

**Saúde bucal na estratégia saúde da família em Fortaleza: da decisão política ao
financiamento compartilhado**

Moacir Tavares Martins Filho



Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2010



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

52514/2010 doc

**Saúde bucal na estratégia saúde da família em
Fortaleza? Da decisão política ao financiamento
compartilhado. 2010.**

Moacir Tavares Martins Filho

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, no Curso de Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública, no Estado do Ceará, junto à Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Escola de Saúde Pública do Ceará.

**Área de Concentração:
Serviços de Saúde Pública**

**Orientador:
Prof. Titular Paulo Capel Narvai**

São Paulo

2010

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mulheres de minha vida, Aracy, Déborah e Mariana, respectivamente minha mãe, minha mulher e minha filha.

AGRADECIMENTOS

À Luizianne de Oliveira Lins, prefeita de Fortaleza, pelo convite para compor o governo municipal e assim puder ser “sujeito implicado”.

À Universidade Federal do Ceará pela minha cessão ao município e permissão de continuar o doutorado.

Ao Prof. Dr. Paulo Capel Narvai, meu orientador, amigo e companheiro pela precisão das correções e cumplicidade com meu momento de vida. Lições de método, de política e de vida, todas inesquecíveis.

Aos entrevistados por disporem do seu tempo e trabalho para contribuir com a pesquisa, ajuda inestimável.

Ao Prof. Ms. Aníbal Araújo Pinto, amigo de todas as horas, pela contribuição na feitura e incentivo desde a fase inicial do projeto.

À Profa. Vera Filizola pela presteza e dedicação na revisão do texto.

Aos cirurgiões-dentistas Giovanni e Pedro, alunos da pós-graduação pela colaboração nas entrevistas.

À Profa. Dra. Glória Tavares, minha única irmã, pela ajuda na diagramação e traduções necessárias.

Ao Todo-poderoso, sem Ele não haveria paz no meu espírito, obrigado meu Deus.

“Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver, acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior amor ao coração dos homens.” (Fernando Pessoa)

RESUMO

MARTINS-FILHO, M. T. **Saúde bucal na estratégia saúde da família em Fortaleza: da decisão política ao financiamento compartilhado.** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de saúde Pública da USP, 2010.

O governo municipal de Fortaleza (2005-2008), empossado em janeiro de 2005, reorientou a política pública de saúde na cidade e desenvolveu um novo modelo de atenção à saúde bucal. Neste estudo analisou-se como foi o financiamento dessas ações pelas três esferas de governo, o curso histórico da implantação das políticas públicas municipais de saúde bucal, a implementação do novo modelo de atenção e, ainda, o processo de gestão que levou à tomada de decisão de incluir equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família. Trata-se de estudo analítico-crítico, incluindo construção retrospectiva, dentro da lógica geral do método histórico. O trabalho toma o município de Fortaleza como caso e, para empreender a análise, vale-se da literatura sobre o assunto e entrevistas com atores-chave. As entrevistas foram semi-estruturadas e realizadas com os principais atores que no período da segunda metade do século XX e começo do século XXI estiveram envolvidos com a gestão da saúde na cidade. A literatura e as entrevistas permitiram remontar o curso histórico da política de saúde bucal em Fortaleza. Constata-se a insuficiência do financiamento para as ações de saúde bucal requeridas para a população do município, notadamente com a pífia participação da esfera estadual. Destaca-se um modelo como um recipiente das possibilidades dos tomadores de decisão e aponta-se o marco conceitual da Saúde Bucal Coletiva como sustentáculo do modelo em desenvolvimento, contudo com as lacunas e insuficiências de enraizamento popular, o que implica tensões e requer protagonismo político dos setores interessados na consolidação desse novo modelo de atenção em saúde bucal.

Descritores: Saúde Pública; Saúde da Família; Saúde Bucal; Financiamento em Saúde; Sujeitos da Pesquisa; Tomada de Decisões.

ABSTRACT

MARTINS FILHO, M. T. **Saúde bucal na estratégia saúde da família em Fortaleza: da decisão política ao financiamento compartilhado./ Oral health in health family strategy: from political decision to shared financial.** [*Thesis*]. São Paulo: Faculdade de saúde Pública da USP, 2010.

The new Fortaleza City Hall which started in 2005 redesigned public health in the city and launched a new model of public politics with focused attention on oral health. The present study analyzed (1) how these actions were sponsored by the three layers of the government, (2) how these public politics of oral health took place in the course of history of public health, (3) the implementation of the new model of assistance and (4) the decision making process of including public health staff in health family strategy. Through previous literature review available in the area, the study was characterized as critical analytical, including retrospective reconstruction within the general logic of the historical method. The study selected the city of Fortaleza for case study and besides literature review, semi-guided interviews were carried with the main agents involved in public health in the city from the middle of the XX century to the beginning of the XXI century. The review of the literature in tandem with the interviews enabled to resemble the historic course of oral public health in the city. Results seem to indicate the an insufficiency of sponsorship for public oral health. In addition to that, a new model is highlighted as a catalyst of new possibilities for the decision makers, and the conceptual mark of oral health is pointed as a new basis for the model under development. However, the gaps and insufficiency which are popular grounded imply tension and requires political focus from the sectors involved in the consolidation of the new model of attention to public oral health.

Descriptors: Public Health, Family Health, Oral Health, Financing Health, Research Subjects, Decision Making

ÍNDICE

1. FORTALEZA: OS CAMINHOS DA POLÍTICA E DA SAÚDE	13
1.1. POLÍTICAS DE SAÚDE	15
1.2. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	16
1.3. SAÚDE BUCAL NO PSF	21
2. OBJETIVOS	27
2.1. GERAL	27
2.2. ESPECÍFICOS	27
3. MÉTODO: PROCEDIMENTOS E IMPLICAÇÕES	28
3.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	28
3.1.1 Delineamento da Pesquisa	28
3.1.2. Categorias Analíticas	29
3.1.3. Procedimentos Iniciais e de Acesso ao Campo	34
3.1.4. Instrumentos e Técnicas de Investigação e Interpretação	35
3.2. O SUJEITO E SUAS IMPLICAÇÕES	37
3.2.1. Assumindo a Implicação	38

3.2.2. Caminhos da Implicação	39
3.2.3. Sou Mas Quem Não É?	40
3.2.4. Implicação e Enviesamento	45
3.2.5. Pesquisa Realizada por Sujeito Implicado Tem Valor Científico	47
4. AS ESFERAS DE GOVERNO E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE: A CRÔNICA DE UMA CRISE OU UMA CRISE CRÔNICA?	50
4.1. A SAÚDE BUCAL E SEU QUINHÃO DE FINANCIAMENTO	53
5. SAÚDE BUCAL NO PSF: TER OU NÃO TER?	
A DECISÃO	59
5.1. DEMOCRACIA E PODER LOCAL	59
5.2. O SETOR SAÚDE COMO PALCO DE DECISÕES	63
5.3. SAÚDE BUCAL NO PSF: A DECISÃO DE FORTALEZA	65
6. QUAL SAÚDE BUCAL HÁ EM FORTALEZA?	69
5.1. A SAÚDE DO FINAL DO SÉCULO XIX AO SUS	69
5.2. A SAÚDE BUCAL EM TEMPOS DE SUS	73

5.3. REMANDO CONTRA A MARÉ EM BUSCA	
DO HORIZONTE	76
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	91
ANEXOS	101
ANEXO 1 – Roteiro de entrevista: coordenador municipal de saúde bucal	102
ANEXO 2 – Roteiro de entrevista: secretário municipal de saúde	103
ANEXO 3 – Roteiro de entrevista: coordenador estadual de saúde bucal	104
ANEXO 4 – Roteiro de entrevista: secretário estadual de saúde	105

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ACD - Atendente de Consultório Dentário

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CTO - Centro de Treinamento Odontológico

CD - Cirurgião-Dentista

COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CF – Constituição da República Federativa do Brasil.

CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade

DCE - Diretório Central dos Estudantes

EC - Emenda Constitucional

ENATESPO - Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico

ESF - Equipes de Saúde da Família

ESB - Equipes de Saúde Bucal

FSP/USP - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

FMI - Fundo Monetário Internacional

FMS - Fundo Municipal de Saúde

GP - *General Practitioners*(Médico Generalistas)

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IJF - Instituto Dr. José Frota

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

OP - Orçamento Participativo

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PT - Partido dos Trabalhadores

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PAB - Piso de Atenção Básica

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PSF - Programa Saúde da Família

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

RGPS - Regime Geral da Previdência Social

SBC - Saúde Bucal Coletiva

SESA-CE - Secretaria de Estado da Saúde do Ceará

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SUS - Sistema Único de Saúde

SER - Secretarias Executivas Regionais

THD - Técnico em Higiene Dental

UECE - Universidade Estadual do Ceará

UFC - Universidade Federal do Ceará

UNE - União Nacional dos Estudantes

UNEO - União Nacional dos Estudantes de Odontologia

1. FORTALEZA: OS CAMINHOS DA POLÍTICA E DA SAÚDE

Foram as inquietações pessoais do autor e seus encontros e desencontros na cidade de Fortaleza que desembocaram nessa pesquisa. A cidade onde nasci e vivo é preta de eventos sóciopolíticos que podem ser objeto de várias investigações científicas. Coube a mim, a partir da minha profissão, cirurgião-dentista sanitário, buscar apreender, interpretar e criticar uma de suas nuances: a saúde bucal como uma política pública municipal no momento em que a cidade é governada pela segunda vez por uma mulher e também é a segunda oportunidade de um partido de esquerda no comando municipal em toda sua história.

O município de Fortaleza, localizado no litoral Norte do Estado do Ceará, com uma área de 313,8 Km², limita-se ao Norte e ao Leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz; ao Sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga; e a Oeste com os municípios de Maranguape e Caucaia.

Com população estimada em 2.374.944 habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2005, Fortaleza é a quinta maior cidade do país. Destes, 53,2% são do sexo feminino e 40,4 % encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos. Apesar de ter uma população predominantemente jovem, essa situação vem mudando com o aumento progressivo da população idosa. A população com 60 anos ou mais representa 7,48% do total.

O município encontrava-se em 2007 dividido em seis áreas administrativas regionais denominadas Secretarias Executivas Regionais (SER). A cada uma dessas secretarias “caberia o papel executivo das políticas setoriais, que de forma articulada definiriam suas prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestando os serviços articulados em uma rede de proteção social” (ANDRADE, 2004). A SER funciona com distritos de saúde, educação, finanças, meio ambiente, assistência social e infraestrutura.

Encontra-se habilitado em gestão plena do sistema municipal de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2006). O sistema municipal de

saúde tem capacidade instalada para a realização de serviços primários, secundários e terciários. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência micro e macroregional como também em espaços interestaduais. Dispõe de 1.712 estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Destes, 7% estão sob gerência direta de alguma das esferas governamentais de gestão do SUS.

Dos estabelecimentos cadastrados no CNES, 113 são públicos (8%) e 1.578 privados (92%). Dos estabelecimentos públicos 107 são da esfera administrativa municipal (80%), 21 da estadual (16%) e 5 federal (4%). Dos privados, 141 (9%) prestam serviços para o SUS de Fortaleza e, dos públicos municipais, 81% são do tipo unidades básicas ou centros de saúde.

Fortaleza é uma cidade com forte vocação turística e tem ocupado gradativamente espaço de destaque no cenário sóciopolítico nacional.

Foi essa cidade que a partir de um de seus aspectos, a saúde, com destaque para a saúde bucal, que em dada medida investigamos no presente trabalho.

No Capítulo 1, localizamos historicamente as políticas de saúde no Brasil, em especial as formulações teóricas sobre Programa Saúde da Família (PSF) e sua institucionalização, a inserção da saúde bucal no programa, além de definirmos os objetivos do estudo e quais os procedimentos metodológicos utilizados a partir das categorias de análise, a saber: Políticas Públicas de Saúde, Saúde da Família, Atenção Primária em Saúde Bucal Coletiva e Financiamento das Ações de Saúde Bucal e, ainda, explicitando os procedimentos iniciais de acesso ao campo e finalizando com os instrumentos e as técnicas de investigação e interpretação.

No capítulo 2 definimos qual o objetivo geral e quais os objetivos específicos do estudo.

No Capítulo 3, discutimos a tarefa de produzir conhecimento científico e a implicação do pesquisador com seu objeto de pesquisa. Nele explicito a assunção do autor como sujeito implicado nesse trabalho, buscando debater quem não tem implicação ao aproximar-se do objeto de pesquisa e, ainda, como validar o

conhecimento científico produzido a partir dessa implicação e os procedimentos que podem ser feitos para minorar o enviesamento da pesquisa.

