as esferas, implementando uma política de educação, informação e comunicação articulada, bem como desenvolver uma ação sinérgica e inclusiva que incorpore os movimentos sociais organizados, visando ampliar o diálogo destes com o governo e a sociedade.
	PROPOSTA 3: Fortalecer a <i>gestão participativa</i> criando, em cada instituição do Sistema Único de Saúde, mecanismos de ampliação da participação dos gestores, trabalhadores e usuários.
	PROPOSTA 9: Garantir os instrumentos de informação do <i>financiamento</i> (Lei de Responsabilidade Fiscal), <i>orçamento público em saúde</i> (Emenda Constitucional nº29) e <i>prestação de contas</i> (Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde - Siops), utilizando uma linguagem clara e acessível, permitindo ao cidadão a fiscalização dos recursos financeiros da saúde.
	PROPOSTA 14: Exigir que a Vigilância Sanitária fiscalize e faça cumprir as leis que regulam o tratamento e a fluoretação da água de abastecimento público e privado, e das águas minerais, estimulando o heterocontrole e a parceria com entidades da sociedade civil organizada e de ensino e pesquisa, para manutenção do nível ótimo de flúor nas águas e nos cremes dentais.
	PROPOSTA 22: Promover a articulação, nas três esferas de governo, entre os Conselhos de Saúde e demais Conselhos de Políticas Públicas, com vistas à elaboração de uma <i>agenda intersetorial pactuada</i> que oriente ações conjuntas para a promoção do Controle Social, buscando pensar a saúde bucal como resultado de ações intersetoriais.

Quadro 3 - Propostas selecionadas, a partir da percepção dos especialistas consultados, relacionadas ao eixo III do Relatório Final da 3aCNSB identificado como *Formação e Trabalho em Saúde Bucal*.

PROPOSTAS	
EIXO III Formação e Desenvolvimento em Saúde Bucal	PROPOSTA 1: Redefinir o modelo de formação de recursos humanos dos cursos da área da Saúde, tendo como referência a realidade social do País, desenvolvendo, também, habilidades necessárias ao trabalho no âmbito do SUS.
	PROPOSTA 2: Implementar fórum de discussão sobre o currículo dos cursos da área da Saúde, com participação das instituições formadoras, prestadoras de serviços e entidades de classe (conselhos, associações e sindicatos) e garantir a presença e participação efetiva dos estudantes de odontologia, trabalhadores, gestores e conselho de saúde nos processos de reformulação curricular.
	PROPOSTA 13: Adequar a qualidade dos cursos de graduação tendo em vista o contato direto dos estudantes da área de Saúde com a realidade social e, estimular a celebração de convênios entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, visando à melhoria e à capacitação dos serviços, a adequação da formação de recursos humanos em saúde bucal e a produção de conhecimento em consonância com as realidades e necessidades da população.
	PROPOSTA 54: Definir uma agenda de prioridades para pesquisa em saúde bucal que contemple a vulnerabilidade social e os determinantes do processo saúde-doença, numa visão de base populacional e clínica. Essa agenda deve considerar as iniquidades sociais e as dificuldades de acesso aos serviços assistenciais em todos os níveis de atenção. As prioridades devem apontar para os problemas de saúde-doença-cuidado que acometem a população, em uma perspectiva de equidade.
O Trabalho na Saúde bucal	PROPOSTA 7: Constituir comissões paritárias (governo e trabalhadores) e garantir recursos financeiros, nas três esferas de governo, para a elaboração, implantação ou reestruturação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), para todos os trabalhadores de saúde, com ênfase na humanização dos serviços de saúde, qualidade de vida do trabalhador e caráter multiprofissional do trabalho na saúde.

Quadro 4 - Propostas selecionadas, a partir da percepção dos especialistas consultados, relacionadas ao eixo IV do Relatório Final da 3aCNSB identificado como *Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal*.

PROPOSTAS	
EIXO IV	Financiamento em Saúde Bucal PROPOSTA 2: Regulamentar e cumprir integralmente a Emenda Constitucional n.º 29 [sobre o financiamento da saúde], em todas as esferas da administração (federal, estadual e municipal). PROPOSTA 6: Incrementar a participação das verbas do orçamento público no financiamento do setor Saúde, nas três esferas de governo, fazendo o controle do orçamento, por meio dos Conselhos de Saúde e Ministério Público, mediante definição, fiscalização e acompanhamento da execução, e aperfeiçoar os instrumentos de informação a fim de permitir ao cidadão a fiscalização dos recursos financeiros da saúde.
	Organização da Atenção em Saúde Bucal PROPOSTA 5: Ampliar e qualificar o acesso ao atendimento básico, garantindo serviços odontológicos em todas as unidades básicas de saúde, incluindo áreas rurais de difícil acesso, e de fronteiras nacionais. Esses serviços devem realizar atendimentos em horários que possibilitem o acesso de adultos e trabalhadores à assistência odontológica. PROPOSTA 18: Definir os critérios para distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que levem em consideração não somente o número de habitantes, mas a realidade socioeconômica e as necessidades epidemiológicas das regiões, seguindo o princípio de equidade do SUS. PROPOSTA 24: Estabelecer protocolos cientificamente validados para padronização dos procedimentos de atenção e assistência em saúde bucal, inclusive de inspeção sanitária, que contemplem os aspectos relacionados à biossegurança dos serviços odontológicos públicos e privados.

Após a definição das propostas, foram convidados a participar da pesquisa, também por meio de correspondência eletrônica (ANEXO 4), quinze atores sociais escolhidos intencionalmente, tendo em vista os objetivos da investigação. A escolha dos sujeitos da pesquisa - *representantes do governo, trabalhadores e usuários, seguindo a lógica tripartite dos Conselhos e Conferências de Saúde* - deu-se ao longo da fase de levantamento bibliográfico e construção metodológica, não se baseando no critério numérico (tamanho de amostra), uma vez que não se buscou obter representatividade estatística. Dos quinze atores escolhidos, quatro eram representantes dos usuários, seis representantes dos trabalhadores e, cinco representantes do governo.

O critério de seleção desses atores foi a participação, como delegados, na 3aCNSB sendo que, o convite foi enviado somente após confirmada tal participação. Não houve preocupação com a proporcionalidade entre os segmentos de representação, tendo em vista o caráter qualitativo desse estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semi-estruturado, auto-aplicável, desenvolvido a partir do conteúdo das propostas a serem analisadas (ANEXO 5), no período compreendido entre setembro de 2010 e fevereiro de 2011. A escolha do questionário semi-estruturado como técnica de coleta de dados justifica-se por ser uma técnica que objetiva, de maneira geral, entender o significado que os atores da pesquisa atribuem às questões que lhes são propostas (MARTINS, 2006).

O questionário foi disponibilizado aos sujeitos da pesquisa, por meio de um *website* (www.pesquisa3cnsb.odo.br), criado para este fim, no qual, mediante login e senha pessoal, tiveram acesso ao instrumento de coleta, assim como informações acerca dos aspectos gerais da pesquisa e ao TCLE. O instrumento de coleta foi submetido previamente a testes, objetivando a realização de eventuais ajustes necessários para que cumprisse, de forma fidedigna, sua finalidade metodológica.

O *site* foi dividido nas seguintes áreas: *home; apresentação; pesquisadores; aspectos éticos; projeto; questionário; e contato*. Na área identificada como ‘Home’ buscou-se apresentar os objetivos da pesquisa, contextualizando o objeto de estudo – *A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal* – com o projeto político de Participação Popular na Saúde (FIGURA 1).

Figura 1 – Reprodução da página ‘Home’, referente ao *site* da pesquisa “A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde”. Disponibilizado na rede mundial de computadores (Internet), em 18 de outubro de 2010.

A área identificada como ‘Apresentação’ foi desenvolvida no intuito de apresentar a 3aCNSB aos sujeitos da pesquisa. De forma resumida e objetiva, buscou-se identificar aspectos importantes dessa Conferência como sua estrutura, seus desafios, e o contexto histórico no qual se realizou (FIGURA 2).

Figura 2 – Reprodução da página ‘Apresentação’, referente ao *site* da pesquisa “A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde”. Disponibilizado na rede mundial de computadores (Internet), em 18 de outubro de 2010.

A área identificada como ‘Pesquisadores’ abrigou a síntese dos Currículos Lattes dos pesquisadores responsáveis pelo estudo. A página disponibilizou também o link direto com o *site* do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), possibilitando o acesso aos respectivos currículos na íntegra (FIGURA 3).

Figura 3 – Reprodução da página ‘*Pesquisadores*’, referente ao site da pesquisa “A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde”. Disponibilizado na rede mundial de computadores (Internet), em 18 de outubro de 2010.

Os esclarecimentos éticos da pesquisa foram abrigados na área identificada como ‘Aspectos Éticos’. Nela os participantes do estudo tiveram acesso às recomendações necessárias para participar da pesquisa, assim como, ao TCLE, disponibilizado em formato de arquivo Word (FIGURA 4).

Figura 4 – Reprodução da página ‘Aspectos Éticos’, referente ao *site* da pesquisa “A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde”. Disponibilizado na rede mundial de computadores (Internet), em 18 de outubro de 2010.

O projeto de pesquisa, submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e, aprovado no Exame de Qualificação, foi disponibilizado, em formato de arquivo Word, na área identificada como ‘Projeto’. Essa é uma área restrita do *site* onde o participante, devidamente cadastrado, possuindo login e senha pessoal, obteve acesso ao projeto de pesquisa na íntegra (FIGURA 5).

Figura 5 – Reprodução da página ‘*Pesquisadores*’, referente ao *site* da pesquisa “A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde”. Disponibilizado na rede mundial de computadores (Internet), em 18 de outubro de 2010.

O instrumento de coleta de dados foi disponibilizado na área identificada como ‘Questionário’ (FIGURA 6), também uma área restrita do *site*. O questionário semi-estruturado foi dividido em quatro partes, correspondendo aos quatro eixos do Relatório Final (documento base):

- Parte I: Educação e Construção da Cidadania;
- Parte II: Controle Social, Gestão Participativa e Controle Social;
- Parte III: Formação e Trabalho em Saúde Bucal;
- Parte IV: Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal.

Figura 6 – Reprodução da página ‘*Pesquisadores*’, referente ao *site* da pesquisa “A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde”. Disponibilizado na rede mundial de computadores (Internet), em 18 de outubro de 2010.

Cada parte do questionário trouxe as cinco propostas pré-selecionadas de cada eixo, seguidas de perguntas fechadas e, espaços para comentários. O site foi dotado de uma ferramenta que fez com que não fosse necessário responder e comentar as quatro partes em um único momento. Porém, cada parte isoladamente precisou ser respondida totalmente, possibilitando assim o envio das respectivas respostas. O tempo necessário para responder cada parte do questionário foi, em média, 20 minutos, conforme detectado na fase de pré-teste (FIGURA 7).

Figura 7 – Reprodução da estrutura do questionário semi-estruturado disponibilizado no *site* da pesquisa “A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde”, na rede mundial de computadores (Internet), em 18 de outubro de 2010.

Proposta 6

CONTROLE SOCIAL, GESTÃO PARTICIPATIVA E SAÚDE BUCAL

PROPOSTA: *Estruturar, qualificar e fortalecer uma rede de conselhos de saúde em todas as esferas, implementando uma política de educação, informação e comunicação articulada, bem como desenvolver uma ação sinérgica e inclusiva que incorpore os movimentos sociais organizados, visando a ampliar o diálogo destes com o governo e a sociedade.*

Na sua opinião, esta proposta foi:

☐ Totalmente executada
☐ Quase que totalmente executada
☐ Executada apenas em pequena parte
☐ Não foi executada
☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS

Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve principalmente

☐ Aos Governos Municipais
☐ Aos Governos Estaduais
☐ Ao Governo Federal
☐ Ao Poder Legislativo
☐ Ao Poder Judiciário
☐ Aos Conselhos de Saúde
☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS

AVANÇAR

A utilização da internet como ferramenta para produção de conhecimento científico visa, principalmente, à capacidade de alcance que essa ferramenta pode

proporcionar. Além disso, a interatividade com os sujeitos da pesquisa, a facilidade e a agilidade na comunicação entre pesquisador e pesquisado, pautaram, de forma relevante, nossa escolha por esse tipo de metodologia.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados por meio do questionário semi-estruturado, auto-aplicável, foram compilados, agrupados e categorizados, considerando-se separadamente cada um dos segmentos representados. Após a coleta, o material textual foi transcrito e submetido à análise de conteúdo, definida por Bardin como

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1979, p. 42)

A análise de conteúdo foi escolhida como método de análise, no intuito de articular a superfície dos textos descritos com os fatores os quais determinam características psicossociais dos atores participantes da pesquisa, contextos culturais de diferentes espaços sociais que ocupam, e o processo de produção da mensagem (MINAYO, 2004).