No capítulo 4, explicitamos e criticamos o financiamento no setor saúde de um modo geral, considerando a crônica crise, apontada por diversos autores, de subfinanciamento e mensurando, ainda, a participação de cada esfera de governo para o financiamento do setor saúde bucal na atenção primária no município de Fortaleza.

No Capítulo 5, debatemos a tomada de decisão política de implantar as Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF, considerando como se funda a democracia e o poder local na sociedade capitalista e os reflexos disso no Estado brasileiro em suas esferas de governo. Destacamos, então, o setor saúde como palco de tomada de decisões e, a partir dos atores diretamente ou indiretamente envolvidos, buscamos analisar a decisão em Fortaleza, e quais os fatores destacados por esses atores, que no seu entender, facilitam ou dificultam decidir.

No capítulo 6, remontamos historicamente a saúde bucal como uma prática pública, ou seja, buscamos apreender qual poderia ser considerado o marco inaugural ou os componentes fundadores de uma política municipal de saúde bucal em Fortaleza e buscamos caracterizar o modelo de atenção, incluído a assistência odontológica, posto em curso no período estudado.

No capítulo 7, procuramos sintetizar as conclusões de cada capítulo, identificando lacunas e insuficiências e propomos intervenções de saúde pública em sintonia com o modelo de atenção à saúde bucal em desenvolvimento em Fortaleza.

1.1. POLÍTICAS DE SAÚDE

A promulgação da Constituição Federal, em 1988, definiu como diretrizes do SUS a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade.

Apesar de os princípios referidos ainda não terem sido atingidos em sua plenitude, é impossível negar os avanços obtidos na primeira década do século XXI no processo de consolidação do SUS. O modelo assistencial, ainda hegemônico no País, caracteriza-se pela prática hospitalocêntrica, pelo individualismo assistencial curativo, pelo reducionismo biológico, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação em todos os partícipes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços (PINTO, 2006).

A desqualificação da rede básica, formada por postos, centros e unidades básicas de saúde, é a marca cruel desta prática. A caracterização desta lógica é a conformação de um sistema caro e ineficiente. A reversão do quadro é a busca de incrementar os cuidados básicos em saúde, tendo o PSF como principal estratégia.

É preciso explicitar-se, inicialmente, os muitos conceitos de práticas vinculadas à saúde da família.

1.2. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF apresenta-se com imenso potencial, na medida em que foi constituído no Brasil como importante ação estratégica de reestruturação das práticas de atenção primária à saúde, construindo um modelo em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, controle social e abordagem multiprofissional. Contudo, o PSF também pode ser considerado mais uma política racionalizadora, de caráter focal, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais financiadores de programas sociais denominados não desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Para ALMEIDA (2000), determinadas medidas racionalizadoras, baseadas na lógica de um Estado eficiente em detrimento de um organismo redutor de iniquidades, podem justificar a ação em determinados grupos sociais a partir de um

princípio de universalidade equitativa. Em tese, centrar as ações em setores da sociedade expostos a um maior risco à saúde (e este é um dos critérios para a priorização de implantação de equipes de PSF) não deixa de ser um princípio de equidade. A questão imposta neste raciocínio é que, no mais das vezes, não se trata de uma perspectiva da implementação de um modelo equânime, mas de uma lógica racionalizadora em que a contenção dos gastos regula o acesso aos serviços.

A técnica de territorialização permite que se desenvolva um conhecimento progressivo de um segmento geográfico-populacional delimitado, homogêneo em características históricas e culturais, com o objetivo de acumular informações para a ação sobre condições de vida, estilo de vida, exposições ao risco de adoecer ou morrer, barreiras de acesso aos serviços de saúde, além de forças restritivas ou impulsionadoras de mudanças representadas nos diversos atores sociais.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), cada equipe de saúde deve ter sob sua responsabilidade uma população de, no máximo, 4.000 habitantes sendo recomendada a média de 3.000 habitantes podendo este critério ser flexibilizado em razão da diversidade sóciopolítica e econômica da região, levando-se em conta fatores como densidade populacional, consideradas como de relevância local (BRASIL, 1998).

O princípio da intersetorialidade é realizado com o intuito de buscar a integração com vários setores da administração pública municipal, visando ao desenvolvimento de práticas sociais voltadas para uma boa qualidade de vida.

A participação da comunidade, por meio de suas instâncias formais, na definição, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde deve ser estimulada pelo PSF, em atendimento ao princípio do controle social. O MS, em seu principal documento sobre o tema, afirma que as ações desenvolvidas pelo PSF devem seguir as diretrizes estabelecidas pela legislação no que se refere à participação popular. Mais do que apenas segui-las, o PSF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população (BRASIL, 1998).

O atendimento do PSF deve ser multiprofissional, e ser constituído com base em princípios operacionais, tais como o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; a integralidade da atenção; a ênfase na prevenção, sem descuido das ações de diagnóstico precoce e tratamento oportuno das doenças e agravos mais comuns, dentro da capacidade resolutiva das equipes; o atendimento das clínicas básicas; e a parceria com a comunidade e as possibilidades locais.

Sobre planejamento e programação local no PSF, o governo federal ressalta que o pressuposto do PSF é o de que ao planejar e deve-se pensar como o todo se relaciona e, também, direcionar o plano para a resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando melhorar progressivamente as condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 1998).

A visão do MS tem respaldo na literatura científica. Como diz DOMINGUEZ (1999):

A atenção da saúde da família deverá ser universal, voltando-se para todos: doentes, sadios, crianças, adolescentes, idosos, homens, mulheres. A população deve ser acompanhada pela mesma equipe permanentemente. Para alguns autores isto compreende a essência da medicina familiar. A equipe deverá ir à comunidade, à família, com a finalidade de identificar problemas e necessidades de saúde e encontrar soluções em conjunto com a família, informando e promovendo educação em saúde (p.56).

São muitos os países que vêm realizando reformas de seus sistemas de saúde, tendo por base o eixo da atenção primária. Cuba, por exemplo, tem procurado provar que atenção à saúde da família é viável em países subdesenvolvidos, apresentando resultados magníficos nos macroindicadores, na satisfação real da população e na operacionalização dos serviços de saúde. A experiência cubana é, provavelmente, a mais conhecida no Brasil e, neste modelo, a equipe é composta por um médico e um auxiliar de enfermagem que se responsabilizam por 120 famílias (ORDONEZ, 1995).

No Canadá, oito em cada dez médicos são médicos de família. Eles costumam ser o ponto de contato inicial dos clientes com o sistema de saúde e existe cerca de um médico para cada grupo de 423 pessoas. Controlam os encaminhamentos aos especialistas e às internações hospitalares, além de decidirem

sobre as necessidades de exames, diagnósticos ou terapia medicamentosa (WHO, 1994).

Na Inglaterra, os médicos de família, também conhecidos como *General Practitioners-GP*, atendem os mais diversos problemas. Naquele país, o médico é remunerado de acordo com o número de pacientes, forma denominada de capitação. Como no Canadá, os médicos da família ingleses são os primeiros a atender os pacientes e encaminhá-los para serviços especializados (WHO, 1994).

Na América Hispânica continental, a medicina familiar foi impulsionada nos anos 1970. O primeiro programa começou no México, em 1971. Em seguida, tem início a experiência da Bolívia, em 1974, imediatamente acompanhada pelo Panamá, em 1976 (WHO, 1994).

No Brasil, as experiências iniciais de medicina familiar mais conhecidas são as do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, em 1983, e a do município de Niterói, no Rio de Janeiro, em 1992. O Programa Médico de Família, em Niterói, foi implantado sob a ótica da atenção integral, sendo inspirado no modelo cubano. A equipe básica do programa foi concebida com um médico e um auxiliar de enfermagem, cada dupla destas acompanhando cerca de 1.000 pessoas (NITEROI, 1995).

O surgimento do PSF no Brasil deu-se de modo formal, resultando na afirmação nacional da idéia, a partir de uma iniciativa do município de Quixadá, localizado no sertão do Ceará. No decorrer de 1993, foi desenvolvida uma ampla discussão sobre sistemas locais de saúde e modelos assistenciais e, neste âmbito, o referido projeto foi discutido pela assessoria do MS, com a participação do então secretário municipal de saúde de Quixadá e secretário municipal de saúde de Fortaleza de 2005 a 2008, o médico Luíz Odorico Monteiro de Andrade. A experiência cearense deslocou o eixo do programa de medicina da família para saúde da família e ofereceu a base para a institucionalização e a federalização do modelo (ANDRADE, 1998).

Em 1994, foram implantadas as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) no Brasil. O principal propósito consistia na inversão do modelo assistencial vigente, sabidamente centrado na doença. Assim, o PSF surgiu com o objetivo geral de melhorar o estado de saúde da população por meio de um modelo de assistência,

voltado à família e à comunidade, que incluísse desde proteção e promoção de saúde, até a identificação precoce e o tratamento das doenças (BRASIL, 1998).

Inicialmente, o PSF ficou sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a criação da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC). Em 1995, o Programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e, no ano seguinte, já estava em vigor o sistema de financiamento a partir da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Com a implementação da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, no início de 1998, foram criados, além do pagamento *per capita*, os incentivos para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e PSF. Esses incentivos fazem parte da fração variável do Piso de Atenção Básica (PAB), correspondentes a R\$ 2.200,00 por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por ano, e de R\$ 28.800,00 a 54.000,00 por ESF por ano, de acordo com faixa de cobertura populacional.

GOULART (2002) diz que o conceito de Saúde da Família ainda está em formação no Brasil. Na realidade brasileira, utilizam-se diversas acepções do Programa. Quando a comparação é com as propostas internacionais, por exemplo, o GP britânico ou, ainda, o Médico de Família cubano, o risco de equívoco é muito grande. Aliás, o caso cubano, embora radicalmente diferente, é frequentemente tomado como o paradigma sobre o qual se construiu o programa brasileiro. Uma parte do engano em interpretar os PSF como modelo gerado em situações externas, que se pretenderia transplantar para a realidade brasileira, está, justamente, em tentar aproximar propostas muito diferentes entre si e também bastante divergentes daquela que oficialmente vigora no País, sem contar que há novos cenários e novos atores em situação singular.

Outra característica do período que se sucede à formulação do PSF, e que corresponde ao período inicial de sua implementação, refere-se ao padrão de relacionamento político entre o Executivo e o Legislativo, caracterizado, segundo CHAGAS (2002), pela existência de um autêntico “rolo compressor”, formado por uma poderosa base parlamentar que, entre outras mudanças institucionais, viabilizou alterações no capítulo da Ordem Econômica da Constituição; promoveu a quebra do monopólio estatal do petróleo e das telecomunicações; incrementou as privatizações

das empresas estatais; aprovou reformas, embora parciais, da Previdência e da Administração, garantindo, ainda, a reeleição do Presidente da República. Na Saúde, através do uso do “rolo compressor” governamental, foi possível não só manter por períodos sucessivos a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) como até mesmo alterar a Constituição no ano 2000, em busca de novas fontes e vinculação do financiamento setorial, com a promulgação da Emenda Constitucional 29, formulada por deputados da oposição quase 10 anos antes.

Observou-se uma implantação progressiva do PSF nos municípios brasileiros que acompanhou uma ampliação das coberturas, configurando um processo de expansão que apresentou, simultaneamente, a ocorrência de dois fenômenos: a expansão territorial do PSF em todos os estados e regiões do País e a ampliação das coberturas populacionais nos municípios (PINTO, 2006).

A expansão do Programa expressa a adesão dos gestores municipais à proposta e atendem a um pré-requisito fundamental da sua institucionalização. Tal institucionalização ocorreu, segundo MENDES (2002), em diversos espaços: o espaço político, o espaço dos serviços de saúde, o espaço educacional, o espaço corporativo e o espaço da representação populacional. Representa ainda um consenso entre os diversos níveis de gestão, explicitadas, neste caso, nas aprovações das comissões intergestores bi e tripartite do processo de expansão das equipes.

1.3. SAÚDE BUCAL NO PSF

O processo de consolidação institucional do SUS, que consubstancia a proposta de reforma sanitária, inscreve para o setor saúde um novo panorama de questões e exigências. A universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços e o controle social exprimem o conjunto de atribuições com as quais diferentes organizações de saúde necessitam conviver. Consequentemente, é incontestável a necessidade de reordenação de novas práticas sanitárias para a construção de novos modelos de atenção.

Considerando-se a saúde bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla, enquanto qualidade de vida, adquire maior importância a busca de mecanismos que ampliem as suas ações e viabilizem a melhoria do quadro epidemiológico no Brasil.

Apesar de flexibilizar a entrada de outros profissionais no PSF, de acordo com as demandas e as características da organização do serviço local, o MS não incluiu formalmente a participação de ESB nas diretrizes do programa. Entretanto, vários municípios tentaram viabilizar formas de inclusão da saúde bucal nos PSF, despertando para o fato de a inclusão de ações de promoção e prevenção à saúde bucal representar uma ruptura com a assistência odontológica tradicional, biologicista, iatrogênica, mutiladora, dentistocêntrica, individualista, centrada na técnica e pouco resolutiva (CALADO, 2002).

O IBGE, em 1998, divulgou os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), quando referiu o número de 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população brasileira) que nunca foram ao dentista. A publicação dos dados da pesquisa e também sua ampla divulgação pela mídia provocaram uma reação do Ministro da Saúde, José Serra, que se declarou “abismado” com o dado, deixando claro, desta forma, que era inadmissível, do ponto de vista do poder público, que quase 20% dos brasileiros nunca tivessem sentado na cadeira de um dentista (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

A reação do ministro desatou o “nó” de um processo político que vinha desde o lançamento do PSF, sem contemplar ações de saúde bucal. Desde 1994 dentistas sanitaristas, lideranças odontológicas, estudantes de odontologia e outros segmentos vinham reivindicando a “saúde bucal no PSF” (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Como consequência, o MS estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF, com a publicação da Portaria-GM 1444, de 28 de dezembro de 2000, resultado desse longo processo de discussões que envolveram, de algum modo, entidades odontológicas, conselhos de saúde e profissionais de saúde.

Os municípios que se qualificassem às ações de saúde bucal receberiam incentivo financeiro por equipe implantada, de acordo com a composição da ESB: Modalidade I – Um Cirurgião-Dentista (CD) e um Atendente de Consultório Dentário (ACD); Modalidade II – Um CD, um ACD e um Técnico em Higiene Dental (THD). Os recursos financeiros mencionados passaram a ser transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) (BRASIL, 2000).

O MS afirma que a inserção da saúde bucal no PSF garante a atenção integral aos indivíduos e às famílias. O que se observa é o contrário, pois, na prática, o PSF tem ficado restrito apenas à atenção básica, contrariando outro princípio constitucional, o do atendimento integral, que pressupõe acesso a todos os níveis de atenção, acesso este não assegurado em todos os lugares onde o PSF vem sendo implantado. Afirma-se, ainda, que esta ênfase na atenção básica contribui, objetivamente, para desobrigar o Estado de arcar com as necessidades assistenciais em todos os níveis, empurrando a classe média ainda mais para os planos de saúde, que não param de crescer, e garantindo aos demais cidadãos apenas uma “cesta básica” de saúde, nos termos propostos claramente pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Com isto, e com o preceito constitucional da universalização, o direito de todos à saúde como dever do Estado estaria sendo contrariado (NARVAI, 2001).

A Secretaria de Estado da Saúde do Ceará (SESA-CE), pelo seu grupo gestor, com a participação de vários grupos técnicos de nível central, regional e de unidades de referência e com a colaboração de representantes de sociedades médicas, de universidades e de entidades civis ligadas ao campo da Saúde, redefiniu, por meio das Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do SUS do Estado do Ceará, em 1998, as estratégias de reestruturação dos serviços e da atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário, apresentando princípios, estratégias de organização, bases operacionais e um elenco de ações e serviços prioritários para cada nível de atenção.

O governo assumiu, em 2003, o compromisso de expandir a assistência odontológica na atenção básica, lançando então o Programa Dentista da Família. Foram selecionados municípios que apresentavam os menores Índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). Entre estes, buscavam-se os que estavam cumprindo a recomendação do MS de implantação de uma ESB para cada duas equipes do PSF.

À SESA-CE cabia repassar os recursos financeiros para o Fundo Municipal de Saúde (FMS) para pagamento de pessoal e aquisição dos equipamentos odontológicos; assessorar o processo de seleção dos profissionais odontólogos e a estruturar as unidades de saúde quanto à adequação dos espaços físicos e a instalação dos equipamentos; promover cursos de capacitação para os profissionais; acompanhar e supervisionar as ações e os serviços odontológicos nos municípios.

Em 3 de junho de 2003, o MS publicou a Portaria nº 673/GM, que atualizou e reviu o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do PSF, parte integrante do PAB, estabelecendo que poderiam ser implantadas, nos municípios, quantas ESB fossem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassassem o número existente de ESF, e considerassem a lógica de organização da atenção básica.

Apesar do aumento do número de ESB em todo País, sua não-vinculação às equipes do PSF vem mostrando que a proporção continua desigual, contrariando o princípio da integralidade da atenção ao deixar parcela da população sem atenção à saúde bucal nas equipes incompletas do PSF.

Em 2004, o Presidente Lula lançou a política denominada “Brasil Sorridente”, cujas diretrizes para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS resultaram de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentaram-se nas proposições que, nas últimas décadas, foram geradas em congressos e encontros de Odontologia e de Saúde Coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da

saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho, tendo como meta a produção do cuidado. Desta forma, deve ser compreendido como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micropolítica, onde ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais. (BRASIL, 2004)

As diretrizes apresentadas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário (BRASIL, 2004).

Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem, bem como o que fazem para evitar enfermidades.

Ponto de partida para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária implica, necessariamente, tanto para gestores e profissionais, quanto para os usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado

estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação (BRASIL, 2004).

O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado, permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal.

Para a organização deste modelo, é fundamental que sejam pensadas as “linhas de cuidado” da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, com referência e contra-referência em que o usuário, por meio de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (BRASIL, 2004).

No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção (BRASIL, 2004).

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Analisar o processo de implantação das ações de saúde bucal no saúde da família, em Fortaleza, Ceará, no período de 2005 a 2008.

2.2. ESPECÍFICOS

1. Analisar a tomada de decisão política de implantar a saúde bucal na estratégia do PSF.
2. Caracterizar o processo de implantação e implementação da saúde bucal no PSF em Fortaleza, no período de 2005 a 2008.
3. Mensurar a participação de cada esfera de governo no compartilhamento do financiamento para implementação das ações de saúde bucal.

3. MÉTODO: PROCEDIMENTOS E IMPLICAÇÕES

3.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1.1. Delineamento da Pesquisa

Por meio de estudo da literatura disponível trata-se de estudo analítico-crítico, incluindo construção retrospectiva, dentro da lógica geral do método histórico. O trabalho toma o município de Fortaleza como caso e, para empreender a análise, vale-se da literatura sobre o assunto e entrevistas com atores-chave.

O estudo analítico, segundo o pensamento cartesiano, consiste em desmontar fenômenos complexos em pedaços, a fim de compreender o comportamento do todo a partir das propriedades de suas partes. A capacidade de analisar e a necessidade de observar as diferentes perspectivas constituem o exercício essencial do pensamento, cujo primeiro passo consiste em analisar. É necessário, de início, discriminar as partes ou elementos mais simples de um problema complexo, como o enfrentado pelo presente estudo, e articular sequências explicativas, em acordo com a reflexão dos vários atores sociais (PINTO, 2006).

O estudo também foi crítico, pois estabeleceu critérios de valor, aceitos ou não à luz das experiências, contextualizou os fenômenos estudados e os reconstruiu, teoricamente, usando a lógica dialética. A dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos, busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo, e considera que o fenômeno social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos (MINAYO, 2004).

Como ensaio de periodização, tomou-se o ano 2005 como início, pois marca o começo de uma gestão política da Prefeitura Municipal de Fortaleza, anteriormente integrante do bloco de oposição, após uma sequência de 16 anos de um mesmo agrupamento no comando do executivo municipal, e 2008 como sendo o ano final do período, pois este ano coincidiu com o final da gestão

3.1.2. Categorias Analíticas

Categorias analíticas são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais, comportando vários graus de abstração, generalização e de aproximação (MINAYO, 2004).

O presente estudo adotou, de modo intencional e prévio, as seguintes categorias teóricas: Políticas Públicas de Saúde, Saúde da Família, Atenção Primária em Saúde Bucal Coletiva e Financiamento das Ações de Saúde Bucal

Políticas Públicas de Saúde

O estudo das políticas em geral e, especificamente, de políticas setoriais como as de saúde, tem sido alvo frequente de investigação e teorização por parte de autores diversos.

Várias obras, dos mais diversos matizes conceituais, dedicam-se à descrição, análise e crítica das políticas de saúde no Brasil. Mas, o que seria política? Para COUTINHO (1995), quando falamos de política, “falamos em grande medida de representação de interesses e, por conseguinte, de formulação das políticas que implementam ou bloqueiam tais interesses”.

Tal afirmação remete ao debate de quem é e como são representados os interesses, e quais as suas justificativas. A discussão fica balizada pela formulação de políticas e pelas questões da legitimidade e da hegemonia. Assim, situa-se como determinante a participação do Estado, a estratificação social em classes, na medida em que satisfaz interesses ou absorve demandas, na perspectiva da legitimação de um projeto econômico, político e social. A relação entre as macro-opções políticas de Estado e as políticas de saúde serão, por sua vez, mediadas pela formulação e implementação das políticas públicas (MARTINS FILHO, 2001).

Frequentemente, as políticas públicas atuam como políticas compensatórias no campo da saúde, sob a forma de proteção social, principalmente a grupos sociais atuantes nos setores-chave da economia capitalista. Tal afirmação não aponta,

contudo, para a compreensão do Estado como um *bureau* de negócios da burguesia, mas como um palco para lutas/contradições políticas que espelham em dada medida as lutas/contradições de classe, e situam o poder como fruto tanto da coerção como da cooptação (MARTINS FILHO, 2001).

Segundo VIANA (1996), analisar as políticas públicas é algo que a produção científica contemporânea focaliza de dois modos: primeiro como maneira de funcionamento da máquina estatal, tendo como ponto de partida a análise das agências de *policy making* e dos atores nelas inseridos, bem como dos mecanismos, critérios e estilos decisórios nelas presentes; segundo, das interrelações entre agências e atores e, também, das variáveis externas que possuem influência sobre o processo. Trata-se, como se vê, de um esforço para explicar a complexa interação de intenções e ações, construídas, respectivamente nas fases de formulação e implementação de políticas, ou seja, um processo de reflexão continuado, para dentro e para fora da ação, buscando a difícil e complexa relação entre sociedade, política, economia e governo, ou ainda, sobre as relações estabelecidas entre atores diversos, governamentais e não-governamentais.

Saúde da Família

As propostas de saúde da família são caracterizadas por PAIM (1986) como de fundo ideológico, dada sua constituição a partir de um conjunto de práticas que buscam substituir a formação especializada e técnica dos médicos por uma alternativa, que propõe a atenção integrada e completa. Registram-se, no caso, vertentes de interpretação mais saudosistas, de resgate histórico de antigas práticas sepultadas pela tecnificação e pela mercantilização da medicina, de um lado, em contraposição a outras concepções mais racionalizadoras e preocupadas, por exemplo, com a redução de custos, com o impacto das tecnologias, bem como com a pressão da população pela reorganização dos serviços de saúde.

Em documentos oficiais do MS, referentes ao PSF, podem ser encontradas várias das categorias-chave que contribuem para a definição ora procurada, como

por exemplo: (a) ser a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde; (b) ter um território definido com uma população delimitada sob sua responsabilidade; (c) ter como centro de atenção a família, inserida em seu meio social; (d) intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; (e) prestar assistência integral, permanente e de qualidade; (f) realizar atividades de educação e de promoção da saúde; (g) estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre o serviço de saúde e a população; (h) estimular a organização das comunidades para exercer o efetivo controle social das ações e serviços de saúde; (i) utilizar os sistemas de informação para o monitoramento das ações e para a tomada de decisões (BRASIL, 2001).

Atenção Primária em Saúde Bucal Coletiva

Entende-se por Atenção Primária em Saúde Bucal Coletiva um conjunto de ações orientado para identificar, prevenir e solucionar os problemas de saúde bucal emergentes na população de um determinado espaço-território ou distrito sanitário. Processo que se produz como fruto da participação consciente e organizada da coletividade. Estas ações concretizam-se por meio da utilização de tecnologias apropriadas e recursos humanos colocados ao alcance de todos os indivíduos e famílias, nos espaços restritos ou ampliados do espaço de trabalho, num custo que a sociedade possa suportar (PINTO, 2006).

Alguns elementos metodológicos podem orientar as ações de saúde bucal coletiva dentro da estratégia de atenção primária, que, mais do que esquemas rígidos, devem ser entendidos como guias gerais que deverão levar à prática de acordo com as condições materiais e subjetivas específicas de cada espaço-território.