A pesquisa qualitativa utiliza categorias analíticas para descrever e discutir os mais diversos fenômenos sociais (POPE e MAYS, 2005). Foram definidos, nesse estudo, como categorias de análise, os quatro grandes temas (eixos temáticos) identificados no Relatório Final da 3aCNSB. A partir desses quatro grandes temas, foram definidas cinco categorias dedutivas, isto é, usadas dedutivamente no decorrer da análise dos conteúdos coletados (POPE e MAYS, 2005), identificadas e analisadas, a partir das propostas previamente selecionadas. São elas: 1) integralidade das ações em saúde bucal; 2) intersetorialidade; 3) reforma curricular e recursos humanos; 4) financiamento em saúde; e 5) atenção em saúde bucal – a proposta dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu as normas para pesquisa com seres humanos estabelecidas pela Resolução 196/96. Aos sujeitos do estudo foi garantida a liberdade de escolha para participar, conforme explicações constantes no TCLE. Foram feitos esclarecimentos a respeito dos objetivos da pesquisa, assegurando tanto o seu anonimato quanto a restrição no uso das informações coletadas que se destinaram exclusivamente a esse trabalho.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em 22/5/2010 (ANEXO 6).

Os participantes da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na área de ‘Aspectos Éticos’ do *site* desenvolvido para esse estudo. Os sujeitos da pesquisa só tiveram acesso ao questionário semi-estruturado mediante leitura prévia do TCLE e resposta afirmativa a pergunta que precede o instrumento de coleta, concordando em participar da pesquisa (FIGURA 8), o que garantiu sua total liberdade de escolha em participar ou não do estudo.

Figura 8 – Reprodução da página que antecede o questionário semi-estruturado, referente ao *site* da pesquisa “A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde”. Disponibilizado na rede mundial de computadores (Internet), em 18 de outubro de 2010.

The image shows a web browser window with a yellow border. At the top, a breadcrumb trail reads 'Você está aqui: Home > Parte I - EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA'. To the right is a magnifying glass icon. The main heading is 'Pesquisa 3 CNSB - Parte I'. Below it are two input fields labeled 'Nome' and 'E-mail'. A blue bar contains the text 'CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA'. Below this is a text area with a declaration in italics: 'Declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, esclareci as dúvidas com a pesquisadora, entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e, livremente, aceitei participar. Ficou claro também que, caso não aceite participar, não terei qualquer prejuízo, nem haverá qualquer tipo de sanção ou constrangimento. Estou ciente também de que meu nome não será divulgado e que a pesquisadora estará disponível no endereço que me forneceu.' Below the text are two radio buttons labeled 'Sim' and 'Não'. At the bottom left is a button labeled 'AVANÇAR' next to a progress bar.

Você está aqui: [Home](#) > Parte I - EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA

Pesquisa 3 CNSB - Parte I

Nome

E-mail

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, esclareci as dúvidas com a pesquisadora, entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e, livremente, aceitei participar. Ficou claro também que, caso não aceite participar, não terei qualquer prejuízo, nem haverá qualquer tipo de sanção ou constrangimento. Estou ciente também de que meu nome não será divulgado e que a pesquisadora estará disponível no endereço que me forneceu.

☐ Sim
☐ Não

AVANÇAR

4.5 NORMAS DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Esta dissertação foi elaborada de acordo com as normas de apresentação de trabalhos acadêmicos do Guia de Apresentação de Teses da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CUENCA et al, 2006). Os formatos de referências foram elaborados de acordo com os preconizados pelo Comitê Internacional de Revistas Biomédicas, conhecido por Grupo de Vancouver, versão 2005, acrescido das adaptações sugeridas no referido Guia.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na perspectiva de favorecer uma visualização mais abrangente dos dados, foi elaborado um quadro-síntese, relacionando os quatro grandes temas trabalhados nesse estudo, com as categorias dedutivas identificadas e analisadas a partir das propostas previamente selecionadas.

QUADRO-SÍNTESE: Variáveis dedutivas detectadas a partir das propostas previamente selecionadas, distribuídas de acordo com os quatro grandes temas trabalhados na 3aCNSB.

5.1 EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA

5.1.1 Integralidade das ações em Saúde Bucal

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático, universal, igualitário e integral, como o Sistema Único de Saúde brasileiro, constitui um processo social e político que se realiza por meio da formulação de políticas públicas, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde (ALVES, 2005; PAIM, 2008). A perspectiva de que as políticas de saúde se materializam na “ponta” do sistema, ou seja, mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços (PINHEIRO e LUZ, 2003), tem sido relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do SUS, dentre eles a integralidade (ALVES, 2005; SANTOS e ASSIS, 2006; GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010).

Segundo Pinho et al (2010), “*a integralidade compreende uma pluralidade de ação que não se restringe apenas à sua concepção clássica de acessibilidade*”. Ao consultar a literatura científica sobre o tema observa-se uma pluralidade de sentidos que abrange desde o acesso aos três níveis de atenção, ao olhar sobre o sujeito-usuário, contemplando seus diferentes aspectos bio-psico-sociais e ambiental, à comunicação entre serviços e profissionais (PINHEIRO e LUZ, 2003; PINHO et al, 2010).

Independente do sentido atribuído a esse princípio, o mesmo enfrenta um verdadeiro desafio para a sua efetivação, sendo considerado um dos mais negligenciados no âmbito do SUS (ALVES, 2005; VAITSMAN, 2009; MORETTI-PIRES e BRENO, 2009; GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010).

Corroborando com essa premissa, a integralidade na percepção dos representantes dos usuários, trabalhadores e gestores participantes do estudo, é algo ainda muito distante em nosso sistema de saúde. Tal percepção pode ser observada nos trechos que seguem:

“A Saúde Bucal está deixando muito a desejar, construíram alguns Centros de Especialidades Odontológicas, incapazes de atender toda a população. A atenção básica é insuficiente, e continuamos com os desdentados quando a Política seria que a Saúde começa pela boca.” (USUÁRIO 1)

“Para esta questão em especial, apesar de identificarmos considerável empenho do Governo Federal com o Programa Brasil Sorridente, é visível que no âmbito dos estados e dos municípios pouco se avançou, percebe-se que falta vontade política.” (USUÁRIO 4)

“A integralidade das ações ainda é um sonho. As ações especializadas têm um baixo nível de procedimentos. A Atenção Básica, mesmo com a inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família tem uma cobertura populacional baixa.” (TRABALHADOR 5)

“Considerando a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e a efetivação pelo governo federal e, parcialmente, pelo governo estadual, afirmo ser apenas em pequena parte, pois no que tange o município a situação ainda é pouco efetiva.” (TRABALHADOR 3)

“Acho que a integralidade é ainda um grande desafio para o SUS. Acho que a atenção básica teve grandes avanços mas, a atenção secundária, e a atenção terciária, ainda têm acesso restrito, insuficiente para a demanda.” (GESTOR 1)

De modo geral, o que percebemos ao analisarmos esses trechos é que, a maioria dos atores consultados, independente do segmento de representação, olham a integralidade na perspectiva da viabilização do acesso a serviços de saúde.

Em alguns questionários aplicados ao segmento dos gestores, foi observada a argumentação de avanço na perspectiva de efetivar a integralidade das ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, referindo-se a políticas e ações pontuais as quais, permitiram um maior acesso dos usuários aos serviços de assistência odontológica.

“A integralidade está sendo atingida por meio da implantação e ampliação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (...) e fluoretação das águas de abastecimento público.” (GESTOR 4)

Sabe-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe a prestação de uma atenção que vá além do corpo biológico e que seja capaz de alcançar os seres humanos em sua complexidade e integralidade (PAIM, 2002; SILVA e RODRIGUES, 2010). Atendendo a essa perspectiva, a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF possibilitou uma maior oferta de serviços odontológicos (SANTOS e ASSIS, 2006; MORETTI et al, 2010; MARTELLI et al, 2010), aos usuários do sistema, corroborando com a análise feita pelo GESTOR 4. Essa inclusão se deu, operacionalmente, a partir de 2001, impulsionada pela necessidade de construção de políticas públicas de saúde que pudessem garantir a integralidade do atendimento, compreendendo a saúde bucal como parte integrante do todo, além da necessidade de se reorientarem as práticas a elas relacionadas, por meio da ampliação do acesso à saúde bucal da população brasileira (SANTOS e ASSIS, 2006; MARTELLI et al, 2010).

Estudos demonstram que uma maior cobertura de primeira consulta odontológica esteve diretamente associada com maior cobertura do PSF, o que destaca a importância do referido programa tanto no acesso como na maior provisão de serviços aos usuários do serviço público no nosso país (FISCHER et al, 2010).

Com a reorientação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, que visava *“ampliar o atendimento e proporcionar a melhoria das condições da saúde bucal da população brasileira”* (BARTOLE, 2008), a integralidade na perspectiva de viabilizar o acesso a serviços de saúde, foi ainda mais explorada, justificando, de certa forma, a percepção hegemônica dos atores consultados, quando relacionam integralidade a acesso a serviços assistenciais. Essa prioridade na melhoria e ampliação do atendimento se deve à histórica exclusão por serviços clínicos e uma grande demanda reprimida sendo que, as Diretrizes da PNSB sugerem

que de 75% a 85% das horas trabalhadas pelo cirurgião-dentista no PSF sejam utilizadas na assistência curativa (BRASIL, 2004).

Enxergando a integralidade sob a ótica do acesso afirma-se que, a ampliação da atenção básica por meio da ESF apresenta-se como parte de um esforço para que a mudança no paradigma do modelo de atenção à saúde aconteça dentro dos princípios e diretrizes do SUS, o que inclui a reorganização da prática odontológica (SANTOS e ASSIS, 2006; MARTELLI et al, 2010).

De fato, a expansão da ESF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência – uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção (ALVES, 2005) e, tal afirmação, é percebida com clareza nos conteúdos analisados da maioria dos atores aqui consultados.

São necessárias análises qualitativas das ESF em desenvolvimento nos municípios brasileiros, particularmente quanto às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidianos, para se ter mais embasamento quanto à mudança no perfil do atendimento prestado. Paim (2002) pondera que *“apesar da relevância da implantação do PSF faltam, contudo, evidências que apontem esse programa como estratégia suficientemente eficaz para a reorientação dos modelos assistenciais dominantes”*.

No caso da Odontologia, especificamente, serão necessárias muitas mudanças para que o modelo hegemônico, centrado nos aspectos curativos das doenças bucais (TRINO, 2008), deliberadamente técnico e excludente, conceba esse novo modelo de atenção. Modelo esse não fragmentado, que enxerga o indivíduo em sua totalidade, inserido em um contexto sócio-econômico-cultural e, que debate a prática odontológica, de maneira a não reduzi-la a técnicas instrumentais e conhecimentos biomédicos (SANTOS e ASSIS, 2006).

Busca-se, para tanto, a oferta de serviços com base na visão integral dos seus usuários, ampliando-se os espaços de discussão sobre a formação do profissional de

Odontologia (MATTOS, 2008), promovendo a necessidade de um perfil direcionado para a integralidade da atenção.

Além da inserção da ESB na ESF, como ampliação do acesso aos serviços odontológicos, alguns gestores citam a fluoretação das águas de abastecimento público (como se observa no trecho atribuído ao GESTOR 4), como uma medida que também favorece a efetividade da integralidade de ações, visando a proteção da saúde bucal. De fato, a fluoretação das águas é a medida mais ampla de prevenção na área da saúde bucal. Estudos iniciais indicam uma redução média na prevalência da cárie dentária em crianças de 50% a 60%, atribuída a fluoretação das águas (CDC, 2001).

A literatura demonstra que pessoas que residem em comunidades com água fluoretada apresentam menor prevalência e extensão da cárie dentária, medida pelo índice CPO-D (PANIZZI, 2007), em relação a comunidades que não têm suas águas de abastecimento fluoretadas, comprovando que se trata de uma ação a qual promove a integralidade de ações.

Porém, apesar da fluoretação das águas ser obrigatória no Brasil (onde exista Estação de Tratamento de Água) desde 1974, estabelecida pela lei federal 6.050/74 e, regulamentada pelo decreto 76.872/75, várias grandes cidades brasileiras não fluoretam suas águas (NARVAI, 2000) sendo que, 60% da população ainda não têm acesso a esse benefício (FRIAS et al, 2006; BLEISHER e FROTA, 2006). Isso demonstra que, mesmo existindo legislação e ações concretas, há um longo caminho a percorrer para efetivação total dessa política, como podemos observar nos trechos a seguir:

“Ainda existe uma parcela razoável de municípios brasileiros que não disponibilizam água fluoretada, descumprindo uma determinação legal de mais de 35 anos.” (TRABALHADOR 7)

“Conseguimos avançar nesse ponto em muitos municípios e estados, mas ainda temos muito a evoluir no cumprimento dessa lei.” (GESTOR 2)

A decisão de não fluoretar, na maioria das vezes, é determinada pela falta de vontade política (BLEISHER e FROTA, 2006), alegando-se a falta de recursos financeiros para executar a ação (NARVAI, 2000). Porém, tendo em vista a alta eficiência, o baixo custo relativo, e o grande benefício social (FRIAS et al, 2006) dessa política, tais decisões não se justificam, sendo, segundo Narvai (1997) “*juridicamente ilegais, cientificamente insustentáveis e socialmente injustas*”.