Segundo CORDON (1998), Atenção Primária em Saúde Bucal Coletiva sustenta-se e planifica-se a partir de:

- a) participação coletiva, desejada e estimulada adequadamente para os processos de decisão política, definição do espaço-território, diagnóstico epidemiológico e social da realidade, reconhecimento dos problemas prioritários, organização das práticas da saúde, em particular da saúde bucal coletiva, planejamento, execução, supervisão e avaliação das atividades necessárias e acompanhamento, controle e apoio político para as ações definidas;
- b) capacitação política dos trabalhadores em saúde bucal coletiva para compreender o processo como uma totalidade social e assumir o compromisso orgânico com a sociedade majoritária;
- c) pesquisa, fundamentalmente participativa, a partir de definição do espaço social particular no contexto da globalização da economia e das principais diretrizes da Constituição da República Federativa do Brasil, seguindo uma epidemiologia social, estrutural e operativa. Isto se faz necessário e fundamental, porque a situação socioeconômica, cultural e de saúde é diversa de uma comunidade a outra e até dentro dos próprios territórios definidos;
- d) definição do conceito de saúde-doença bucal coletiva, para que este oriente as prioridades baseadas nos riscos e nos grupos afetados da população;
- e) estudo e definição das formas de intervenção, iniciando-se pela capacitação dos trabalhadores de saúde bucal e, dentre eles, os agentes de saúde, para abordar adequada e respeitosa a sociedade nos diferentes espaços em que ocorrem os problemas, desenvolvendo as tecnologias mais apropriadas para realizá-las;
- f) definição dos recursos, principalmente humanos, formais ou informais, requeridos para realizar estas ações, seus perfis ocupacionais e necessidades de capacitação e supervisão, selecionando-os, preferencialmente, com e entre os membros da própria comunidade;
- g) correlação entre as instituições formadoras de recursos humanos em saúde, tanto pelo trabalho específico de adequação ao novo modelo, quanto à realimentação técnico-metodológica e política a ser discutida nos Conselhos de Saúde;

- h) coordenação intersetorial, trabalhando em equipes de saúde bucal e principalmente em equipes de saúde, distribuídas segundo os riscos no espaço social de trabalho, desenvolvendo uma relação interinstitucional, especialmente com as outras esferas ou setores do poder local, regional, estadual ou federal, como parte da integralidade de saúde;
- i) definição de uma lógica clara, porém dinâmica e estratégica das operações e de um sólido sistema de financiamento que suporte um processo de mudança no modelo de atenção e um sistema de informação continuado, democrático e pertinente;
- j) reforço da capacidade operativa da rede de saúde, para permitir uma adequada referência e acompanhamento em termos de complexidade;
- k) estabelecimento de mecanismos de cooperação e solidariedade na equipe de saúde que assegurem o desenvolvimento real da saúde bucal coletiva como um componente indeclinável da atenção integral à família, os movimentos sociais e à sociedade como um todo, evitando que se converta numa estratégia paralela, devido à forte ideologização no paradigma flexneriano e da odontologia integral;
- l) resposta atualizada ao trabalho integrado com uma estrutura diferente da prática odontológica, enfatizando a atenção integral e coletiva, universalizando ações de promoção da saúde;
- m) desenvolvimento de mecanismos que assegurem o intercâmbio de conhecimentos entre a comunidade organizada e as instituições de saúde, além dos Conselhos de Saúde, a fim de estimular a participação consciente da população no questionamento das ações, desde a indagação dos problemas, suas causas essenciais, os aspectos preventivos e de solução de seus problemas de saúde por meio dos espaços hierarquizados e nas diferentes instâncias de poder;
- n) contribuição da capacitação política da coletividade, promovendo a discussão mais aprofundada dos principais problemas e as vias de solução ideológico-políticas para eles. Definição, pela coletividade, do que é de maior significado para sua qualidade de vida e de elevação da consciência coletiva crítica e criativa, estimulando a participação no controle social do sistema de

- saúde, apoiando, em última instância, política e objetivamente, a sua execução, nos termos da organização da prática de saúde bucal definida como necessária;
- o) radicalização da descentralização e desconcentração de recursos, permitindo acesso universal nos diferentes espaços sociais.

Financiamento Compartilhado em Saúde Bucal

A Constituição de 1988 definiu que as ações de saúde devem ser financiadas com recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais. O financiamento da seguridade social é feito por meio do que é arrecadado pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS), acrescido da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e da CPMF, extinta em 2008. Este aspecto é de extrema importância, pois em todo debate sobre o financiamento ao longo do processo de implantação do SUS, a ênfase sempre é dada à participação da União, como se fosse a única responsável (BRITO, 2005).

No artigo 195, que trata do financiamento, diz-se que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais (BRASIL, 1998).

A normatização do SUS se dá principalmente pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas Leis 8080/90 e 8142/90, sendo esta última mais importante no tocante ao financiamento e seu controle social.

3.1.3. Procedimentos Iniciais e de Acesso ao Campo

Na primeira fase do trabalho foi realizada pesquisa na literatura relativa ao tema, para compor o arcabouço teórico conceitual e definir os contornos do objeto.

A revista da literatura foi feita a partir da consulta às bases de dados mais comuns da área de saúde (*Medline, Lilacs e BBO*), considerando determinados descritores relativos ao tema em estudo. Foi realizada, também, uma busca por trabalhos não publicados, textos, anais de congressos, monografias, dissertações e teses que escaparam à recuperação pelas bases. Finalmente, foram consultadas revistas especializadas na área de saúde coletiva e saúde bucal coletiva e sítios na Internet que disponibilizam informações relevantes e confiáveis. Os trabalhos foram, então, selecionados em função de sua pertinência ao tema. A consulta foi realizada nos anos de 2008 e 2009.

Na fase de campo, foram realizadas: a) busca e análise de documentos, nos quais foram verificados aspectos relativos à implantação das ESB no município; e b) entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave, constituídos por pessoas diretamente envolvidas com o processo de implantação, implementação e financiamento das ESB no PSF de Fortaleza.

3.1.4. Instrumentos e Técnicas de Investigação e Interpretação

Para a investigação, lançou-se mão de:

a) Análise documental - Na busca da formulação das políticas após a implantação das ESB no PSF de Fortaleza, foram solicitados às autoridades competentes, alguns documentos considerados importantes para a consolidação dos dados e posterior análise. O critério de escolha destes documentos foi o de conterem informações pertinentes relativas ao objeto de estudo e que fossem considerados documentos oficiais, ou seja, que sua fonte tivesse credibilidade. Os documentos solicitados foram os seguintes:

1. Plano Municipal de Saúde,
2. Projeto de Saúde Bucal,
3. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde,
4. Relatórios de avaliação dos programas,

5. Subprojetos existentes na área de saúde bucal,
6. Relatórios de financiamento das ações de saúde bucal,
7. Relatórios de gestão.

b) Entrevistas com os atores sociais ativos – Especialmente aqueles que detiveram cargos ou responsabilidades públicas, no período estabelecido, ou anterior a ele, a fim de analisar de que modo interpretam a implantação das ESB no PSF e como justificavam suas ações.

Foram entrevistados, então, o Secretário de Saúde e o Coordenador de Saúde Bucal do Estado do Ceará, o Secretário de Saúde e o Coordenador de Saúde Bucal do Município de Fortaleza e o Coordenador Nacional de Saúde Bucal atuantes no período estudado, com ressalvas para a não-realização da entrevista com o primeiro Secretário Estadual de Saúde do período, bem como a substituição da entrevista do Secretário Municipal pelo seu adjunto e sucessor no cargo, uma vez que os dois estavam morando fora do Estado do Ceará. Buscamos, ainda, e entrevistamos figuras consideradas informantes-chave para a remontagem da história da saúde bucal como política pública em Fortaleza. As entrevistas foram em número de 5 (cinco), com personalidades que ocuparam cargos públicos relevantes na área, para preservarmos as identidades serão tratados por iniciais no corpo do texto ou nas citações, tais como: professor do curso de odontologia e membro da Academia Cearense de Odontologia, Secretário de Saúde do município no período imediatamente anterior à implantação do SUS e professor do curso de Odontologia, ex- presidente do Instituto Dr. José Frota (IJF), o pioneiro do serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do IJF e a ex-coordenadora estadual de saúde bucal do Estado do Ceará, todos militantes do setor saúde nos diversos períodos históricos. Para garantirmos o sigilo usaremos as iniciais JMM, DL, MM, MJRM e MAS respectivamente para esse grupo de 5 pessoas. O autor realizou todas as entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas em linguagem coloquial com o mínimo de ajuste gramatical, a fim de facilitar o entendimento do leitor. A não-identificação das fontes, visando garantia de anonimato, foi procedida.

Para a operacionalização da análise dos textos, foram adotados os processos de análise propostos por SAMPAIO et al. (1998), com os devidos ajustes práticos à realização do estudo. Assim:

- a) 1º processo de análise: realizaram-se em cada entrevista três leituras – cursiva, analítica e crítica, destacando elementos que pudessem ser usados e objetivando dominar os textos;
- b) 2º processo de análise: foram inventariados os elementos fechados de identificação, com a finalidade de montar o período histórico no qual agem os atores sociais específicos;
- c) 3º processo de análise: avaliaram-se as questões abertas de cada entrevista, identificando a lógica de cada sujeito e destacando conceitos e categorias, além de frases paradigmáticas;
- d) 4º processo de análise: foram comparados com o texto dos documentos os destaques das entrevistas, buscando divergências e convergências.

O que se apresenta nos capítulos a seguir decorre da busca criteriosa de se ater ao método aqui proposto, bem como de postura crítica frente aos achados, confrontando-os com a teoria e a literatura sobre o tema.

3.2. O SUJEITO E SUAS IMPLICAÇÕES

Todo sujeito que se coloca a tarefa de produzir conhecimento científico é, em sentido lato, um sujeito implicado. Contudo, o desenvolvimento do modo de produzir esse tipo de conhecimento fez surgir, também, mecanismos aceitos pelas comunidades epistêmicas capazes de controlar a implicação. O pressuposto da neutralidade da ciência é visto hoje, majoritariamente, como uma quimera. Não há desinteresse em ciência, logo, nenhuma neutralidade é possível. *Pari passu* aos conhecimentos científicos, também esses mecanismos de controle se desenvolvem. A reprodutibilidade experimental como recurso de verificação é, provavelmente, o mais conhecido desses mecanismos. No plano ético, as exigências de aprovação dos

projetos de pesquisa por comissões competentes constituem outro exemplo em busca do controle de distorções nas práticas de investigação, com impacto sobre a implicação das equipes de investigação.

Ainda que nos dias atuais se reconheça amplamente a impossibilidade da separação sujeito-objeto nas atividades de produção científica, é inegável que o significado disso difere bastante de um campo para outro, de uma grande área de saber para outra, manifestando-se diferentemente nos distintos produtos resultantes do esforço de produção de conhecimentos.

Dificuldades adicionais surgem, porém, quando um pesquisador, ou uma equipe, opta por tomar como objeto de problematização e investigação processos nos quais estão envolvidos, enquanto indivíduo ou equipe. Em muitos casos, essas dificuldades são de tal ordem que levam à desistência do projeto. Elege-se outro objeto e se encerra o assunto. Esta “solução” para as dificuldades tem consequências negativas importantes, sendo uma delas a perda da riqueza do envolvimento do pesquisador ou equipe com os mencionados processos, decorrente de suas experiências e vivências. Os que escolhem enfrentar as dificuldades se deparam, contudo, como se discute aqui, com a necessidade de encontrar meios de, sem recusar ou negar sua implicação como sujeito individual ou coletivo, controlar os possíveis enviesamentos de origem política, ideológica, econômica, cultural ou outra, que possam comprometer-lhes a qualidade do trabalho científico, fragilizando-o e tornando-o vulnerável sob diferentes aspectos.

3.2.1. Assumindo a Implicação

Minha implicação, como pesquisador, decorre do fato de ter tomado como objeto de investigação um tema do campo do planejamento e gestão em saúde (“Saúde bucal na estratégia saúde da família em Fortaleza: da decisão política ao financiamento compartilhado”), relacionado ao funcionamento da instituição pública onde trabalho. Esta situação é frequente entre mestrandos e doutorandos nos programas brasileiros de pós-graduação em saúde coletiva. Em meu caso, sou doutorando na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) e exerci funções de gestão na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de

Fortaleza, Ceará. Ao me submeter ao exame de qualificação, exigência regulamentar na FSP/USP, e momento em que os projetos de pesquisa são analisados por uma comissão examinadora, surgiu a questão de, nesse caso, eu ser sujeito implicado. A questão apareceu como “um detalhe”, o que me fez lembrar de um comentário sobre beleza e detalhes do cartunista cearense Hermínio Castelo Branco, o Mino “Sim, a beleza é um detalhe, assim como a altura é um detalhe nas montanhas e a correnteza um detalhe nos rios”. É que se trata, como nos exemplos evocados por Mino, de um detalhe essencial, fundamental, com profundas implicações metodológicas. Em todo caso, tratei logo de assumir que sou sujeito implicado com todas as possibilidades e impossibilidades inerentes ou decorrentes dessa condição.