5.1.2 Intersetorialidade

A intersetorialidade, em saúde, segundo Moretti et al (2010) é determinada como a “*interação de dois ou mais órgãos pertencentes a setores sociais ou econômicos diferentes, no interior do Estado, ou com entidades da sociedade civil, que executam ações tipificáveis como características de determinado setor de atuação pública*”.

Essa aproximação entre diferentes setores e segmentos sociais tem, por intuito, colaborar na elevação do nível de saúde da população (PAULA et al, 2004), partindo-se do pressuposto que a complexidade do setor saúde não permite uma abordagem dos problemas que se realize de forma fragmentada, por estruturas setorializadas (WIMMER e FIGUEIREDO, 2006).

Analizando o conteúdo textual de algumas propostas da 3aCNSB, relacionadas ao eixo *Educação e Construção da Cidadania*, percebe-se a preocupação de garantir a intersetorialidade, como forma de fazer avançar o SUS e, compreendendo-a como a capacidade de articular os vários setores presentes tanto no nível mais operacional, local onde as ações de saúde são ofertadas à população, como nos níveis regional e central, com uma dimensão, segundo Paula et al (2004), “*mais voltada ao planejamento e com potencialidade de articular setores fundamentais que possam desencadear mudanças mais efetivas e duradouras para o setor saúde*”.

Vindo de encontro a essa afirmação, a intersetorialidade na percepção de representantes de usuários, trabalhadores e gestores, ainda é algo muito distante, de

difícil articulação no âmbito do SUS e, muitas vezes, conceitualmente incompreendida.

“Intersetorialidade é fator preponderante para alcançar a consolidação do SUS e ainda existem incompreensões sobre a magnitude do SUS, e o setor não governamental deve ser envolvido no processo e intersectorialização deste Sistema, e a educação aliada principalmente.” (USUÁRIO 3)

“O conceito ainda não foi absorvido pelas partes que devem colocá-lo em ação. Na ESF você encontra algumas ações pontuais, mas nas outras formas de fazer atenção primária em saúde, a intersectorialidade é praticamente inexistente.” (TRABALHADOR 1)

“Não foi realizado nenhum esforço neste sentido (...) Um exemplo: O Programa Saúde na Escola, instituído pelo governo Federal, que é pra ser executado pela Saúde (Estratégia Saúde da Família) e Educação (professores e coordenadores) estes profissionais desenvolvem ações isoladamente sem um setor planejar com outro.” (TRABALHADOR 3)

“Projetos intersectoriais começam a ser desenvolvidos em alguns municípios, mas ainda de forma muito tímida. Não percebo mudanças no setor educacional.” (GESTOR 4)

Corroborando com os resultados apresentados, alguns estudos demonstram que, de modo geral, existe um consenso acerca da necessidade e importância da intersectorialidade para responder aos problemas enfrentados pela população. Porém, na prática, percebe-se que a intersectorialidade ainda é um objetivo a ser alcançado (PAULA et al, 2004, MORETTI et al, 2010, SILVA e RODRIGUES, 2010).

Na saúde bucal a ação intersectorial é também uma estratégia muito importante para a reorganização em todos os níveis de atenção. As diretrizes da PNSB indicam a necessidade de ações intersectoriais para reforçar a concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes (BRASIL, 2004) mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (MORETTI et al, 2009). Estudos demonstram que ações intersectoriais permitem pensar as necessidades da comunidade de forma mais ampla e de agir nos problemas de forma menos

pontual, considerando toda sua complexidade (MORETTI et al, 2009; MARTELLI et al, 2010).

A literatura atual reconhece como um dos grandes problemas para a efetivação da intersectorialidade no âmbito do SUS, a fragmentação dos serviços de saúde e dos setores da sociedade, demonstrando uma clara falta de organização desses serviços (PAULA et al, 2004). Percebe-se a necessidade de uma política mais abrangente que preconize uma integração entre vários setores (PAULA et al, 2004; ALVES, 2005; MORETTI et al, 2009), como é encontrado nos textos produzidos pela maioria dos atores consultados.

O conhecimento na perspectiva da intersectorialidade deve ser estimulado na formação curricular e na educação continuada no âmbito do SUS, além da discussão de indicadores ou práticas de promoção de saúde que reorientem os processos de trabalho (MORETTI et al, 2009), corroborando com a percepção dos atores consultados. Um dos desafios para a intersectorialidade é a formação de profissionais que sejam capazes de perceber a complexidade dos problemas manifestos na sociedade e, como consequência, reconhecer a necessidade de ações intersectoriais para intervir em tais problemas (ALVES, 2005; SILVA e RODRIGUES, 2010; MARTELLI et al, 2010).

Já para alguns gestores, o Estado brasileiro vem realizando ações na perspectiva de promover a intersectorialidade investindo, principalmente, no setor educacional, como se pode observar no trecho a seguir:

“O Governo Federal tem investido nos cursos de graduação por meio de programas específicos visando orientar a formação voltada para a integralidade das ações, integração do ensino/serviço e atividades intersectoriais (...) embora relativamente recente essas mudanças no setor educacional, já é possível termos resultados interessantes na formação em Odontologia.” (GESTOR 5)

Apesar desse investimento atribuído, principalmente, ao Governo Federal, a literatura científica aponta para um grande descompasso quando comparada a essa afirmação. Estudos demonstram que ainda é predominante instituições de ensino as quais não prezam pela qualidade, com os olhos nas necessidades de saúde da

comunidade, tendo como norte a construção do SUS (PAULA et al, 2004; MORETTI et al, 2009; GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010). São escolas incapazes de produzir conhecimento relevante para a realidade de saúde nas suas mais diferentes áreas.

O conceito e a prática da intersetorialidade precisam, necessariamente, fazer parte da rotina de gestores e trabalhadores da saúde, a fim de que ações específicas não se tornem uma repetição de um modelo já conhecido, focado no diagnóstico e tratamento de doenças o qual é, reconhecidamente, pouco impactante na melhoria das condições de saúde da população, incluindo as condições de saúde bucal (MORETTI et al, 2009). As políticas de saúde devem ser pensadas de modo a contemplar essa articulação entre diferentes setores, estimulando a formação de profissionais que contemplem esse perfil, a fim de que se tornem protagonistas dessas ações e práticas.

Vivemos hoje em um período de transição, no qual se procura estruturar os serviços de saúde de acordo com os princípios que busquem um modelo de atenção mais equânime, buscando dividir com outros setores, a atenção e as responsabilidades pelas mudanças necessárias (JUNQUEIRA, 2000; PAULA et al, 2004). São mudanças em diversos setores da sociedade, bem como na formação dos profissionais da saúde, para que seja possível ocorrer a transformação almejada e tão necessária (PAULA et al, 2004; MORETTI, 2010), a fim de chegarmos a um atendimento adequado às necessidades de toda a população brasileira, prevenindo problemas e promovendo saúde, com dignidade para todos e todas.

5.2 CONTROLE SOCIAL, GESTÃO PARTICIPATIVA E SAÚDE BUCAL

O cotidiano que tange a construção de políticas públicas, assim como a realidade dos espaços institucionalizados de participação direta com a sociedade civil brasileira, nos mostra que, apesar da legislação em vigor abrir a possibilidade de

participação da comunidade no sistema, as avaliações da atuação de diferentes Conselhos e Conferências de Saúde apontam problemas, o que é perceptível na maioria dos trechos atribuídos aos representantes de usuários e trabalhadores, participantes desse estudo.

“Os conselhos estão pouco estruturados, com baixa qualificação e cada vez mais enfraquecidos.” (USUÁRIO 2)

“(...) a inclusão dos movimentos sociais ainda não é uma realidade da participação popular na saúde.” (TRABALHADOR 6)

Corroborando com a percepção da maioria dos atores consultados, a literatura demonstra que há limites nessas instâncias (Conselhos e Conferências de Saúde) à incorporação das demandas da sociedade civil na política de saúde ou para ampliar o Controle Social sobre essa política (COELHO 2004; CARVALHO, 2005), destacando, como causas para tal limite, a tradição autoritária do Estado brasileiro, a fragilidade da vida associativa e a resistência dos atores sociais e estatais em aceitarem participar desses fóruns (TEIXEIRA, 1989).

Muitos representantes do governo ou do sistema privado toleram os Conselhos de Saúde por se tratarem de instâncias garantidas constitucionalmente porém, são a eles refratários, e agem buscando reduzir o seu papel fiscalizador ou deliberativo a rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas (TEIXEIRA, 1989). Apontam-se a falta de transparência nas informações orçamentárias e, da mesma forma, as que se referem às políticas da própria gestão dos Conselhos, pelo uso de artifícios contábeis e ingerência política na escolha dos conselheiros, bem como por meio de manipulação nos processos decisórios (CORREA, 2005).

A falta de estruturação dos Conselhos de Saúde e, a falta de qualificação dos conselheiros representantes dos usuários atribuída como uma forma limitante da participação desses nas discussões, principalmente no que tange as questões técnicas de saúde, apresenta-se como uma preocupação em um dos trechos produzidos por um dos representantes dos trabalhadores.

“Ainda falta muita estruturação e qualificação na educação principalmente nos membros representantes de usuários dentro dos Conselhos (...) temos muitos municípios com total desinteresse neste processo.” (TRABALHADOR 2)

Estudos destacam que, para resolver essas questões, é necessário o estabelecimento de algumas regras e procedimentos para a escolha das representações no interior dos Conselhos, bem como a organização de processos de discussão e tomada de decisão que conduzam à efetiva participação dos representantes que dispõem de menos conhecimentos técnicos e recursos comunicativos (CÔRTEZ, 2002; COELHO, 2007).

Por tais limitações, a implementação desses órgãos colegiados ainda é insuficiente para reverter descompassos sociais e econômicos, e promover a incorporação de demandas de diferentes segmentos da sociedade brasileira nas políticas de saúde, ou o exercício do Controle Social sobre elas. Os cidadãos, principalmente os mais vulneráveis, permanecem excluídos desses espaços e sem recursos suficientes para articular suas demandas (COELHO, 2007), como é possível detectar em um dos trechos atribuídos a um dos representantes dos trabalhadores consultados.

“Acho que os conselhos aproximam os usuários dos gestores e trabalhadores, mas a participação do segmento dos usuários, na formulação das políticas, ainda é pequena.” (TRABALHADOR 6)

Constata-se que, tanto os Conselhos como as Conferências, não dão conta de implementar a participação dos usuários na formulação de políticas e, na redefinição da maioria das ações de saúde executadas no dia-a-dia dos serviços. Há inúmeros mecanismos de boicote a uma participação mais efetiva desse segmento (VASCONCELLOS, 2004; COSTA e LIANÇA, 2006; TRAD e ESPERIDIÃO, 2009; OLIVEIRA e ALMEIDA, 2009). Segundo Vasconcellos (2004) sem a participação ativa dos usuários na discussão de cada conduta implementada, *“os novos serviços expandidos não conseguirão se tornar um espaço de redefinição da vida social e individual em direção a uma saúde integral”*.

Essa condição acaba gerando outro grande impasse no interior dos Conselhos dificultando, justamente, o reconhecimento de sua maior missão, legalmente garantida: formular estratégias para a política de saúde na instância correspondente acompanhá-la e, controlá-la, econômica e financeiramente (ASSIS e VILLA, 2003; FLEURY, 2009).

Apesar da percepção de limitação dessas instâncias prevalecer na maioria dos conteúdos analisados, alguns atores demonstram confiança no processo de democratização da saúde, atribuindo avanços no que se refere à participação de usuários, gestores e trabalhadores, na construção e fiscalização de políticas públicas.

“Após a 3ª CNSB o controle social no país deu uma sacudida positiva quando foi realizado o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (...) não alcançou metas mas, possibilitou melhor qualificação dos conselheiros e participação consolidada de setores sociais excluídos da vida pública(...)” (TRABALHADOR 4)

A literatura atual reforça tal análise. Alguns autores consideram que a consolidação desses fóruns participativos, auxilia de maneira concreta na democratização das instituições brasileiras, dando voz aos setores da sociedade tradicionalmente excluídos (CORTES, 2002; GUIZARDI et al, 2004; FLEURY, 2009a; LABRA, 2009). Existe um movimento de formação gradual de um novo tipo de relacionamento na saúde, no qual o interesse dos setores populares vem sendo representados formal e publicamente (HEIMANNLS et al, 1992; CÔRTEZ, 2002).

É consenso na literatura de que o Brasil, nesse campo, possui uma história acumulada, com muitos erros e acertos, mediante os quais é possível aprender e experimentar novas estratégias e formulações (FLEURY, 2009b ; GOULART, 2010). A participação popular pode funcionar, em muitos casos, como fortalecedora do processo democrático, descentralizadora e decisória (RIBEIRO, 2010) portanto, é importante que se reconheça o esforço e as conquistas do projeto político brasileiro de Controle Social na saúde (GOULART, 2010).

Outra questão abordada pela 3aCNSB foi a necessidade de garantir instrumentos de informação sobre financiamento, orçamento público em saúde, e prestação de contas, utilizando-se uma linguagem clara e acessível a qual permita ao

cidadão a fiscalização de recursos financeiros da saúde (BRASIL, 2005). No que tange essa questão, percebe-se que, de maneira geral, os participantes desse estudo demonstraram insatisfação com essas ferramentas argumentando, principalmente, a dificuldade de acesso e interpretação das informações disponibilizadas.

“Olhe, apesar de termos estes instrumentos disponibilizados, ainda identifica-se dificuldade no uso destas ferramentas, quer dizer não basta garantir os instrumentos. Agora, o processo de utilização deve se dar por educação permanente/continuada (...) além dos Conselhos, os Governos devem ser responsabilizados.” (USUÁRIO 1)

“Falta um sistema que mostre tudo o que é efetivamente gasto pelos 3 entes em um único sistema, de fácil acesso e interpretação.” (TRABALHADOR 1)

“Os gestores fizeram esforços, para que esta questão do financiamento, não fosse apropriada pela população e pelos Conselhos de Saúde.” (TRABALHADOR 7)

“O governo federal tem criado ferramentas por meio eletrônico onde é possível acompanhar as transferências de recursos para os municípios e estados (...) mesmo com a disponibilização dessa ferramenta de acompanhamento ainda se faz necessário uma maior divulgação de como utilizá-la.” (GESTOR 3)

A informação em saúde é um elemento fundamental para gestão e o Controle Social no âmbito do SUS. Para tanto, se faz necessário o desenvolvimento e a implantação de uma rede de informações a qual abranja todos os níveis de complexidade do sistema de saúde brasileiro e articule, entre as instituições produtoras das informações, os mais variados dados (ASSIS e VILLA, 2003).

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é um exemplo desse tipo de ferramenta. Em 1999, o Ministério da Saúde implantou esse sistema, caracterizado, segundo Silva et al (2010) como *“um instrumento fundamental para o acompanhamento da receita e despesa em saúde, permitindo analisar, por exemplo, o percentual de recursos próprios aplicados em saúde, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29”*. Porém, sua implementação não garantiu, enquanto ferramenta de fiscalização, o controle dos gastos em saúde, nem por parte de gestores, nem de trabalhadores e, tão pouco, de usuários (TRAD e ESPERIDIÃO, 2009; SILVA et al, 2010).

É importante o investimento na divulgação dos mecanismos de participação social para a população sendo que não é suficiente ter conhecimento sobre a existência destes (VÁZQUEZ et al, 2005). Estudos demonstram que, nem sempre, o conhecimento dessas ferramentas garante a participação contínua e lúcida da população, no controle das informações acerca do financiamento em saúde (TRAD e ESPERIDIÃO, 2009; SILVA et al, 2010).

A falta de articulação entre Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do Estado brasileiro, com os demais Conselhos de Políticas Públicas, também foi uma das questões das quais, os participantes desse estudo, demonstraram preocupação e insatisfação. Para esses atores, a construção de uma agenda intersetorial que busque pensar saúde bucal como resultado de ações entre diferentes setores, ainda é algo muito distante.

“Sinceramente, acho que este é o grande nó do SUS. Enquanto houver dificuldade nas relações e ações intersetoriais, enquanto saúde for pensada e trabalhada somente no campo do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde, esta proposta não se efetivará.” (USUÁRIO 3)

“Está muito longe disto acontecer.” (TRABALHADOR 7)

“Praticamente os conselhos têm atuado de forma separada em relação aos demais (...) no âmbito federal tem se buscado agendas em conjunto.” (GESTOR 5)

“Ainda não temos este nível de articulação (...)” (GESTOR 3)

A dificuldade de interação entre diferentes Conselhos impede, de certa forma, o diálogo constante e o estabelecimento de vínculos entre setores, dificultando a corresponsabilidade e a cogestão (MORETTI et al, 2010). A literatura reforça que as políticas públicas ainda são pensadas de forma fragmentada nas quais, os problemas de saúde da população são tratados de forma pontual, interferindo, diretamente, na eficiência, efetividade e eficácia dessas políticas e, conseqüentemente, na execução das mesmas (NASCIMENTO, 2010; MORETTI et al, 2010).

5.3 FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

5.3.1 Reforma Curricular e Recursos Humanos

O SUS, sustentado pelos pilares da integralidade, da equidade e da universalidade das ações e serviços, necessita de um novo perfil profissional (ALVES, 2005), com foco na formação mais contextualizada, que associa o processo saúde-doença a dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população (MATTOS, 2008), redirecionando, assim, as práticas de saúde. Nesse sentido, em 2001, o Ministério da Educação, homologou as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação da área da saúdeⁱ, no intuito de superar o antigo currículo, na perspectiva de estimular os estudantes na construção do seu próprio conhecimento (MATTOS, 2008), sendo a integralidade o eixo norteador dessa nova proposta curricular.

O fato é que, mesmo com a homologação dessas diretrizes, o sistema de ensino superior não vem cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS, perpetuando-se a discussão da necessidade de uma reforma curricular. Essa necessidade de reforma e, conseqüentemente, a redefinição do modelo de formação profissional, tendo como referência a realidade social do país, foi uma das questões trabalhadas pela 3aCNSB.

A percepção da maioria dos atores participantes desse estudo, independente do segmento de representação, nos permite afirmar que, de maneira geral, ainda existem inadequações na formação de profissionais da saúde, acarretando barreiras na consolidação do SUS. Os atores consultados percebem que existe um grande

ⁱ A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996, estabelece em seu artigo 43 que a educação superior deve ter entre suas finalidades o estímulo ao conhecimento dos problemas regionais, estabelecendo com a comunidade uma relação de reciprocidade, não a utilizando apenas como coleta de dados.

caminho a percorrer para que tal questão saia do patamar de discussão e faça parte do contexto das Instituições de Ensino Superior e dos serviços de saúde.

“Se analisarmos a quantidade de cursos existentes e as dimensões e realidades do Brasil, avançou-se pouco. Parece-me não haver muito interesse, até porque a lógica do ensino hoje é para o comércio.” (USUÁRIO 4)

“A academia se julga muito acima dos demais setores pra abrir a discussão de seus currículos com conselhos de saúde, com representação de usuários. A maioria dos professores universitários não tem interesse que seus usuários e estudantes sejam sujeitos ativos dos processos de ensino-aprendizagem, e não estimulam trabalhadores, estudantes ou conselheiros de saúde a discutir seus currículos. Não tem maturidade suficiente pra abrir sua “caixa preta”. E isso não se resolve por decreto.” (TRABALHADOR 2)

“Creio que a formação dos profissionais de saúde ainda é voltada predominantemente para a iniciativa privada. Poucos cursos avançaram na construção de projetos político-pedagógicos que priorizassem disciplinas relacionadas às atividades do SUS (...).” (TRABALHADOR 7)

“Os órgãos formadores apresentam ainda uma característica “conservadora” (voltada ao mercado privado e não às necessidades da população).” (GESTOR 3)

“Apesar de uma maior aproximação das instituições de ensino com os serviços, as escolas ainda não formam os profissionais de saúde com habilidades para o SUS.” (GESTOR 2)

Reforçando tal percepção, González e Almeida (2010) reconhecem que “as instituições de ensino superior têm como grande desafio, atualmente, a revisão do seu papel na educação dos profissionais de saúde, com mudanças nos currículos dos cursos com um modelo pedagógico que permita ao aluno aprender e apreender (...) beneficiando a população”. É preciso que as escolas direcionem seus alunos a pensarem saúde como um direito constitucional, assegurado a todo cidadão brasileiro (MATTOS, 2008).

No caso da Odontologia, especificamente, essa discussão ganha fôlego em três momentos históricos distintos: no ano 2000, com a inserção da Odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizada como uma estratégia de

reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica; em 2002 com a homologação, feita pelo Ministério da Educação, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologiaⁱⁱ; e em 2004 com a formulação da PNSB.

As diretrizes da PNSB vão ao encontro da proposta da ESF, trazendo como seu eixo político básico “a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho que tem como meta a produção do cuidado” (BRASIL, 2004). Tem-se como orientação, a partir desse documento, que ações e serviços de saúde bucal devem ser fruto do reconhecimento da necessidade local, e dos critérios de condição de vida da população, além dos aspectos epidemiológicos (BARTOLE, 2008). A partir dessa concepção pautada tanto nas diretrizes da PNSB, quanto no objetivo proposto pela ESF, a formação do cirurgião dentista é colocada como fator determinante para que essa mudança ocorra.

A inadequação do preparo dos cirurgiões dentistas sendo formados de maneira desvinculada das reais necessidades do país (NARVAI, 1994), traz à tona a discussão, embora tardia, pautada em um novo perfil profissional como medida necessária na mudança do modelo de atenção. Essa inadequação é relatada por alguns atores participantes desse estudo, como podemos observar no trecho que segue:

“Os estudantes de Odontologia são pouco estimulados a seguir a carreira pública, a não ser pelo fator financeiro e de estabilidade.” (TRABALHADOR 1)

O trabalho do cirurgião dentista, no âmbito do SUS, marcadamente pautado numa prática curativa, com ênfase em habilidades técnicas restauradoras (MATTOS, 2008; MARTELLI et al, 2010), ganha espaço nessa discussão principalmente por demonstrar descompasso com políticas reorientadoras, como é o caso da ESF

ⁱⁱ As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia, por meio da Resolução nº 3 do CNE/CES de 19 de fevereiro de 2002 traz, em seu escopo, a valorização da formação básica, privilegiando a articulação entre a base científica e a importância do dentista como cidadão; a ênfase na formação humanística como responsabilidade do curso como um todo e não de disciplinas isoladas; a predominância da abordagem preventiva em saúde bucal sobre o aspecto cirúrgico-restaurador; e a proposta de intervenção nas escolas sobre a indesejável especialização precoce.

(MARTELLI et al, 2010). A inclusão do cirurgião dentista na ESF trouxe a necessidade de adequação desse profissional na perspectiva de garantir a integralidade do atendimento prestado, compreendendo a saúde bucal como parte do todo, e a reorientação de práticas a ela relacionadas (MARTELLI et al, 2010).

Tal mudança de perfil profissional ainda não foi alcançada, como se pode avaliar a partir das percepções da maioria dos atores consultados. Reforçando essa percepção González e Almeida (2010) assinalam que,

Cabe a todos o papel de protagonista na transformação dos conceitos e das práticas de saúde que orientam o processo de formação para produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde, isto pode começar através da universidade, do colegiado ou do departamento, mas se não chegar à sala de aula e à relação professor aluno, de nada adiantará a mudança nas diretrizes curriculares ou as imposições de um colegiado ou de uma universidade. (GONZALEZ, 2010, p. 758)

É inegável que a estrutura curricular dos cursos de Odontologia, ainda está pautada no Modelo Biomédico, fragmentando a boca humana do restante do corpo e, se especializando em apenas uma de suas partes, os dentes (TRINO, 2008). Apesar de alguns avanços pontuais e da proposta de reforma, essa ainda não se concretizou perpetuando a lógica fragmentada e microespecializada da Odontologia a qual se atenta a questões meramente biológicas e laboratoriais, não contribuindo para a resolução e melhoria das condições sociais da população brasileira (TRINO, 2008; MORETTI et al, 2010).

A manutenção desse tipo de formação leva, aos serviços de saúde, profissionais completamente alheios a lógica do SUS, mantendo-se a cultura cirúrgico-restauradora, prevalente na clínica privada. Alguns representantes dos trabalhadores da saúde, participantes desse estudo, identificam essa dificuldade e limitação desses novos profissionais, recém-chegados, como se percebe no trecho a seguir:

“(...) só posso relatar o que sinto com a chegada de novos profissionais, que estão sempre alheios as políticas de SB existentes.” (TRABALHADOR 5)

Faz-se necessário, para a reorganização dos serviços de saúde, profissionais capacitados para intervir de forma qualitativa, tanto no planejamento como na avaliação das ações de saúde bucal buscando, como prioridade, responder às necessidades da comunidade (MARTELLI et al, 2010) sendo que, o SUS é o grande responsável na superação dessas deficiências na formação de recursos humanos, devendo investir em qualificação profissional e educação permanente.