3.2.2. Caminhos da Implicação

Sujeito implicado que sou fui buscar na literatura informações sobre como lidar com minha condição. Assim consultei na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os descritores “sujeito”, “sujeito implicado”, “implicação” e “implicated subject”, em novembro de 2008. Busquei, ainda, em bibliotecas, obras não digitalizadas sobre o assunto. Realizei, portanto, pesquisa bibliográfica no campo do planejamento e gestão em saúde e analisei o material resultante dessa pesquisa, levando em conta também minha trajetória pessoal e profissional, uma vez que não poderia empreender a análise a que me propus sem considerar devidamente esses aspectos da minha condição de sujeito.

Os elementos essenciais da minha trajetória indicam que graduei-me em Odontologia na Universidade Federal do Ceará (UFC), onde participei do Centro Acadêmico do curso, do movimento estudantil, integrei a direção do Diretório Central dos Estudantes (DCE) da UFC, presidi a União Nacional dos Estudantes de Odontologia (UNEO), uma subdiretoria da União Nacional dos Estudantes (UNE), engrossei as fileiras do movimento da Reforma Sanitária brasileira. Logo após concluir a graduação, assumi a coordenação das ações de saúde bucal em um município de pequeno porte, função que exerci durante dois anos. Ingressei, por concurso público, como professor das disciplinas de Odontologia Preventiva e Social e Estágio Extramural na UFC. O exercício de funções docentes me impulsionou à

pós-graduação, tendo concluído o Mestrado em Saúde Pública na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Desde o período estudantil, estive envolvido com organizações políticas partidárias, o que, em determinado momento, levou-me a exercer cargo de dirigente do Partido dos Trabalhadores (PT), em Fortaleza. Meu ativismo militante no âmbito da saúde conduziu-me a participar de entidades da minha categoria profissional, bem como de conselhos de saúde nas esferas municipal e estadual.

Em 2005, Luizianne Lins, do PT, assumiu a prefeitura de Fortaleza, após 14 anos na oposição ao poder municipal. Ao compor sua equipe de governo, indicou para a SMS o médico Luiz Odorico Monteiro de Andrade, um profissional com vasta experiência em gestão de saúde. No início de janeiro daquele ano, fui convidado para compor a equipe da SMS de Fortaleza, com a incumbência de coordenar o sistema de informação em saúde. Cabe registrar que a prefeita, o secretário municipal de saúde e eu, o coordenador do sistema de informação em saúde, pertencemos ao mesmo partido político e somos contemporâneos de movimento estudantil.

A implicação é evidente. Na condição de pesquisador, eu quero me ocupar de um tema cuja problematização requer a consideração de que sou, concomitantemente, pesquisador (sujeito implicado) e integro processos que serão tomados como objeto, o que, por sua vez, me coloca na condição de também sujeito da investigação (sujeito de pesquisa). Não é possível, portanto, desconsiderar que participo de um projeto de governo, cuja base é um movimento sociopolítico do qual faço parte e que, sem dúvida, poderia existir sem minha participação, mas que, então, seria diferente do que é, ao se admitir o pressuposto de que indivíduos (qualquer indivíduo), ao integrar coletivos, os alteram de algum modo.

3.2.3. Sou, Mas Quem Não É?

Na BVS, localizei 1.495 trabalhos com o descritor “sujeito” e 220 com o descritor “implicação”. Nenhum trabalho foi encontrado nas buscas com os descritores “sujeito implicado” e “implicated subject”. Dentre os 1.715 trabalhos localizados a partir de “sujeito” e “implicação”, nenhum abordava, especificamente,

a questão do sujeito implicado no contexto da produção de conhecimentos científicos.

Assim, o material utilizado nesta análise teve origem em artigos cujos temas se referiam a diferentes abordagens da condição de sujeito e, também, em trabalhos localizados em livros e capítulos de livros, tendo em vista o meu interesse específico no campo do planejamento e gestão em saúde.

Cabe assinalar, preliminarmente, a preocupação, sobretudo das ciências sociais, ao se ocupar das relações do homem com o mundo que o cerca, em enfatizar a não-neutralidade da ciência e da interação pesquisador-pesquisa. MINAYO (2006), ao se reportar à contribuição da antropologia para a concertação das disciplinas científicas, menciona que:

A grande contribuição da antropologia é sua tradição de compreensão da cultura (...). Introduzindo o tema da cultura na interpretação das estruturas da sociedade e, também do tema da saúde e da doença, a antropologia demarca um espaçamento radical, na medida em que o fenômeno cultural não é apenas um lugar subjetivo. Ele possui uma objetividade que tem a espessura da vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ele é também o locus onde se articulam conflitos e concessões, tradições e mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há humano sem significado, assim como nunca existe apenas uma explicação para determinado fenômeno (p.203).

Assim, a Antropologia aponta para um ser humano histórico, pois, no singular dessa “espessura da vida”, o humano é constituído e constituidor do político, do simbólico e do econômico, ou seja, a relação do homem com seu entorno é objetivada na vida humana em sociedade. Como conceituação desse ator histórico, escreveu MÉSZÁROS (2002):

O desenvolvimento da consciência histórica está centrado em torno de três grupos fundamentais de problemas: 1. A determinação da ação histórica, 2. A percepção da mudança não como simples lapso de tempo, mas como um movimento de caráter intrinsecamente cumulativo, implicando alguma espécie de avanço e desenvolvimento e 3. A oposição implícita entre a universalidade e a particularidade, visando obter uma síntese de ambas, de modo a explicitar historicamente eventos relevantes em termos de seu significado mais amplo que necessariamente, transcende sua especificidade histórica imediata. Naturalmente, os três são essenciais para uma legítima concepção histórica. É por isso que não basta, de forma alguma, afirmar em termos genéricos que o homem é o ator da história, se a natureza da própria mudança histórica não for devidamente apreendida ou se o complexo relacionamento entre particularidade e universalidade for violado em relação ao sujeito da ação histórica (p.59).

O autor destaca a complexidade relacional entre universalidade e particularidade presentes de forma dialética e assim sintética na ação do homem histórico.

Pode-se depreender que, em uma pesquisa onde ator/pesquisador é também ator/protagonista, ocorre um duplo encontro de sujeitos históricos revelando uma dupla face ou um encontro sintético de particular quase singular e universal, sendo a última característica a pretensão das derivações das políticas públicas.

O mesmo autor cita ainda o reclame de Aristóteles ao classificar a historiografia de sua época abaixo da poesia e da comédia, pois de caráter “menos filosófico”. Segundo MÉSZÁROS (2002), a queixa ia além da origem grega da palavra, qual seja, *istor*- testemunha ocular, pois explicitava o risco da confiança exagerada no ponto de vista de indivíduos particulares que, por participarem do fato em questão, apresentavam um interesse especial em relatá-los de maneira inevitavelmente distorcida (grifo nosso), em especial, pela incapacidade dos antigos historiadores de dominar as complexidades dialéticas de particularidade e universalidade que os faziam permanecerem presos ao particularismo anedótico.

Objetava-se que a imersão do relator de um fato ao próprio fato relatado comprometeria o teor da narrativa. Localiza-se exatamente aqui o núcleo do debate sobre o sujeito implicado. Meszáros, porém, aponta como transitória essa incapacidade dos relatores, tal como reclamada por Aristóteles, pois a superação ocorreria no domínio da dialética, em especial, do particular e do universal.

Cabe enfatizar, nesse aspecto, a reflexão de TARNAS (1999), para quem:

A realidade não é um processo fechado e autocontido, mas um processo fluido em permanente desdobramento, um universo aberto, sempre afetado e moldado pelas ações e crenças do indivíduo. É mais uma possibilidade do que um fato. Não se pode ver a realidade como um espectador diante de um objeto fixo; ao contrário, estamos sempre e necessariamente envolvidos na realidade, ao mesmo tempo transformando-a e sendo transformados por ela. O ser humano é um agente materializado, que age e julga num contexto que jamais pode ser totalmente objetificado, com orientações e motivações que jamais podem ser totalmente aprendidas ou controladas. O sujeito consciente jamais está separado do corpo ou do mundo, que constituem o pano de fundo e a condição de todo ato cognitivo (p.459).

Este autor destaca que nenhum procedimento deve reivindicar um fundamento absoluto, ou seja, que qualquer fenômeno empírico acha-se eivado de teorias e conclui que toda compreensão humana é interpretativa e nenhuma interpretação é definitiva.

Ao assumir o desafio de produzir conhecimento científico ocupando-se de objeto do qual é parte, qualquer autor, como sujeito implicado, vincula, de modo inescapável, sua identidade ideológica ao respectivo projeto. Embora ideologia assuma diferentes significados para os que fazem uso do termo caba assinalar que para EAGLETON (1997), ideologia é mais uma trama de fios conceituais ou mesmo um texto, do que uma conceituação do tipo paradigmático ou historicamente “consagrado”. Assim reconhecendo a impossibilidade de uma única definição, e, de forma elucidativa, lista algumas definições:

- a) O processo de produção de significados, signos e valores na vida social;
- b) Um corpo de idéias características de um determinado grupo ou classe social;
- c) Idéias que ajudam a legitimar um poder político dominante;
- d) Idéias falsas que ajudam a legitimar um poder político dominante;
- e) Comunicação sistematicamente distorcida;
- f) Aquilo que confere certa posição a um sujeito;
- g) Formas de pensamento motivadas por interesses sociais;
- h) Pensamento de identidade;
- i) Ilusão socialmente necessária;
- j) A conjuntura de discurso e poder;
- k) O veículo pelo qual atores sociais conscientes entendem o seu mundo;
- l) Conjunto de crenças orientadas para a ação;
- m) A confusão entre realidade linguística e realidade fenomenal;
- n) Oclusão semiótica;
- o) O meio pelo qual os indivíduos vivenciam suas relações com uma estrutura social;
- p) O processo pelo qual a vida social é convertida em uma realidade natural (p.15).

Entre as muitas definições, creio ser importante uma aproximação mais amiadada ou aprofundada de um conceito que aprimore o enunciado. Assim, para efeito deste artigo, consideraremos Ideologia a partir dos estudos de dois pensadores ocidentais Georg Lukács e Antonio Gramsci, a nosso ver, complementares entre si nesse item.

Em “História e Consciência de Classe”, LUKÁCS (2001) diz que “É verdade que a realidade é o critério para a correção do pensamento. Mas a realidade não é, ela se torna e, para tornar-se, é necessária a participação do pensamento”. Vai além ao afirmar a correspondência do pensamento e da existência, pois sua “identidade consiste em serem aspectos de um mesmo processo histórico e dialético real”.

Assim, pode-se deduzir que, ao conhecermos algo, já não o conhecemos mais ou, pelo menos não o conhecemos mais tal como se apresentou em seu estado original, pois o próprio fato de conhecê-lo já transforma este algo em outra coisa, diferente do original.

Na formulação de Lukács, esse conceito de ideologia se desenvolveu em um dado momento histórico em que sistemas de idéias se confrontavam com outros sistemas de idéias que lhe eram estranhos, explicitando assim a parcialidade de ambos.

Na obra de Antonio Gramsci, o conceito de ideologia não ocupa lugar central, o que ocorre com a hegemonia. Contudo, o tangenciamento entre esses conceitos (ideologia e hegemonia) pode ser útil à análise que aqui se empreende.

Para o pensador italiano, hegemonia é o meio pelo qual um poder conquista o consentimento dos dominados para seu domínio. Para sermos mais precisos, essa dominação pode ser consentida ou coercitiva. Assim, a diferença primeira ocorre na possibilidade de uma ideologia imposta, o que amplia o conceito de hegemonia, no caso, englobando o de ideologia.

Para Gramsci, uma forma eficaz de hegemonia política no Estado burguês é sua falsa neutralidade, ou seja, a subjugação pelo trabalho, da classe proletária dá-se por necessidades de sobrevivência não relacionada diretamente a outras motivações, daí se originando a idéia de um Estado capitalista apenas mediador (grifo nosso) das forças sociais em disputa. Sendo mais claro, não é explicitado o papel de avalista que o Estado burguês desempenha na exploração da mão-de-obra que produz riqueza em abundância para ser apropriada por poucos, ou seja, apenas a quimera da necessidade de trabalhar é elucidada (GRAMSCI, 2002).

Assim, a Ideologia relaciona-se às formas como as lutas de poder se dão no nível da significação, não sendo, contudo, o processo central, apesar de importante, que sustenta a hegemonia e sim um dos seus componentes. É com o pensador italiano, contudo, que Ideologia ganha a forma de prática social vivida, o que alarga o conceito de sistemas de idéias.

GRAMSCI (2002) aponta também a transição da consciência empírica dos subjugados. Ou seja, a metamorfose dos elementos incipientes do pensamento em filosofia coerente como uma nova forma de ver e entender o mundo. Tal tarefa transformadora, segundo o pensador, é tarefa precípua dos intelectuais orgânicos que, diferente de uma ação contemplativa, devem ser ativos participantes da vida social.