Percebe-se que a efetividade do serviço público de saúde está diretamente ligada a um planejamento cuidadoso, e de longo prazo, dos recursos humanos atuante nessa esfera, fazendo-se necessário a construção de políticas públicas as quais se preocupem com a qualidade da formação dos profissionais de saúde, a capacitação e educação permanente, as formas de contratação assim como, os critérios de avaliação de desempenho desses profissionais (LACAZ et al, 2010).

5.4 FINANCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

5.4.1 Financiamento em Saúde

Uma das principais causas da crise do setor saúde é, sem dúvida, a insuficiência de recursos financeiros. Essa insuficiência fomenta o debate em torno da construção e consolidação do SUS. É uma discussão que permanece em pauta, abrangendo temas que vão desde a racionalização do gasto em saúde, até a regulamentação da *Emenda Constitucional n°. 29* (GONÇALVES et al, 2009).

Os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade do SUS só podem ser viabilizados com a construção de um modelo de financiamento flexível, que ofereça agilidade no uso de recursos, e transparente, que permita o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das políticas públicas (BRASIL, 2005; MOIMAZ et al, 2008). Esse modelo de financiamento, a partir da percepção da maioria dos atores

participantes desse estudo, avança muito lentamente na prática, permanecendo, muitas vezes, no plano do discurso.

A falta de clareza no que diz respeito a gastos com saúde, a insatisfação com o repasse de recursos financeiros para a saúde bucal, principalmente, de estados e municípios, e a priorização de recursos para ações e práticas curativas, foram questões levantadas pelos participantes desse estudo, como podemos verificar nos trechos que seguem:

“Ainda discutimos o que são de fato ações de saúde, neste sentido ter financiamento ou incremento do mesmo me parece que temos que entender que saúde bucal também está neste entendimento.” (USUÁRIO 3)

“Os estados e municípios investiram muito pouco neste sentido.” (TRABALHADOR 6)

“Existe incentivos financeiros por conta, principalmente, da Política Nacional de Saúde Bucal. Nos níveis estaduais e municipais praticamente não existem recursos específicos para saúde bucal.” (GESTOR 2)

“O financiamento é reduzido e não especificamente para a saúde bucal e, quando existe, é direcionado para assistência.” (GESTOR 4)

Para que se faça cumprir os preceitos constitucionais garantindo o acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços de saúde, é imprescindível que as despesas com saúde não se confundam com outras relacionadas a outras políticas públicas, ainda que incidam, direta ou indiretamente, sobre as condições de saúde (PORTO, 2006; MOIMAZ et al, 2008).

Contrapondo o discurso do ator identificado como USUÁRIO 3, existe um documento que tem como objetivo, dentre outros, a definição do que é gasto em saúde. Levando em consideração a abrangência desse conceito, a Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 08 de maio de 2003, define o que são ações e serviços de saúde (BRASIL, 2003), utilizando parâmetros os quais foram acordados entre Ministério da Saúde, estados, e seus respectivos tribunais de contas (MARQUES, 2005). Porém, apesar da resolução, autores afirmam que a ausência

desse esclarecimento no texto da Emenda Constitucional nº 29, favorece a pluralidade de interpretações na aplicação dos seus recursos (GONÇALVES et al, 2009), o que gera a percepção de que não temos definido ainda, o que são ações e serviços de saúde.

No que tange a mobilização de recursos financeiros, autores afirmam que, a maior parte dos recursos para saúde é destinada para ações assistenciais-curativas, (MOIMAZ et al, 2008; FRANÇA e COSTA, 2011), corroborando com a percepção dos atores consultados. Isso compromete um fluxo contínuo, permanente e adequado, para outros tipos de ações, como as preventivas e as de promoção, interferindo na resolução direta de inúmeros problemas de saúde da população brasileira (MOIMAZ et al, 2008), não relacionados a ações assistenciais. Além disso, a falta de uma percentagem de recursos compatível com as necessidades da saúde bucal compromete, diretamente, o desenvolvimento de ações nessa área.

Existe um incentivo, por parte do Governo Federal, relacionado com a implantação da ESB na ESF (são pagos R\$ 6 mil, em uma única parcela, a cada ESB implantada) porém, essas regras de distribuição de incentivos podem gerar outro problema, induzindo a implantação de centenas de novas equipes as quais, muitas vezes, não conseguem ser mantidas sem repasses futuros (MARQUES e MENDES, 2002), devidamente direcionados a saúde bucal.

A escassez de recursos para a saúde bucal tem como consequência direta a incapacidade de ampliar e qualificar o atendimento odontológico na esfera pública, gerando uma demanda reprimida a qual depende das ações e serviços providos pelo setor público. Em concordância com as respostas obtidas dos participantes desse estudo, Teixeira e Teixeira (2003) relatam que esse desafio mostra-se particularmente difícil em um contexto de demanda crescente e restrição orçamentária. É imprescindível, diante desse cenário, que se faça um planejamento eficaz do gasto público, e uma gestão adequada dos limitados recursos disponíveis (SOLLA et al, 2007; MOIMAZ et al, 2008; FRANÇA e COSTA, 2011).

Diante da incerteza e indefinição dos recursos financeiros para a saúde, não somente para a saúde bucal, buscou-se uma solução definitiva a qual envolveu o comprometimento, das três esferas de gestão do Estado brasileiro, no

desprendimento de recursos orçamentários para a saúde – a *Emenda Constitucional n° 29 (EC 29)*ⁱⁱⁱ (MARQUES e MENDES, 2005; CAMPELLI e CALVO, 2007), aprovada no Congresso Nacional em 13 de setembro de 2002. A EC 29 teve por objetivo modificar os artigos 167, inciso IV, e 198 da Constituição Federal, vinculando e estabelecendo percentuais mínimos de recursos que a União, os estados e os municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços de saúde (CAMPELLI e CALVO, 2007).

No que tange o cumprimento da EC 29, os atores consultados percebem, de forma unânime, independente do segmento de representação, que a regulamentação e o cumprimento da Emenda, em todas as esferas de gestão do Estado brasileiro, ainda é algo não concretizado, e com muitos entraves políticos.

“Até hoje não foi regulamentada a EC 29, embora tenha grande pressão da sociedade civil, e de alguns parlamentares, faltou vontade política do Executivo, e muitos outros interessados que isso não ocorra.” (USUÁRIO 2)

“O cumprimento da EC 29, lamentavelmente, ainda fica a desejar, inclusive pelo Ministério da Saúde. Difícil então cobrar dos estados e municípios. A regulamentação ainda é uma novela no Congresso.” (USUÁRIO 1)

“Cumprir integralmente parece utopia. Não podemos desistir, esta luta é eterna e é nossa.” (TRABALHADOR 3)

“Por mais que se tenha realizado pressões para aprovação dessa proposta, não se concretizou (...) não conseguimos avançar no congresso.” (GESTOR 5)

Corroborando com a percepção dos atores participantes desse estudo, a literatura demonstra que, mesmo com a aprovação da EC 29, a sua não regulamentação gera empecilhos no avanço do financiamento da saúde, continuando ser esse um problema crônico e paralisante no âmbito da saúde pública brasileira (FAVARET, 2003; MARQUES e MENDES, 2005; CAMPELLI e CALVO, 2007;

ⁱⁱⁱ A nova norma constitucional define um patamar mínimo inicial, para 2000, de 7% das receitas municipais e estaduais a serem aplicadas em saúde e um acréscimo de 5% sobre o montante empenhado pelo Ministério da Saúde em 1999. Nos anos seguintes, até 2004, os percentuais previstos para estados e municípios deveriam elevar-se até atingir 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais, enquanto a participação da União seria corrigida pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

FRANÇA e COSTA 2011). A sua real implementação depende, sobretudo, dos avanços no entendimento do texto constitucional, e da vontade política dos atores participantes da construção das políticas de saúde (FAVARET, 2003).

As discussões em torno da regulamentação da EC 29 é tema recorrente no Plenário da Câmara dos Deputados e no Senado Federal, sendo prevista pelo Projeto de Lei Complementar 01/2003^{iv} (PLC 01/2003). Somente após a aprovação pelo Congresso Nacional, a Emenda será submetida à sanção presidencial (FRANÇA e COSTA, 2011). As negociações para a elaboração da lei vêm sendo conduzidas, desde 2001, pelo Ministério da Saúde, tendo como seu principal interlocutor e parceiro o Conselho Nacional de Saúde (FAVARET, 2003).

Levando em consideração o cumprimento da EC 29 pela União, estados e municípios, a percepção hegemônica entre os atores consultados é de que, o ente federativo que destina a maior parte de recursos para a saúde, continua sendo a esfera municipal. Tal afirmação pode ser constatada no trecho a seguir:

“Apenas os municípios cumprem a EC29, alguns estados e a União ainda não a cumprem integralmente. Além do fato de não estar regulamentada (...) a responsabilidade maior sobre a execução dos serviços cabe ao município, conseqüentemente, esse acaba investindo maiores recursos financeiro.” (GESTOR 3)

Estudos demonstram que após a implementação da EC 29, houve recuo dos gastos em saúde na esfera federal (CAMPELLI e CALVO, 2007; FRANÇA e COSTA, 2011). Segundo França e Costa (2011), embasados em dados do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), em 2000 este gasto representava 59% do gasto total, recuando para 56% em 2001 e para 53% em 2002. Já os estados e municípios elevaram sua participação sendo que, os estados elevaram de 18,53% em

^{iv} O Projeto de Lei Complementar 01/2003 regulamenta a Emenda Constitucional nº 29. O referido PLC é de autoria do Deputado Roberto Gouveia (PT/SP), e o substitutivo, do Deputado Guilherme Menezes. O substitutivo foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família no dia 11/08/2004, aprovado por unanimidade na Comissão de Tributação e Finanças da Câmara Federal no dia 09/11/2004.

2000 para 20,67% em 2001, chegando a 21,64% em 2002; os municípios partiram de 21,63% em 2000, passando a 23,63% em 2001, e atingiram 25,25% em 2002 (FRANÇA e COSTA, 2011), corroborando com a percepção dos atores consultados.

Campelli e Calvo (2007) afirmam que “*a situação dos municípios foi a menos alterada com a implantação da EC 29, pois em 2000 a média percentual de aplicação em ações de saúde já era superior ao mínimo constitucional de 7% ao ano*”. Por esse motivo, o número de municípios que cumpriram as metas estipuladas pela Emenda não sofreu um aumento significativo entre 2000 e 2003.

Diante desse cenário é possível afirmar que, o processo de regulamentação da EC 29 ainda tramita, com dificuldades e controvérsias, no cenário político atual (FAVARET, 2003; CAMPELLI e CALVO, 2007). Porém, apesar dos entraves, vale ressaltar que somente um financiamento estável possibilita o planejamento e a execução de ações, no intuito maior de preservar e garantir a saúde de milhões de brasileiros.

5.4.2 Atenção em Saúde Bucal: a proposta dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

Após a definição da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, é perceptível que o acesso aos serviços odontológicos melhorou. A PNSB definiu, como principal meta, a melhoria da condição de saúde bucal da população brasileira, e a superação das desigualdades no acesso aos serviços odontológicos, por meio da consolidação de um modelo de atenção pautado nos princípios e diretrizes do SUS, e articulado a inserção da ESB na ESF (FIGUEIREDO e GÓES, 2009). Essa melhoria no acesso deve-se, também, ao incremento de recursos destinados especificamente a saúde bucal.

No entanto havia um descompasso na oferta de procedimentos odontológicos básicos, quando comparada a oferta de procedimentos especializados (FIGUEIREDO e GÓES, 2009; CHAVES et al, 2010) sendo que, esses últimos correspondiam no

ano de 2003, a apenas 3,5% do total de procedimentos realizados pelo SUS (FIGUEIREDO e GÓES, 2009).

Pretendendo viabilizar a oferta de serviços odontológicos especializados, a PNSB implementa os chamados Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)^v (CHAVES et al, 2010) sendo esses Centros, serviços de atenção secundária constituindo unidades de referência para a atenção básica, melhorando assim o sistema de referência e contra- referência (BARTOLE, 2008).