Ora, se o autor aponta para um Estado não-neutro pois burguês, apesar do disfarce de Estado-Juiz (neologismo nosso) onde, via de regra, atende os anseios fundamentais de sua classe social fundante mesmo concedendo avanços aos subjugados e ainda formula a necessidade da configuração de agrupamentos com capacidade técnica e política de intervenção na vida social, a fim de constituir uma base filosófica coerente a partir da prática vivida dos dominados, cabe indagar: como deve proceder, e desde que modo de inserção, um pesquisador militante, como já definido, ao investigar ações construídas, também por ele, no interior do Estado burguês? Neste caso, concretamente, deve renunciar ao objeto ou seguir em frente? Ao realizar a pesquisa a que se propõe seria válido o conhecimento construído a partir de tal investigação?

3.2.4. Implicação e Enviesamento

Até que ponto a implicação do autor enviesa resultados de uma investigação científica? Um bom ponto de partida para tentar uma resposta é a afirmação de PAULON (2005) para quem o problema da participação de pessoas implicadas com uma pesquisa só pode ser concebido com a “superação das pretensões de neutralidade e objetividade tão promulgadas pelo paradigma positivista nas ciências.”

Um dos primeiros cuidados deve ser a aproximação com o campo, pois deverá incluir uma permanente análise do impacto que as situações vivenciadas têm sobre a história do pesquisador e sobre o sistema de poder instituído, inclusive e sobretudo, o lugar de saber e a estatura de poder do pesquisador. Deverá estar em análise constante o pertencimento do pesquisador aquele lugar em especial, mas

também o lugar que ocupa nas relações sociais mais gerais como sendo o “seu” lugar na história.

PAULON (2005) destaca ainda que o pesquisador há que compreender que há:

uma concepção de sujeito distinta daquela que o associou a um e só modo de existência circunscrito na modernidade, o modo “indivíduo”. Outorgando-se a tarefa de desvelar a verdade do mundo ao iluminá-lo com a própria racionalidade, o sujeito moderno paradoxalmente faz da ciência ferramenta de aprofundamento da cisão homem X mundo. Ao negar as formas fragmentárias, múltiplas e diversas com que a subjetividade se produz socialmente, a equivalência sujeito-indivíduo cria uma fantasia unitária e centralizadora que reduz o conhecimento do mundo aquilo que se revela à consciência de seu pretenso “senhor”. A esta visão de homem naturalizado e essencializado, correspondem as disjunções sujeito/objeto e teoria/prática (p.21).

Assim, restaria ao pesquisador a possibilidade de escolher entre a objetivação da subjetividade ou a sua apreensão em toda sua extensão processual.

Contudo, há que considerar-se a contribuição de autores como Freud e Lacan, apresentados no artigo “O sujeito na ciência: questões à bioética”, de POLI (2006), em que afirma:

a pergunta sobre o que move o cientista em sua pesquisa nunca fez parte das preocupações da ciência, nem tampouco, até onde temos notícia, da epistemologia da ciência. No máximo, para os mais curiosos, tratou-se do tema pela via das motivações pessoais, pautadas por histórias de vida, de paixões secretas e de melhores ou piores desempenhos acadêmicos. As famosas “vida e obra” de grandes pensadores chegaram também ao âmbito da ciência, se bem que de modo bem mais modesto. De qualquer modo, referem-se aí ao cientista enquanto personalidade; buscam, então, seguindo a lógica do senso comum, o que levaria determinada pessoa a se ligar a determinado objeto a ponto de dedicar a vida ao seu encaixe (p.13).

Os autores localizam-se, sabidamente na ciência, no campo da psicanálise, e assim reconhecem como objeto o desejo, não apenas vontades pessoais ou motivações, indo adiante e de forma paradigmática definem: desejo não é uma força abstrata, universal, matematizável e dedutível pela introspecção. Ele é antes o não-ser do objeto da ciência, sem lhe ser contraditório.

É escassa a literatura sobre sujeito implicado e possível enviesamento em ciência, de modo que esse aspecto resta totalmente aberto e constitui uma limitação ou restrição do presente trabalho.

3.2.5. Pesquisa Realizada por Sujeito Implicado Tem Valor Científico

Não obstante todas as dificuldades para produzir conhecimento científico, o sujeito implicado enfrenta o desafio da aceitação do produto do seu trabalho como algo válido, meritório, confiável.

Em “Saúde todo dia, uma construção coletiva”, Rogério Carvalho Santos menciona a obra de Walter Benjamin, em que são apresentados três tipos de narradores: 1) o narrador do tipo clássico, que prescinde de explicação e gera conhecimento na forma de sabedoria, derivando em uma “moral da história”; 2) o segundo tipo de narrador que tenta captar o sentido da vida através de sua subjetividade vivenciada e, portanto, narra sua própria experiência; 3) o narrador do tipo jornalista, pois descreve e analisa a experiência dos outros como informação situada no tempo e no espaço (SANTOS, 2006).

SANTOS (2006) enquadra a si mesmo como um narrador moderno, pois “faz ao longo do livro a narrativa da própria experiência no mundo da política e da academia como base empírica para reflexão e produção de apostas epistêmicas”. Afirma ainda que sua narrativa tem início contextualizando a “sua implicação (grifo nosso) com o tema resgatando a sua história como ator social”.

Apesar de não terem sido localizados artigos com o descritor “sujeito implicado”, o livro de Santos é elucidativo quanto ao interesse sobre esse tema entre os que formulam no campo da saúde coletiva. É indispensável também o prefácio “O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido”, de Emerson Elias Merhy para o livro “Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho”. Publicado em 2004, o prefácio coloca na ordem do dia o tema do sujeito implicado como alvo de investigação de pesquisadores. Os trabalhos consultados indicam a necessidade de o complexo processo de produção de conhecimentos no campo do planejamento e gestão em saúde, de importância estratégica para a construção e desenvolvimento de um sistema público de saúde no Brasil, ser conduzido inclusive pelos construtores do sistema, explorando todas as possibilidades de problematização e abordagem dessa experiência. Assim, trata-se de um encontro que não deve ser, necessariamente, de

sujeitos epistêmicos previamente constituídos, mas de sujeitos claramente implicados, ricos em sabedorias, pois frutos de seus encontros singulares e particulares com as ações e serviços de saúde que estão a construir (MERHY, 2004).

O problema da validade do saber assim produzido pode ser considerado também sob a égide da crítica à razão instrumental, segundo a qual o pensamento teria perdido a capacidade crítica, pois, conforme HORKHEIMER & ADORNO (1989), ocorreria uma desqualificação da natureza, agora transformada em material desordenado de uma classificação. Para esses autores, o positivismo agora estaria ocupando o lugar de juiz da razão, argumentando que “(...) uma digressão pelos mundos inteligíveis não é apenas proibida, mas é vista como uma tagarelice sem sentido”. Ocorre, assim, uma completa anulação da subjetividade, sempre presente entre sujeito e objeto, em nome da objetividade da ciência, aplicável em detrimento do pensamento construtor e construído no mundo em que se vive.

Tratando desse tema, CAMPOS (2000) afirma existir “a colonização do senso comum resultante da hegemonia do positivismo no mundo científico e a rendição da humanidade ao reinado do mundo prático (...) a técnica alarga seu espaço até ocupar o posto da teoria, e os métodos dos 'meios' são transformados em 'fins' em si mesmos” (grifo nosso). Vai além ao afirmar que “pensar criticamente exige certa capacidade analítica para apreender o sentido social, histórico e humano de nossas práticas. E jogar com essa capacidade exclui a submissão a receitas prontas”.

Ao se ocupar do tema do planejamento de forma específica, mas sobre métodos e seus usos de forma geral, MOYSÉS (1997) afirma que “pior que querer substituir a trama humana genuína da realidade, onde as pessoas se relacionam e disputam seus projetos ou consensuam seus arranjos históricos para dar sustentação à vida é construir um bezerro de ouro instrumental que, diante das libações dos técnicos, seria capaz de domar (dominar) a realidade”.

É relevante reiterar que não se pretende desqualificar a metodologia científica nem os mecanismos de controle de verificação, elaborados e consolidados ao longo do tempo e sim enfatizar a importância e o valor de saberes produzidos sob condições de implicação sujeito-objeto, pois, conforme argumenta MERHY (2004):

A produção deste saber militante é novo e auto-analítico, individual e coletivo, particular e público. Opera sob os vários modos de se ser sujeito produtor do processo em investigação e em última instância interroga os próprios sujeitos em suas ações protagonizadoras e os desafios de construir novos sentidos para os seus modos de agir, individual e coletivo. Interroga e pode repor suas apostas e modos de ação. (...) Nesse tipo de estudo mais importante do ponto de vista metodológico é a produção de dispositivos que possam interrogar o sujeito instituído no seu silêncio, abrindo-o para novos territórios de significação, e com isso, mais do que formatar um terreno de construção do sujeito epistêmico, aposta-se em processos que gerem ruídos no seu agir cotidiano, pondo-o sob análise. Se aposta na construção de dispositivos auto-analíticos que os indivíduos e os coletivos em ação possam operar e se auto-analisar (p. 32).

Tenho claro que simplesmente ser sujeito implicado não determina necessariamente a produção de conhecimento, pois a premissa deste é a ação, neste caso concreto, no campo do planejamento e gestão em saúde. Mas poderia ser o caso de algum outro campo qualquer da atividade humana. O fundamental é que, para tal produção, não há que, necessariamente, se armar de conceitos específicos que lhes direcionem a ação, a compreensão e a explicação dos fenômenos de que um sujeito implicado toma parte. A inquietação intelectual desse sujeito implicado pode, sim, em dadas circunstâncias, gerar conhecimento útil, relevante, a partir desse encontro entre sujeito e ação. Tais saberes, assim produzidos, podem inclusive possibilitar que o sujeito, ao conhecer mais, possa agir à luz das “novas descobertas” e, assim, melhorar ainda mais a qualidade dos novos produtos. Tal construção intelectual será necessariamente militante, pois em atuação ou participativa, e nem por isso simplista ou panfletária, mas provavelmente síntese do pensar-agir, atuar-investigar, conhecer-transformar.

4. AS ESFERAS DE GOVERNO E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE: A CRÔNICA DE UMA CRISE OU UMA CRISE CRÔNICA?

O tema do financiamento do setor saúde é alvo de polêmica em várias publicações de diversos autores e instituições e, em dada medida ocupa com relativa frequência o debate da mídia nacional. Quanto ao subsetor saúde bucal, não podemos afirmar o mesmo, pois a produção científica sobre o assunto é pífia.

Sobre o financiamento da saúde, SILVA (2009) apresenta a seguinte questão:

Quanto um país deve gastar em saúde? A resposta a esta pergunta depende de uma premissa básica: que tipo de sistema de saúde a população aspira? No SUS constitucional, as aspirações são de um sistema de saúde de acesso universal, integral e obedecendo aos demais princípios inseridos na legislação em vigor. Nesse ponto reside uma das principais contradições entre o SUS e as condições objetivas para sua efetivação(...) O gasto público em saúde no Brasil, com pequenas oscilações, mantém-se, nos últimos anos, em patamar da ordem de 3,5% do PIB e, portanto, bem abaixo do que, segundo as evidências e a perspectiva considerada, qualquer sistema universal necessitaria para se consolidar como tal (p.40).

SANTOS (2009) direciona suas avaliações tanto para insuficiência do financiamento do SUS quanto para a participação de cada esfera de governo ao afirmar que:

A revelação cada vez mais evidente de que o Governo não aceitava a regulamentação da EC nº 29 para equalizar os critérios de cálculo das contrapartidas federal (10%), estadual (12%) e municipal (15%), sobre as respectivas arrecadações, apesar do projeto de lei ter dado entrada na Câmara de Deputados em 1º de janeiro de 2003. Este sentimento de frustração e angústia perante a manutenção do subfinanciamento e a impossibilidade da retomada efetiva da construção do SUS, gerou novamente, no seio dos gestores, movimentos na direção de novos desdobramentos e aprofundamentos do pacto federativo do SUS com grau de formulação estratégica até então não alcançados. Pela segunda vez os gestores nas três esferas federadas mobilizam e acumpliciam-se em defesa do SUS em momento crítico. Apesar desta extensa e rica pactuação ter sido discutida e aprovada no CNS e, razoavelmente divulgada no interior do SUS, não há ainda sinais deste pacto ter saído do âmbito federativo, contagiando e induzindo a retomada do pacto social (p.17).

Assim, pauta-se não apenas o debate sobre o financiamento do setor saúde mas a sua insuficiência, além do descompasso entre as três esferas de governo.

O jornal Folha de S. Paulo, de 2 de novembro de 2009, apresenta artigo em que Paulo Capel Narvai denuncia:

A incúria com que os poderes públicos vêm lidando com o problema do financiamento da saúde no Brasil tem graves consequências: mata diariamente milhares de brasileiros, sobretudo os pobres. O SUS, única possibilidade assistencial para mais de 75% da população, conta com um esquema de financiamento frágil e que não se ampara em lei. Algumas fontes, mesmo regulares, podem ter alíquotas diminuídas e, no limite, suprimidas. Governantes, de todas as esferas, fazem o que querem com os recursos do setor. Dinheiro que deveria cobrir gastos com partos é empregado até para vacinar gado.(...) São imensos os problemas com que se deparam, diariamente, os gestores do SUS, seja em decorrência das péssimas condições de vida da maioria da população brasileira, que produzem enfermidades e mortes aos milhões, seja em consequência das dificuldades gerenciais que marcam a administração pública. Acresce-se a essas dificuldades a crônica falta de recursos financeiros, decorrente de esquemas amadores e precários de orçamentação, alocação e gestão. Porém, mesmo com essa enfermidade do financiamento e os problemas de gestão, o desempenho atual do SUS ostenta feitos nem sempre do conhecimento público, como o controle da última epidemia de cólera, a eliminação da poliomielite e o controle do sarampo (NARVA,2003).

O debate é central para muitos dos pensadores da saúde no Brasil e remete responsabilidades para as três esferas de governo com especial destaque para a prestação de serviços cotidiana. Para SANTOS (2008):

Os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se no sufoco e angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e ontem”, obrigados a reprimir demandas sabendo penosamente que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes, mas obrigados a priorizar os maiores sofrimentos e urgências devido a insuficiência de recursos. Os casos de corporativismos anti-sociais e até de prevaricações e corrupções encontram terreno fértil nesse sufoco. Este contexto extremamente adverso e desgastante não justifica contudo passividades e conivências com irresponsabilidades sanitárias perante os princípios e diretrizes Constitucionais, na gestão descentralizada do SUS nem ao nível central. O modo de financiar e institucionalizar a política pública com base no direito à igualdade e à vida é ainda marginal, e muito cuidado e dedicação devem ser tomados para que as imprescindíveis inovações de gestão permaneçam vinculadas à visão e compromisso de futuro e de sociedade pautados por esse direito (p. 05).

O desenvolvimento tecnológico e o incremento populacional de novos clientes do SUS são também apresentados como fatores que pressionam por um maior aporte financeiro que permita manter o sistema. Dessa forma, o problema é apresentado por LEVY (2008):

O resultado é que os recursos para a saúde vão minguando a cada ano, e não pelo seu volume total, mas pelas alterações nas relações entre os recursos financeiros e o aumento da população, entre os recursos e as novas tecnologias colocadas à disposição dos cidadãos, como a inclusão de novos programas de prevenção (vacinas, por exemplo), de novos procedimentos de exames diagnósticos e tratamentos, assim como a própria ampliação dos serviços para áreas ainda não providas de atendimento de saúde. Ano a ano novos contingentes populacionais vão incorporando suas necessidades ao SUS, e os recursos não são suficientes para atender à demanda crescente. Para 2010 estão previstos para o SUS, pelo governo federal, 62 bilhões de reais, quando a necessidade mínima é de 70 bilhões, a serem acrescidos pelos recursos provenientes dos orçamentos estaduais e municipais, em montante igual ou superior (p.01).

É pertinente uma caracterização ampla do SUS e como o sistema pode ser localizado entre as experiências internacionais e às limitações dos Estados nacionais com destaque para o caso brasileiro. Assim, CAMPOS (2008) afirmava que:

O SUS filia-se à tradição iniciada na primeira metade do século 20 quando vários países europeus instituíram o direito à saúde, a ser assegurado por meio de políticas públicas. Algumas voltadas para determinantes sociais do processo saúde e doença, outras dirigidas diretamente para a atenção à saúde, tanto em seus aspectos preventivos quanto de assistência. É curioso observar que estes sistemas nacionais, todos com amplo grau de estatização do cuidado, resistiram à sanha privatista dos últimos trinta anos. Esta tradição prosperou, mesmo durante o auge do neoliberalismo, porque, desde o Informe Dawson (OPS, 1964), de 1920, baseava-se em uma requintada engenharia social. Em realidade, inventou-se uma mistura de política, gestão e reforma do paradigma médico vigente com razoável capacidade para produzir resultados favoráveis à saúde da população. É verdade que estas políticas exigiram importante investimento público, ainda que suportáveis à dinâmica de cada um dos países que foram adotando estas reformas sanitárias. Esta nova cultura sanitária desenvolveu a gestão e o planejamento para muito além da mera administração hospitalar ou da compra de serviços pelo Estado ao setor privado (p. 01).

ZIONI & MENEZES (2009) apresentam uma contextualização sobre o nascedouro do SUS e seus percalços de financiamento, colocando a vontade política conjuntural a cada momento como decisiva. Afirmam que:

Os Sistemas de Saúde socializados, portanto, universais, implantados particularmente em países europeus do início do século passado até a década de 1970, constituíram-se na materialização da solução para essa percepção – a

necessidade de instituir-se uma rede de prestação de serviços de saúde nacional e de acesso igualitário –, cujos defensores foram os partidos políticos que buscavam a transformação social, o movimento sindical e a intelectualidade progressista (...) Em que pese o interdito das elites conservadoras brasileiras à célere implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) para todos os brasileiros e brasileiras, seguindo a melhor tradição dos sistemas de saúde socializados – mais eficientes, eficazes, qualificados, racionais e justos do que os sistemas de saúde de mercado –, em 2003 o SUS, embora se constituísse em política pública recente e conformasse uma reforma social incompleta e com implantação heterogênea conforme a região do país, já configurava um sólido sistema de saúde com capilaridade em todo o território nacional e que prestava significativos serviços à população brasileira – serviços de assistência, inclusive a terapêutica, de vigilância epidemiológica (controle de doenças) e de vigilância sanitária (campo de intervenção na realidade sanitária destinado a ser um instrumento em defesa da vida das pessoas); havia impactado positivamente os indicadores de saúde e era avaliado positivamente pelos que o utilizavam rotineiramente. Não obstante esses inegáveis avanços, o SUS enfrentava – e continua enfrentando – grandes desafios para a sua consolidação definitiva que precisam ser superados com desassombro e firmeza política (p.01).

O tema do financiamento da saúde é atual e escapa ao debate de especialistas ou do campo de certo “saber militante”, é intersetorial e relevante para as configurações que tomará agora e no futuro o Estado Nacional Brasileiro.

4.1 A SAÚDE BUCAL E SEU QUINHÃO DE FINANCIAMENTO.

A pesquisa na BVS, utilizando os descritores “saúde bucal” e “Brasil” nos últimos 12 anos, identificou quatro textos com relação ao tema financiamento. Desses dois textos tratam do assunto de forma central. Um deles, o relatório da conferência nacional, trata do tema; o outro é um estudo de custo sobre um serviço de clínica integrada. Não há, porém análise sobre o financiamento da saúde bucal. Quando utilizamos descritores “saúde bucal” e “SUS”, encontram-se 55 textos. Nenhum contudo, trata do tema do financiamento.

No livro *Tratado de Saúde Coletiva*, de Antonio Carlos Pereira e colaboradores, há um capítulo denominado “O financiamento do setor saúde”, de autoria de Luís Carlos Casarin, onde encontra-se uma seção destacada sob o título “Financiamento da saúde bucal” em que o autor afirma que as atividades odontológicas bem como as atividades médicas e dos demais componentes do setor,

se organizam em três sistemas principais de prestação de serviços: o liberal ou privado, o público ou direto e ainda o indireto ou privatizado.

Sobre o financiamento do denominado setor ou sistema público, CASARIN (2009) afirma:

O grande marco do financiamento em saúde bucal foi a inclusão de equipes de saúde bucal no PSF (...) estabelecendo um incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF (...) Para se ter uma idéia do avanço da implantação das equipes no PSF em 2001 o país contava com 13.200 ESF implantadas e 2.248 ESB. Em 2008 esse número saltou para 29.300 ESF e 17.807 ESB. Esses números evidenciam o salto no investimento e na valorização da Saúde Bucal no SUS, ao mesmo tempo deixando clara como proposta preferencial a estratégia saúde da família (p.93).

O coordenador nacional de saúde bucal concorda com o autor e explica que a partir de 2003 a saúde bucal:

Passa a ser observada e planejada como resposta estruturante e estratégica. O financiamento da saúde bucal era extremamente precário, e isso obviamente, não auxiliava em nada os municípios a implantar a equipe de saúde bucal. A partir de 2003, então esse planejamento estratégico se iniciou no Ministério da Saúde, e a saúde bucal passa a ter uma posição de implantação efetiva na reorganização de atenção básica, mas sem dúvida o financiamento apesar de aumentado ainda é um dos gargalos do SUS de uma forma geral.

O secretário estadual de saúde do Ceará do segundo período (2007-2008), por sua vez, arrima-se nas suas experiências profissionais anteriores, para afirmar que:

O SUS todo é subfinanciado. O que se gasta com saúde no país ainda é pouco. Eu vivenciei esse problema como gestor municipal, pois fui prefeito da minha cidade por dois mandatos. Vivenciei isso como secretário, como médico do PSF, onde passei quatro anos nessa função. Sou médico concursado de um município e agora como secretário de estado não mudei absolutamente minha opinião nesse tema: há financiamento aquém do necessário. No início do SUS, logo quando foi implantada a municipalização, a descentralização, o governo federal aportava um montante duas vezes maior que o estado. O número era próximo de 70% ou 65% do governo federal, uns 25% do governo estadual e municipal. Hoje isso está se equilibrando em torno dos 50%, 50% e 50%. A União, os estados, e os municípios estão quase investindo a mesma coisa, porém a distribuição tributária não avançou. Mais de 65% dos tributos ficam retidos e são administrados pelo governo federal.

O secretário estadual do segundo período(2007-2008) já apresenta para o debate as suas impressões sobre a arrecadação e conseqüente redistribuição dos

recursos obtidos pelas esferas de governo e assim inicia a discussão do pacto federativo para o setor saúde.

De forma específica sobre o financiamento da saúde bucal, considerando a participação de cada esfera de governo e com destaque para a cidade de Fortaleza, o coordenador nacional afirma:

O apoio do Ministério da Saúde na lógica da indução do financiamento é bastante significativo. Um grande problema que temos na saúde bucal é a ausência de participação de alguns entes da federação no financiamento. Dos três entes da federação para financiar a saúde bucal nós praticamente só contamos com dois. A participação da esfera estadual é muito precária. Em um exercício quantitativo simplificado caberia ao Ministério da Saúde o financiamento de 50% das ações, ao estado 25% e aos municípios 25%. Infelizmente isso não acontece. A saída do montante geral de um dos entes da federação, no mínimo representa 25% do financiamento. É uma perda bastante considerável, o prejuízo precisa então ser repartido então entre ministério e município, no caso, o município de Fortaleza. Na lógica do Ministério da Saúde é clara decisão a partir de 2003 de usar o financiamento como fator de indução, para isso cito o exemplo do incentivo das equipes de atenção básica incluindo aí o município de Fortaleza, atualmente mais de 80 % do valor praticado em 2003. Quando o município monta uma equipe de saúde bucal no PSF, recebe os sete mil reais que é destinado à implantação e compra de materiais e passa a receber o consultório, a meu juízo é um aumento considerável.

O coordenador estadual de saúde bucal do Ceará do primeiro período (2005-2006) faz uma declaração que corrobora com o coordenador nacional, pois julga:

Muito incipiente a contribuição do estado. O município de Fortaleza, que é um município com mais recursos orçamentários, até poderia ter uma situação mais confortável. Não é a mesma situação dos demais municípios do estado, em especial os de pequeno porte, pois não é suficiente para o município manter, com o incentivo que vem do governo federal e com o recurso do próprio município, uma equipe de saúde bucal. Há que pagar os salários dos profissionais, há ainda custo do material de consumo. Quando o município resolve bancar sem ajuda do estado, não funciona de maneira correta. Essa foi a nossa experiência. Ocorreu falta de material, ou então ele paga mal o profissional e faz aquele pacto da malandragem “Eu te pago só isso e você não precisa vir as 40h”. Então, a filosofia do programa de saúde da família é completamente prejudicada. Porque o profissional vai dois dias na semana. Porque o município não tem como pagar, porque só tem subsídio do governo federal, que é um incentivo como o próprio nome já explicita. Eu penso que o governo estadual tinha que entrar com mais força nesse financiamento, tinha que entender que o financiamento é das três esferas, é tripartite. Nós tivemos durante o governo anterior um financiamento também muito incipiente, muito

pequeno que não continuou. Infelizmente nesse governo foi cortado todo financiamento das equipes de saúde bucal que era do governo passado, que já era muito pequeno, era o dentista da família. Para garantir a presença do dentista em cada equipe da saúde da família, era feito um pacto do estado com o município, onde cada ente federado arcaria com metade das despesas, isso para municípios com baixo IDH.