No que tange a definição de critérios para a distribuição dos CEOs assim como, a implantação e qualidade dos mesmos, os participantes desse estudo identificaram, de maneira geral, as seguintes questões:

“Os Centros de especialidades Odontológicas (ultra necessários) ainda atendem critérios políticos e não de real necessidade, e não são sequer avaliados no Sistema.” (USUÁRIO 1)

“Não avançamos. Temos alguns CEO implantados, mas sem critérios sociais e epidemiológicos, principalmente em municípios de pequeno porte populacional” (TRABALHADOR 2)

“A implantação dos CEO foi baseada nas necessidades políticas municipais e muito pouco na realidade sócio econômica e epidemiológica da população brasileira(...).” (GESTOR 1)

Corroborando com a percepção da grande maioria dos atores consultados, Chaves et al (2010) são categóricos ao afirmar que a oferta de serviços deve estar adequada segundo *“as necessidades populacionais, a acessibilidade geográfica e a acessibilidade organizacional”*. Características epidemiológicas e realidades socioeconômicas devem ser priorizadas na decisão de implantar, ou não, os Centros de Especialidades Odontológicas. Tomar essa decisão levando em consideração a realidade regional, garante ao gestor maior eficácia e efetividade, além de direcionar

^v Os CEO oferecem em seus serviços o diagnóstico bucal (incluindo a detecção do câncer bucal), periodontia especializada, endodontia, cirurgia oral menor (tecidos moles e duros) e atendimento a portadores de necessidades especiais.

de maneira satisfatória o recurso, já escasso, disponível para a saúde bucal (LEAL e TOMITA, 2006; CHAVES e SILVA, 2007).

Quanto ao porte municipal, apesar de não ser atribuído como critério para implantação dos CEO, estudos demonstram que, ao se comparar diferentes municípios, utilizando esse critério de análise, percebe-se que, quanto menor o município, pior o desempenho dos CEO (FIGUEIREDO e GÓES, 2009; CHAVES et al, 2010), corroborando com a percepção do ator identificado como TRABALHADOR 2.

Outro fator que pode influenciar, diretamente, no desempenho dos CEO, é a cobertura municipal da atenção básica. A maior cobertura populacional pela ESB no PSF foi normatizada como critério de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), levando-se em consideração que, a integração entre níveis de atenção ou entre ações promocionais e reabilitadoras, requer boa cobertura da atenção primária, permitindo assim a interface e a utilização adequada dos serviços de saúde bucal (CHAVES et al, 2010). Porém, estudos demonstram que, municípios com cobertura de PSF superior a 50%, têm um desempenho pior no cumprimento das metas propostas pelos CEO (FIGUEIREDO e GÓES, 2009; CHAVES et al, 2010) podendo os Centros transformar-se em equipamentos capazes de diminuir as barreiras ao acesso a ações básicas de saúde.

Os CEO podem constituir uma estratégia relevante, visando à integralidade da atenção no âmbito odontológico, sob dois prismas definidos por Paim (1997) como: 1) a integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; e 2) a garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos serviços de saúde. Para tanto, é necessário que se garanta a população brasileira o acesso aos serviços especializados, ou a atenção secundária (SPEDO et al, 2010), visando à integralidade da assistência. Contudo, a disponibilidade desses serviços é apenas uma das condições necessárias para que se garanta o acesso e, conseqüentemente, a efetivação da integralidade de ações (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Os Centros de Especialidades Odontológicas, constituindo um modelo dentro da atenção secundária no âmbito do SUS, é algo novo e, ainda, em fase de implantação, desenvolvimento e adequação. No Brasil, pouco se tem produzido sobre a avaliação dos serviços oferecidos pela atenção secundária. Essa limitação de estudos torna difícil a avaliação dos efeitos do CEO no tocante à interface entre os níveis de complexidade da atenção em saúde bucal (FIGUEIREDO e GÓES, 2009) ficando difícil conhecer seus impactos no que tange a perspectiva de um modelo de saúde o qual, tem como objetivo principal, conceber o indivíduo em sua integralidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da garantia da participação social na construção de políticas públicas, institucionalizada por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, se torna cada vez mais necessário, o entendimento desses espaços enquanto norteadores na formulação de diretrizes da política de saúde, na perspectiva de discutir e analisar a situação geral de saúde da população, estabelecendo orientações de como os serviços de saúde devem funcionar.

No caso específico da 3aCNSB, em que as discussões pautaram e permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, a percepção dos atores sociais consultados nesse estudo é de que, muitas das propostas discutidas e aprovadas no evento, não vêm sendo implementadas plenamente, tanto na esfera federal quanto por parte de estados e municípios. Os conteúdos produzidos pelos atores participantes desse estudo, independente do segmento de representação, convergiram para tal análise.

Mesmo com a priorização da saúde bucal pelo governo federal, por meio da PNSB, na perspectiva de ampliar o atendimento odontológico, proporcionando a melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira, observou-se que, nas esferas estaduais e municipais, não houve essa priorização e, nem tão pouco, um aumento proporcional nos investimentos, destinados a saúde bucal. Como consequência, ainda que não exclusivamente por isso, muitas ações e serviços, propostos na 3aCNSB deixaram de ser executados, gerando a percepção de que, em termos nacionais, os avanços possíveis no setor não se concretizaram, com uma ou outra exceção.

No que tange as ações na perspectiva da integralidade e da intersetorialidade visando à construção da cidadania e a inclusão social, conclui-se, a partir da percepção dos atores consultados representantes de usuários, trabalhadores e gestores que, em sua totalidade, não se concretizaram. Algumas iniciativas foram desenvolvidas porém, de maneira geral, a integração entre diferentes setores da sociedade e do Estado no intuito de garantir a integralidade das ações e a garantia do

direito a saúde, ainda são consideradas um grande desafio para o SUS. O desenvolvimento de políticas públicas as quais, realmente, direcionem ações de saúde nessa perspectiva, não vem sendo implementadas, principalmente nas esferas estaduais e municipais.

Em relação ao Controle Social e a Gestão Participativa em Saúde Bucal, os atores consultados ao analisarem a atuação de diferentes Conselhos de Saúde, sejam eles na esfera federal, estadual ou municipal, percebem que esses órgãos colegiados ainda são insuficientes para reverter descompassos sociais e econômicos, e promover a incorporação de demandas de diferentes segmentos da sociedade brasileira. Consta-se ainda que, tanto os Conselhos como as Conferências, não dão conta de implementar a participação dos usuários na formulação de políticas e, na redefinição da maioria das ações de saúde executadas no dia-a-dia dos serviços. Porém, foi consenso entre a maioria dos participantes desse estudo, independente do segmento de representação, que, apesar das limitações e dos problemas detectados, ações de inclusão da participação social na saúde vêm sendo desenvolvidas, inclusive com recurso próprio, na perspectiva de consolidar esses fóruns participativos, auxiliando de maneira concreta na democratização das instituições brasileiras.

Na percepção dos atores consultados, analisando as propostas relacionadas à Formação e Trabalho em Saúde Bucal, a mudança de perfil profissional proposta pela 3aCNSB, ainda não foi alcançada. Apesar de alguns avanços pontuais e da proposta de reforma curricular, a estrutura dos cursos de Odontologia ainda é, essencialmente, pautada no Modelo Biomédico, perpetuando a lógica fragmentada e microespecializada da Odontologia, levando aos serviços públicos de saúde profissionais completamente alheios a lógica do SUS, não contribuindo para a resolução e melhoria das condições sociais da população brasileira.

Analisando as propostas referentes ao Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal, os atores desse estudo percebem que, quanto ao financiamento, ainda não se tem clareza do que são ações e serviços de saúde, dificultando o direcionamento dos recursos disponíveis. Além disso, a maior parte desse recurso ainda é destinado a ações assistenciais-curativas, comprometendo as ações de prevenção e promoção da saúde. Foi detectado também que existe uma demanda crescente aos serviços odontológicos e, uma restrição orçamentária

evidente, gerando uma demanda reprimida a qual depende, exclusivamente, do atendimento prestado pelo SUS. Para tanto, na percepção dos atores consultados, é imprescindível que se faça um planejamento eficaz do gasto público, e uma gestão adequada dos limitados recursos disponíveis.

Ainda na esfera do financiamento, a percepção dos atores, no que tange o cumprimento da EC 29, é de que a sua regulamentação ainda é algo não concretizado nas três esferas de gestão do Estado brasileiro, comprometendo diretamente o financiamento da saúde pública, sendo o município o ente federativo que destina a maior parte de recursos para a saúde.

Quanto a Organização da Atenção, na perspectiva dos Centros de Especialidades Odontológicas, a percepção dos participantes desse estudo é que os CEO ainda não atendem a critérios epidemiológicos e a realidades socioeconômicas regionais, permanecendo questionáveis seus critérios de implantação. Constituem um modelo dentro da atenção secundária ainda em fase de implementação, necessitando de avaliação para que tenhamos condições de reconhecer seu real impacto no âmbito do SUS.

Por essas razões, os atores consultados percebem, havendo convergência nos conteúdos produzidos pelos representantes dos três segmentos que, a 3aCNSB contribuiu para a consolidação da PNSB no âmbito do SUS, mas exigirá nos próximos anos especial atenção e ação dos Conselhos de Saúde, assim como vontade política e articulação entre os três níveis de gestão do Estado brasileiro, para concretizar ações em defesa do direito universal à saúde bucal.

Diante desse cenário é possível afirmar que, embora as Conferências sejam espaços institucionalizados de participação direta da sociedade civil, há problemas, limites e restrições à incorporação das suas demandas, mostrando-se com capacidade limitada de influírem sobre o processo de decisão política.

No que tange o atual modelo das Conferências as quais, segundo a Lei 8142/90, devem estar definidas em regimento próprio aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, percebem-se fragilidades sendo, esses espaços, alvo constante de críticas e questionamentos, na perspectiva de sua efetivação democrática.

De maneira geral, o que se percebe ao final das Conferências é que, o momento inicial, com perspectiva democrática, inclusiva e decisiva na construção de políticas públicas, muitas vezes, fica frustrado pelo ineficiente e inconclusivo final, principalmente, pela não concretização daquilo que foi discutido e aprovado pelos diferentes representantes da sociedade. Porém, é recomendável que pesquisadores e instituições científicas incluam, em seus estudos, a produção de evidências e de resultados sobre as políticas desenvolvidas e implementadas pós-conferência, na perspectiva de identificar se o papel protagonístico desses espaços, servindo como a principal referência para a construção de uma agenda que paute e direcione as políticas públicas de saúde, vem sendo cumprido. É necessário que sejam desenvolvidos instrumentos metodológicos os quais se propõem a esse tipo de análise, na perspectiva de respostas cientificamente confiáveis, como objetivou, desenvolveu e testou, esse trabalho.

Ainda que padeçam de problemas estruturais e limitações no processo de decisão política e efetivação de políticas públicas, como aqueles detectados por esse estudo, as Conferências de Saúde, apesar desses problemas e limitações, prestam inestimáveis serviços à democracia brasileira, seja pela efetiva participação em processos deliberativos, onde se consegue isso, seja pela possibilidade de fazer circular informações de interesse público, relacionadas com a aplicação e destino de dinheiro público. Há muito por fazer no desenvolvimento da capacidade desses espaços e dos representantes sociais que neles atuam, mas não há que lamentar nem falar em frustração.

Mesmo diante de lacunas e descompassos, há de se reconhecer o esforço e as conquistas do projeto político brasileiro de Controle Social na saúde. O que se faz necessário é o reconhecimento e o enfrentamento das dificuldades encontradas na perspectiva de superá-las, para que possamos exercer a cidadania em saúde e avançar em busca da criação de possibilidades históricas em que seja possível exercer um papel social protagonístico na definição das políticas de saúde, contribuindo para consolidar e desenvolver a democracia no país.

7 REFERÊNCIAS

Alves AL. Movimento Popular de Saúde (Mops). In: Nupes. Estudo das políticas e estratégias de construção do sistema de saúde: perspectivas da reforma sanitária brasileira: 2º relatório parcial. Rio de Janeiro; 1988. p. 54-78.

Alves MHM. Estado e oposição no Brasil, 1964-84. Petrópolis: Vozes; 1985.

Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface. 2005;9(16):39-52.

Arouca ASS. Reforma sanitária. Saúde em Debate. 1990; (29):8-9.

Assis MMA, Villa TCS. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. Rev Latino-am Enfermagem. 2003;11(3):376-82.

Bahia L, Costa NR, Stralen, C vans. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. Cienc Saúde Coletiva. 2007;12(Supl):1791-818.

Baquero M. Democracia, participação e capital social no Brasil hoje. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 129-50.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

Bartole MSC. Concepção e formulação de políticas e programas com enfoque da integralidade: o exemplo da política nacional de saúde bucal. In: Macau M. Saúde bucal coletiva: implementando idéias...concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 161-73.

Benjamim C. Democracia, economia e capitalismo. In: Feury S, Lobato LVC, organizadores. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 14-23.

Bleischer L, Frota FHS. Fluoretação da água: uma questão de política pública – o caso do estado do Ceará. Cienc Saúde Coletiva. 2006;11(1):71-8.

Botazzo C, Freitas SFT. Ciências Sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: Fundação Editora da Unesp; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986a.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986b.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003. Define parâmetros acerca da aplicação da EC nº 29/00.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 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. Diário Oficial da União. 20 set 1990a; Seção 1:018055.

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. Diário Oficial da União. 28 dez 1990b; Seção 99.438.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.

Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

Campelli MGR, Calvo MCM. O cumprimento da Emenda Constitucional nº29 no Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(7):1613-23.

Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam; 1995.

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na área da saúde. *Saúde em Debate*. 1979;9:11-3.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Recommendation for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. *MMWR, Recomm Rep*. 2001; 50 (nº RR 14): 1-42.

Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saúde Publica*. 2010;44(6):1005-13.

Chaves SCL, Silva LMV. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:1119-31.

Coelho VS. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: Coelho VS, Nobre M. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34; 2004. p. 255-69.

Coelho VS. A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados. *Novos Estudos*. 2007;78:77-92.

Correa SV, organizador. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; 2005.

Côrtes SMV. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 102-128.

Côrtes SMV. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*. 2002;7:18-48.

Côrtes SMV, organizador. *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

Costa AM, Liança T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para equidade em saúde? *Saúde Sociedade*. 2006;15(2):47-55.

Coutinho CN. Gramsci e a sociedade civil; 2002. Disponível em: <<http://www.gramsci.org/>> Acesso em: 20 jun 2010.

Cuenca AMB, Andrade MTD, Noronha DP, Ferraz MLEF. Guia de apresentação de teses. 2. ed. São Paulo: A Biblioteca; 2006.

Dallari SG, Fortes PAC. Direito Sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Escorel S, Bloch RA. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: Lima, NT; Gerschman, S; Edler, FC; Suárez, JM, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 83-119.

Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes; 2008. p. 979-1010.

Escorel S, Moreira MR. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 229-47.

Favaret ACC. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. Cienc Saúde Coletiva. 2003;8(2):371-8.

Ferla AA, Jaeger ML. Controle social como processo: a participação da população na saúde e o orçamento participativo do estado do Rio Grande do Sul. In: Ferla AA, Fagundes SMS, organizadores. Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da Casa/Escola de Saúde Pública; 2002.

Fleury S, organizador. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009a.

Fleury S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009b. p. 24-46.

Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2009;25(2):259-67.

Fischer JK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(1):126-38.

França JRM, Costa NR. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):241-57.

França Júnior I, Ayres JR. Amamentar é um direito humano? São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; 2000.

Frias AC, Narvai PC, Araújo ME, Zilbovicius C, Antunes JLF. Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso – município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1237-46.

Gonçalves RF, Bezerra AFB, Santo ACGE, Souza IMC, Duarte-Neto PJ, Silva KSB. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional n 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2009;25(12):2612-20.

González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde – nortando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):757-62.

Goulart F. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. 2010;34(84):18-32.

Gramsci A. Cadernos do cárcere: Maquiavel – notas sobre o Estado e a política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2000. v. 3.

Guizardi FL, Pinheiro R, Mattos RA. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):15-39.

Habermas J. Direito e democracia: entre facticidade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1997. v. 2.

Heimann LS, Carvalheiro JR, Donato AF, Ibanhes LC, Lobo EF, Pessoto UC. O município e a saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec. 1992. v.1.

Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. Rev Adm Pública. 2000;34 (N Esp):35-45.

Labra ME. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a prática predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 176-203.

Lacaz FAC, Vieira NP, Cortizo CT, Junqueira V, Santos APL, Santos FS. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnólogo em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2010;26(2):253-63.

Leal RB, Tomita NE. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. Cienc Saúde Coletiva. 2006;11:155-60.

Luhmann N. Sociologia do direito I. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1983.

Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. Cienc Saúde Coletiva. 2000;5(2):293-312.

Manfredini MA. Saúde bucal coletiva e cidadania: construção social do campo das políticas e da produção dos sentidos. In: Macau M. Saúde bucal coletiva: implementando idéias...concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 17-30.

Mannheim K. Sociologia sistemática: uma introdução ao estudo da sociologia. 2. ed. São Paulo: Pioneira; 1971.

Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cad Saúde Pública. 2002;18:163-71.

Marques RM, Mendes A. SUS e a Seguridade Social: em busca do elo perdido. Saúde Sociedade. 2005;14(2):39-49.

Martelli PJL, Macedo CLSV, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, Monteiro IS. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família

em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Cienc Saúde Coletiva. 2010;15 (Supl):3243-48.

Martins GA. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2006.

Mattos D. A integração curricular na Odontologia e a incorporação do princípio da integralidade em saúde: encontros ou desencontros? In: Macau M. Saúde bucal coletiva: implementando idéias...concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 161-73.

Mendes A, Marques RM. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro. In: Anais do 16 Encontro Nacional de Economia Política da Sociedade Brasileira [CD ROM]; 2009; São Paulo, BR. São Paulo: PUCSP; 2009.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Ministério da Saúde. Portaria nº 599 de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União. 24 mar 2006.

Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Ferreira NF, Gonçalves PE. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. RAP. 2008;42(6):1121-35.

Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, Lima LSM, Bueno RE et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). Cienc Saúde Coletiva. 2010;15(Supl):1827-34.

Moretti-Pires RO, Breno SMV. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. Acta Paul Enferm. 2009;22(4):439-44.

Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.

Narvai PC. Fluoretação das águas: razões para prosseguir. São Paulo: FUNDAP/SES-SP; 1997.

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. Cienc Saúde Coletiva. 2000;5(2):381-92.

Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(N Esp):141-7.

Narvai PC, Frazão P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde Debate*. 2009;33:64-71.

Nascimento S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serv Soc Soc*. 2010;101(Supl): 95-120.

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Sociedade*. 2004;13(3):44-57.

Oliveira ML, Almeida ES. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde Soc*. 2009;18:141-53.

Oliveira VC. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(2):56-69.

Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizador. *A luta do Cebes*. São Paulo: Lemos; 1997.

Paim JS. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: Paim JS. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS ISC; 2002;361-5.

Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*. 2009;33:27-37.

Panizzi M. *Vigilância sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público do município de Chapecó, SC, no período 1995-2005 [mestrado]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.

Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. *Interface*. 2004;15(8):331-48.

Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):449-58.

Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2003, p. 7-34.

Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Sousa J et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Rev Eletrônica Enfermagem*. 2007;9(3):835-46.

Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Porto SM. Comentário: avanços e problemas no financiamento da saúde pública no Brasil (1967-2006). *Rev Saúde Pública*. 2006;40:576-8.

Ribeiro JM. Participação social e mecanismos de governança. *Saúde em Debate*. 2010;34(84):41-6.

Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):53-61.

Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(5):762-9.

Silva KSB, Bezerra AFB, Souza IMC, Gonçalves RF. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):373-82.

Soares G. O direito internacional sanitário e seus temas: apresentação de sua incômoda vizinhança. *Revista Direito Sanitário*. 2000;1:49-88.

Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JLL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007;7(4):495-502.

Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Saúde Coletiva*. 2010;20(3):953-72.

Teixeira HV, Teixeira MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Cienc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):379-91.

Teixeira SF, organizador. *Reforma Sanitária, em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez /Abrasco; 1989.

Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Interface*. 2009;13(Supl):557-70.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl):190-8.

Trino AJ. Integralidade com expectativa de qualidade de vida: o papel da saúde bucal coletiva na saúde suplementar. In: Macau M. *Saúde bucal coletiva: implementando idéias...concebendo integralidade*. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 46-55.

Vaitsman J. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: “Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)”, por Jeni Vaitsman, Marcelo Rasga Moreira e Nilson do Rosário Costa. *Cienc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):984-8.

Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):67-83.

Vázquez ML, Silva MRF, Gonzalez ESC, Diniz AS, Pereira APC, Veras ICL et al. Nível de informação da população e utilização de mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2005;10(Supl):141-55.

Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):145-54.

ANEXOS

Anexo 1 – Endereço eletrônico do Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rel_final_cnsb.pdf

Anexo 2 – Correspondência eletrônica enviada aos especialistas convidados para participar da seleção das propostas a serem analisadas

Prezado(a) Senhor(a):

Meu nome é Grasielle Fretta Fernandes, sou pesquisadora da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Estou realizando uma pesquisa sobre a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (3aCNSB), sob orientação do Prof. Dr. Paulo Capel Narvai. O objetivo da pesquisa é conhecer o grau de realização de algumas das propostas aprovadas na referida Conferência. A metodologia que estamos utilizando prevê a aplicação de um questionário para identificar o que algumas autoridades públicas, pensam a respeito. Você foi selecionado(a) para participar da primeira etapa da pesquisa a qual se ocupa de identificar cinco propostas, de cada eixo temático trabalhado no Relatório Final da Conferência, com o propósito de definir quais propostas serão analisadas, posteriormente, pela população de estudo. Após a definição das propostas, serão selecionados e convidados alguns atores sociais, representantes de usuários, gestores e trabalhadores da saúde, que responderão questões referentes às propostas selecionadas. Isto possibilitará analisar o grau de realização de cada proposta feita pela Conferência. Esclareço que seu nome não será fornecido a ninguém de modo a identificá-lo(a). Sua seleção será utilizada exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. Sua participação não é obrigatória de nenhuma forma, sendo inteiramente voluntária. Participar ou não, não acarretará em nenhum benefício indevido, nem vai prejudicá-lo(a) de nenhum modo. Em caso de dúvida, entre em contato comigo por telefone (11-8425-4757) ou por correio eletrônico (grasielefretta@usp.br). Mediante resposta a esse email, confirmando sua participação, será encaminhado, também via email, um arquivo eletrônico (formato pdf) contendo o Relatório Final da 3aCNSB e, um segundo arquivo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desde já agradeço e conto com sua atenção, inestimável para que possamos dar continuidade à pesquisa.

Grata,

Grasielle Fretta Fernandes
responsável pela pesquisa

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

*PESQUISA DE SAÚDE PÚBLICA***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Senhor(a):

Meu nome é **Grasiele Fretta Fernandes** (RG nº 4.491.290 – SSP/SC). Sou pesquisadora da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Estou realizando uma pesquisa, sob supervisão do Prof. Dr. Paulo Capel Narvai, sobre a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2004. O objetivo da pesquisa é conhecer o grau de realização de algumas das propostas aprovadas na referida Conferência. A metodologia que estamos utilizando prevê a aplicação de um questionário para identificar o que algumas autoridades públicas, pensam a respeito. Você foi selecionado para responder ao questionário. Seu nome e suas respostas às minhas perguntas não serão fornecidas para ninguém de modo a identificá-lo(a). Esclareço que as perguntas não se referem a aspectos morais sobre a sua intimidade, e que suas respostas são confidenciais. Serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. Sua participação não é obrigatória de nenhuma forma, sendo inteiramente voluntária. Participar ou não, não acarretará em nenhum benefício indevido, nem vai prejudicá-lo(a) de nenhum modo. Se decidir participar, saiba que, se quiser, pode interromper sua participação a qualquer momento. Se após responder às perguntas você quiser saber sobre o andamento da pesquisa, ou esclarecer alguma dúvida, pode entrar em contato comigo por telefone (11-3255-8191) ou por correio eletrônico (grasielefretta@usp.br). A realização desta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP (Av. Dr. Arnaldo, 715 CEP 01246-904 São Paulo SP – Telefone: 11-3061-7779). Caso você necessite de algum esclarecimento, pode escrever, telefonar ou enviar mensagem eletrônica para o Comitê da FSP/USP (e-mail: coep@fsp.usp.br).

Grasiele Fretta Fernandes
responsável pela pesquisa

Anexo 4 - Correspondência eletrônica enviada aos atores sociais, representantes dos usuários, gestores, e trabalhadores da saúde, participantes da pesquisa

Prezado(a) Senhor(a)

Meu nome é **Grasiele Fretta Fernandes**, sou pesquisadora da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Estou realizando uma pesquisa, sob supervisão do Prof. Dr. Paulo Capel Narvai, sobre a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2004. O objetivo da pesquisa é conhecer o grau de realização de algumas das propostas aprovadas na referida Conferência, nas três esferas de gestão do Estado brasileiro. A metodologia prevê a aplicação de um questionário para identificar o que algumas autoridades públicas pensam a respeito, contribuindo, dessa forma, para a análise do grau de realização de cada proposta aprovada pelos delegados. Você foi selecionado para participar da pesquisa, respondendo ao questionário. Seu nome e suas respostas às minhas perguntas não serão fornecidas para ninguém de modo a identificá-lo. Esclareço que as perguntas não se referem a aspectos morais sobre a sua intimidade, e que suas respostas são confidenciais. Serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. Cabe salientar que, em nenhum momento, suas respostas serão confrontadas com os demais participantes da pesquisa. Sua identidade será preservada integralmente, não permitindo, dessa forma, nenhum tipo de constrangimento entre você e os demais participantes consultados. Se decidir participar, saiba que, se quiser, pode interromper sua participação a qualquer momento. Se após responder às perguntas você quiser saber sobre o andamento da pesquisa, ou esclarecer alguma dúvida, pode entrar em contato comigo por telefone (11-8425-4757) ou por correio eletrônico (grasielefretta@usp.br).

Mediante resposta a esse email, confirmando sua participação, será encaminhado um novo email, com o link que dará acesso ao questionário, o qual terá formato eletrônico e estará disponível em um site da internet, criado especificamente para esse fim. No site é possível, também, obter informações acerca dos aspectos gerais da pesquisa assim como acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desde já agradeço e conto com sua participação, muito valiosa, para que possamos dar continuidade à pesquisa.

Grata,

Grasiele Fretta Fernandes
responsável pela pesquisa

Anexo 5 – Questionário semi-estruturado

Declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, esclareci as dúvidas com a pesquisadora, entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e, livremente, aceitei participar. Ficou claro também que, caso não aceite participar, não terei qualquer prejuízo, nem haverá qualquer tipo de sanção ou constrangimento. Estou ciente também de que meu nome não será divulgado e que a pesquisadora estará disponível no endereço que me forneceu.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA: ☐

QUESTIONÁRIO**Identificação do entrevistado**

Nome: _____

Sexo: ☐ Masculino

☐ Feminino

Idade (em anos): _____

Segmento social que representa:

☐ Gestor/Prestador

☐ Trabalhador da saúde

☐ Usuário

Nível de escolaridade:

☐ Analfabeto

☐ Ensino Fundamental incompleto

☐ Ensino Fundamental completo

☐ Ensino Médio incompleto

☐ Ensino Médio completo

☐ Ensino Superior incompleto

☐ Ensino Superior completo

Pós graduação: ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Pós-Doutorado

Profissão/Ocupação: _____

Telefones para contato: _____

Município de origem: ☐

Estado: ☐

EIXO I - EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA

PROPOSTA: *Efetivar a integralidade das ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde bucal para toda a população em nível nacional, estadual e municipal, garantida por meio de políticas públicas, sustentadas em adequado arcabouço legal e pelo efetivo Controle Social.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Às Associações Profissionais de Saúde Pública/Coletiva

☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Reforçar junto à população, gestores, trabalhadores e Conselhos de Saúde a cultura da intersetorialidade. Para tanto, devem ocorrer mudanças no setor educacional, dando ênfase a intersetorialidade e a interdisciplinaridade.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso se deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Às Associações Profissionais de Saúde Pública/Coletiva
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Garantir, nas três esferas de governo, financiamento específico para informação, informatização, educação e comunicação em saúde bucal, com repasse fundo a fundo, alimentando o Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde (Siops) para efetivo Controle Social.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso de deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Divulgar, nas três esferas do governo, de forma contínua, as políticas de saúde bucal, os dados epidemiológicos, as atividades e as atribuições das vigilâncias*

epidemiológica e sanitária, o financiamento, o trabalho em saúde bucal, os programas, as ações e os serviços prestados pelo SUS, de forma a estimular a população e os trabalhadores em saúde para a gestão participativa na saúde bucal.

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Garantir o cumprimento da Lei n.º 6.050/1974, que tornou obrigatório adicionar flúor nas águas de abastecimento público no momento do tratamento da água, realizando campanhas de esclarecimentos à população sobre a importância do consumo de água fluoretada.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Às Associações Profissionais de Saúde Pública/Coletiva
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

EIXO 2 - CONTROLE SOCIAL, GESTÃO PARTICIPATIVA E SAÚDE BUCAL

PROPOSTA: *Estruturar, qualificar e fortalecer uma rede de conselhos de saúde em todas as esferas, implementando uma política de educação, informação e comunicação articulada, bem como desenvolver uma ação sinérgica e inclusiva que incorpore os movimentos sociais organizados, visando a ampliar o diálogo destes com o governo e a sociedade.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Fortalecer a gestão participativa criando, em cada instituição do Sistema Único de Saúde, mecanismos de ampliação da participação dos gestores, trabalhadores e usuários.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada

- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Garantir os instrumentos de informação do financiamento (Lei de Responsabilidade Fiscal), orçamento público em saúde (Emenda Constitucional nº29) e prestação de contas (Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde - Siops), utilizando uma linguagem clara e acessível, permitindo ao cidadão a fiscalização dos recursos financeiros da saúde.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte

- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Exigir que a Vigilância Sanitária fiscalize e faça cumprir as leis que regulam o tratamento e a fluoretação da água de abastecimento público e privado, e das águas minerais, estimulando o heterocontrole e a parceria com entidades da sociedade civil organizada e de ensino e pesquisa, para manutenção do nível ótimo de flúor nas águas e nos cremes dentais.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Às Associações Profissionais de Saúde Pública/Coletiva
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Promover a articulação, nas três esferas de governo, entre os Conselhos de Saúde e demais Conselhos de Políticas Públicas, com vistas à elaboração de uma agenda intersetorial pactuada que oriente ações conjuntas para a promoção do Controle Social, buscando pensar a saúde bucal como resultado de ações intersetoriais.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Às Associações Profissionais de Saúde Pública/Coletiva
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

EIXO III - FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

PROPOSTA: *Redefinir o modelo de formação de recursos humanos dos cursos da área da Saúde, tendo como referência a realidade social do País, desenvolvendo, também, habilidades necessárias ao trabalho no âmbito do SUS.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Às Associações Profissionais de Saúde Pública/Coletiva
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Implementar fórum de discussão sobre o currículo dos cursos da área da Saúde, com participação das instituições formadoras, prestadoras de serviços e entidades de classe (conselhos, associações e sindicatos) e garantir a presença e participação efetiva dos estudantes de odontologia, trabalhadores, gestores e conselho de saúde nos processos de reformulação curricular.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Às Associações Profissionais de Saúde Pública/Coletiva
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Adequar a qualidade dos cursos de graduação tendo em vista o contato direto dos estudantes da área de Saúde com a realidade social e, estimular a celebração de convênios entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, visando à melhoria e à capacitação dos serviços, a adequação da formação de recursos humanos em saúde bucal e a produção de conhecimento em consonância com as realidades e necessidades da população.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Às Associações Profissionais de Saúde Pública/Coletiva
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Definir uma agenda de prioridades para pesquisa em saúde bucal que contemple a vulnerabilidade social e os determinantes do processo saúde-doença, numa visão de base populacional e clínica. Essa agenda deve considerar as iniquidades sociais e as dificuldades de acesso aos serviços assistenciais em todos os níveis de atenção. As prioridades devem apontar para os problemas de saúde-doença-cuidado que acometem a população, em uma perspectiva de equidade.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Às Associações Profissionais de Saúde Pública/Coletiva
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Constituir comissões paritárias (governo e trabalhadores) e garantir recursos financeiros, nas três esferas de governo, para a elaboração, implantação ou reestruturação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), para todos os trabalhadores de saúde, com ênfase na humanização dos serviços de saúde, qualidade de vida do trabalhador e caráter multiprofissional do trabalho na saúde.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

EIXO IV - FINANCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

PROPOSTA: *Regulamentar e cumprir integralmente a Emenda Constitucional n.º 29 [sobre o financiamento da saúde], em todas as esferas da administração (federal, estadual e municipal).*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Às Associações Profissionais de Saúde Pública/Coletiva
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Incrementar a participação das verbas do orçamento público no financiamento do setor Saúde, nas três esferas de governo, fazendo o controle do orçamento, por meio dos Conselhos de Saúde e Ministério Público, mediante definição, fiscalização e acompanhamento da execução, e aperfeiçoar os instrumentos de informação a fim de permitir ao cidadão a fiscalização dos recursos financeiros da saúde.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Às Associações Profissionais de Saúde Pública/Coletiva
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Ampliar e qualificar o acesso ao atendimento básico, garantindo serviços odontológicos em todas as unidades básicas de saúde, incluindo áreas rurais de difícil acesso, e de fronteiras nacionais. Esses serviços devem realizar atendimentos em horários que possibilitem o acesso de adultos e trabalhadores à assistência odontológica.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Definir os critérios para distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que levem em consideração não somente o número de habitantes, mas a realidade socioeconômica e as necessidades epidemiológicas das regiões, seguindo o princípio de equidade do SUS.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Às Associações Profissionais de Saúde Pública/Coletiva
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

PROPOSTA: *Estabelecer protocolos cientificamente validados para padronização dos procedimentos de atenção e assistência em saúde bucal, inclusive de inspeção sanitária, que contemplem os aspectos relacionados à biossegurança dos serviços odontológicos públicos e privados.*

1. Na sua opinião, esta proposta foi:

- ☐ Totalmente executada
- ☐ Quase que totalmente executada
- ☐ Mais ou menos executada
- ☐ Executada apenas em pequena parte
- ☐ Não foi executada
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

2. Caso você considere que a proposta foi executada, em parte ou totalmente, você julga que isso deve PRINCIPALMENTE :

- ☐ Aos Governos Municipais
- ☐ Aos Governos Estaduais
- ☐ Ao Governo Federal
- ☐ Ao Poder Legislativo
- ☐ Ao Poder Judiciário
- ☐ Aos Conselhos de Saúde
- ☐ Às Associações Profissionais de Odontologia
- ☐ Às Associações Profissionais de Saúde Pública/Coletiva
- ☐ Não sei/Não quero responder

COMENTÁRIOS:

Anexo 6 - Ofício Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP
Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/108/10

21 de maio de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, em sua **2ª/10 Sessão Extraordinária**, realizada em **21/5/2010**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2062**, intitulado "**A 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**", área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Grasiele Fretta Fernandes**, sob orientação do(a) Professor(a) **Paulo Capel Narvai**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Claudio Leone
Professor Titular
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-USP

Ilm.º Sr.
Prof. Tit. Paulo Capel Narvai
Departamento de Prática de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – CEP 01246-904 – São Paulo – SP
Contato: (55 11) 3061 7779 | CPQ@FSP.USP.BR | WWW.FSP.USP.BR

Anexo 7 – Primeira página do Currículo Lattes do orientador

Paulo Capel Narvai

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Paulo Capel Narvai concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) em 1997. É graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (1978). Atualmente é Professor Titular da USP, instituição da qual é Livre-Docente desde 2001. Publicou 4 livros, 19 capítulos de livros, 70 artigos em periódicos especializados e 34 trabalhos em anais de eventos. Proferiu 45 conferências e palestras em eventos técnico-científicos e participou como apresentador em 85 seminários, simpósios e comunicações. Ministrou 49 cursos e participou de 206 eventos técnico-científicos, no Brasil e no exterior. É Professor Convidado de várias universidades brasileiras e das universidades de Sevilla (Espanha), de la Republica (Uruguai), de Antioquia (Colombia) e Cayetano Herédia (Peru). Integrou 128 bancas julgadoras de mérito acadêmico (defesas de mestrado, doutorado, trabalhos de conclusão de curso e concursos públicos). Orientou 17 dissertações de mestrado e 9 teses de doutorado nas áreas de Saúde Pública/Coletiva e Odontologia. Colabora com 17 revistas científicas, sendo membro do conselho editorial de 8 e revisor de 9 periódicos. Atua na área de Saúde Pública, com ênfase em Saúde Coletiva e Saúde Bucal Coletiva. Em suas atividades profissionais interagiu com 339 autores em co-autorias de trabalhos acadêmicos e técnico-científicos cujas temáticas se referem à Saúde Pública, Saúde Coletiva, Ensino, Pesquisa, Saúde Bucal, Saúde Bucal Coletiva, Fluoretação da água, Vigilância da Saúde Bucal e Política, Planejamento e Gestão em Saúde. É consultor da Fapesp, da Capes, do CNPq e da Agencia Nacional de Investigación e Innovación, do Uruguai.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 06/06/2011

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/8531108709147659>

Anexo 8 – Primeira página do Currículo Lattes do aluno

Grasiele Fretta Fernandes

Mestranda em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - USP. Possui graduação em Odontologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina - Unisul (2007), aperfeiçoamento em Odontopediatria pela Fundect/USP (2008). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Saúde Pública, Odontopediatria e Materias Dentários atuando, principalmente, nos seguintes temas: Estratégia Saúde da Família (inserção da Odontologia ao PSF), Controle Social no Sistema Único de Saúde, doença ocupacional e saúde do trabalhador (mercurialismo crônico ocupacional), promoção de saúde (estomatite protética), aplicação de materiais dentários na clínica odontológica infantil frente as sequelas da doença cárie. **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 09/06/2011

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/9816538276254149>