O secretário estadual de saúde do segundo período (2007-2008) aponta em outra direção quanto ao investimento, ao destacar:

A União, os estados, e os municípios estão investindo praticamente a mesma coisa, só que a distribuição tributária não avançou tanto, mais de 65% fica retido pelo governo federal. Nós, com menos recursos, estamos investindo mais. Isso compromete as finanças municipais, porque, mesmo não tendo a obrigatoriedade da vinculação dos 15% dos municípios, isso ainda é muito pouco se levarmos em consideração que é 15% de um montante pequeno, que é o que os municípios recebem hoje na distribuição tributária, na divisão do bolo dos impostos. Os que são compromissados precisam recorrer ao seu tesouro e aportar mais recurso, que acaba faltando para outros setores.

Sobre a saúde bucal, de forma específica, define da seguinte forma a situação, justificando a não-participação do estado no financiamento das ESB no PSF:

Eu não teria um percentual da saúde bucal, mas compromete muito mais o município do que a União, afirmo com certeza absoluta. Porque o que a União repassa no incentivo da equipe de saúde da família não dá, muitas vezes, pra pagar sequer o médico. Então, o restante todo é bancado: os insumos, os demais profissionais, transporte, tudo isso é bancado pelo município. O estado tem um programa dos Centros Especializados de Odontologia (CEO) que existem aqui em Fortaleza, três CEO são centros de referência. O estado é dividido em 22 microrregiões contando com a de Fortaleza, nós vamos ter 21 CEO construídos. Nós iremos construir o prédio, equipar, e no consórcio com os municípios, nós vamos entrar com 40 % do custeio, e eles com 60 % rateado entre si.

O coordenador estadual de saúde bucal do segundo período (2007-2008), ao ser indagado de forma objetiva, sobre qual a participação do estado no financiamento das ações de saúde bucal, aí contado o PACS, e com destaque para Fortaleza afirma:

A atenção primária na grande maioria dos municípios inclusive Fortaleza, ela se programa com recursos do governo federal principalmente. Existe uma programação para que possa manter essas ações. Eu diria que, para os municípios mais desenvolvidos, talvez não haja uma influência tão forte dessa carência, dessa necessidade. A arrecadação de municípios como Fortaleza, Sobral e algum outro de maior porte talvez com suas fontes próprias de arrecadação possam se manter por um, dois, três meses depois que o incentivo

federal chegue. Já nos municípios menores é um fator extremamente atrelado, ou seja, eu pago o profissional se eu receber o dinheiro. Existe uma fragilidade por parte da gestão de um entendimento de existir a necessidade de uma contrapartida e não somente realizar ações com o incentivo federal. Isso serve para as três esferas, em particular, da atenção primária, isso é muito forte.(...) O fato é que o governo, não sei qual o nome específico, mas estadualizou os agentes comunitários de saúde. Então, isso já reduz uma sobrecarga dos municípios para esse fim. O Ministério da Saúde tem mantido um apoio significativo. Por exemplo, na entrega de insumos odontológicos, especificamente, escova e pasta de dente, que é uma ação prioritária também, para que se possa combater e controlar a doença cárie.

O secretário municipal de saúde adjunto de Fortaleza, sobre o financiamento da saúde bucal de forma geral e com destaque para a participação do governo do estado nesse financiamento em Fortaleza, afirma:

O PSF deu dois passos importantes, o primeiro foi a criação do incentivo específico para saúde bucal e na lógica do Ministério da Saúde, isso é incentivo, não cobre todas as despesas e, quando é implantado, há uma tendência de cobrir 50% das despesas. Com o passar do tempo, esses valores não são reajustados e acaba se defasando e passa a cobrir, às vezes, um terço, um quarto, um quinto. mas de qualquer jeito é um incentivo, é uma política necessária. Participar da política nacional é uma dívida histórica e assim se tem algum recurso que faz com que o município não tenha que assumir na sua totalidade essa responsabilidade, e mais recentemente o segundo passo, fruto de uma luta antiga que para nós o PSF é uma estratégia, mas o financiamento se baseava no seguinte princípio: se tiver faltando um profissional qualquer que seja, agente de saúde, o município perde a totalidade do incentivo por equipe e, desde dezembro do ano passado, se houver agente cadastrando, é possível ter o pacto com a equipe de saúde bucal, então pelo menos o município não perde o incentivo.(...) No PSF vinculado, a saúde bucal é **zero**(grifo nosso), o estado do Ceará tem uma peculiaridade que paga agente comunitário de saúde, pagava no estado todo, exceto em Fortaleza, por uma negociação o estado começou a financiar agente comunitário, mas a equipe de saúde bucal, o estado não entra com nenhum centavo em nenhum município do estado. Eu desconheço que financie ações de saúde bucal na atenção básica.

O coordenador municipal de saúde bucal explica o financiamento, aliando à tomada de decisão:

O financiamento em Fortaleza se deu por opção da gestão. A primeira providência a ser tomada foi qualificar as equipes. Nós temos, no Ministério da Saúde, 470 equipes de saúde bucal qualificadas, mas nós implantamos as 250. Os recursos que vêm pra essas equipes pagam hoje as auxiliares. Todos os salários dos profissionais, a manutenção dos equipamentos, a aquisição dos equipamentos, tudo isso foi financiado com recurso tanto próprio do tesouro

como do próprio SUS, mas que não entram apenas na conta da saúde bucal. A participação do estado na saúde bucal eu não sei precisar. Após o concurso público, três milhões de reais foi o impacto mensal. A fonte 100 é a fonte do tesouro municipal, dentro dela tem várias outras fontes que podem pagar tudo; é a contrapartida municipal e, na fonte 212, a prefeitura contabiliza o SUS. Todas as contas da saúde bucal foram executadas pela fonte 212, com os recursos do SUS. Uma vez que a fonte 100, que é a fonte própria do município, ficou impossibilitada de fazer tantos investimentos com o ato de comprometimento por esse pagamento de pessoal. Então o investimento na saúde bucal foi do SUS e a capitação de recursos federais anual da saúde bucal ficou em torno de oito milhões de reais. Isso já foi um acréscimo que tivemos no orçamento da saúde, mas ela financia praticamente os auxiliares de consultórios dentários e a compra de serviços de manutenção.

As falas dos gestores municipais apontam para uma clara não-participação ou uma mínima participação da esfera estadual no financiamento da saúde bucal na estratégia saúde da família. Em contrapartida, o silêncio ou mesmo a tergiversação dos mais recentes gestores estaduais em dada medida corroboram a parca participação estadual. Assim, o financiamento tripartite, fundante do pacto federativo para o setor saúde, fica debilitado, com repercussões óbvias para a prestação tanto de assistência como no desenvolver da atenção em saúde bucal.

5. SAÚDE BUCAL NO PSF: TER OU NÃO TER?A DECISÃO

Ao investigar a tomada de decisão política de implantar a saúde bucal na estratégia saúde da família em Fortaleza, depara-se com perguntas antecessoras que motivam tal busca, quais sejam: qual a cultura política nacional de tomada de decisões? Como se localiza a conformação do poder local e suas influências nos processos decisórios? Qual a relação estabelecida entre as esferas de governo que atuam pressionando por decisões? Qual a teoria e quais informações são utilizadas por gestores em saúde na tomada de decisão? Quais atores sociais entram e quais não entram na cena da decisão? Buscar respostas para tais questões é objeto desse capítulo.

5.1. DEMOCRACIA E PODER LOCAL.

O tema remete imediatamente às características dos processos decisórios e à democracia na América Latina e no Brasil. Sobre isso, importa ressaltar as considerações de BORON (1994) sobre as críticas de menosprezo elencadas, ora pela esquerda dogmática, ora pela direita reacionária, acerca dos avanços da democracia em nossas plagas latinas como meramente formais, pois processando-se no marco do Estado burguês. Para BORON (1994):

Ao contrário, aquelas liberdades, direitos e garantias individuais continuam sendo necessárias para uma democracia socialista. Isto foi reconhecido com singular agudeza por um personagem da dimensão histórica de Rosa Luxemburgo, que apesar de sua opção revolucionária, jamais sucumbiu diante da tentação – que tantos estragos havia feito na esquerda – de maldizer a democracia burguesa por ser exclusivamente formal (...) exigia a mais rotunda ratificação e extensão dessas liberdades - formais só em aparência- mediante a democratização substantiva da fábrica, da escola, da família, enfim do conjunto da sociedade (p. 14).

Para o autor, a tarefa das democracias latino-americanas seria restaurar as forças políticas congruentes com os princípios democráticos e também tornar-se uma ferramenta capaz e eficaz na construção de uma boa sociedade.

O autor destaca e refuta com o pensamento que aponta para “o substancial corte das exigências populares como a única medida que pode pôr fim à fatal “sobrecarga” do Estado (...) O ataque aos excessos democráticos paralisantes da suposta vitalidade do mercado, desemboca - em alguns casos mais explicitamente que em outros- em uma apologia do governo autoritário”(BORON, 1994,p.18).

Na mesma linha de pensamento, e ainda explicitando mais o funcionamento da sociedade capitalista, MÉSZÁROS (2003) declara que:

A articulação hierárquica e conflituosa do capital permanece como o princípio estruturador geral do sistema, não importando o seu tamanho, nem o gigantismo de suas unidades constituintes. Isto se deve à natureza íntima do processo de tomada de decisão do sistema. Dado o inconciliável antagonismo estrutural entre capital e trabalho, este último é categoricamente excluído de toda tomada de decisão significativa. E é forçoso que seja assim, não apenas no nível mais abrangente, mas até mesmo em seu “microcosmo”, em cada unidade produtiva. Pois o capital, como poder de decisão alienado, seria incapaz de funcionar sem tornar suas decisões absolutamente inquestionáveis (pela força do trabalho) nos locais de trabalho, nem (por complexos produtores rivais no próprio país) no nível intermediário, nem mesmo numa escala mais abrangente (pelo pessoal de comando encarregado das unidades internacionais competidoras). Esta é a razão por que o modo de tomada de decisão em todas as variedades conhecidas e viáveis do sistema capitalista é sempre uma forma autoritária, de cima para baixo, de administrar as várias empresas (p. 99).

É compreensível então como essa lógica autoritária, ou disfarçadamente “modelo de gestão da iniciativa privada”, seja por vezes apresentada como panacéia para os processos decisórios na esfera pública.

Sobre o tema da democracia e da localização do poder, ou melhor, dos poderes, BOBBIO (1999) chama a atenção de quantos se detêm a esse tema, ao afirmar que:

Não compreendeu a estrutura ou movimento de um sistema social aquele que não se deu conta de que este é constituído por uma densa e complexíssima interrelação de poderes. O poder não está apenas difuso e repartido. Ele está disposto em estratos que se distiguem um do outro por diferentes graus de “visibilidade” (...) A democracia é idealmente o governo do poder visível, ou seja, do poder que se exerce ou deveria exercer publicamente, como se se tratasse de um espetáculo a que são chamados para assistir, para aclamar ou para silenciar, todos os cidadãos (...) Do

governo cujos atos se desenvolvem em público, sob o controle da opinião pública (p. 27).

É também no tema da democracia que as decisões são estudadas, em especial a partir das características do estado nacional brasileiro. Sobre o tema, COMPARATO (2003) afirma que:

Desde que iniciamos a nossa vida de nação independente, há um dado que permanece constante na realidade política, indiferente às sucessivas formas de organização constitucional que adotamos no correr dos tempos: todo poder estatal tende a concentrar-se no cargo do chefe de Estado (...) Na aplicação deformante da Constituição de 1988, o presidente da República passou a deter não só o poder Legislativo, pela via da proliferação de medidas provisórias, como até mesmo o poder de reforma constitucional (...) Em 14 anos de vigência a Constituição foi remendada 43 vezes, sempre por iniciativa direta ou consentimento expresso do chefe do poder Executivo (p. 49).

Como contribuições para solucionar os problemas citados, o mesmo autor aponta:

A urgente necessidade de se elaborar um programa de regeneração institucional, com base nos veneráveis modelos que nos legaram a Atenas democrática e a Roma republicana. Para lutar com êxito contra o abuso do poder, é indispensável combinar as instituições da **democracia participativa** (grifo nosso) com mecanismo de separação de poderes (...) Ela compreende também como é óbvio, a indispensável decisão popular para a aprovação de tratados internacionais, ou de políticas públicas, que determinem o futuro da nação (p. 53).

Fica evidente que as considerações do jurista são dirigidas à esfera federal do Estado brasileiro, mas seria sensato afirmar que muito da composição teórica do pensamento pode, ressalvadas as diferenças de estrutura administrativa, ser replicada com validade nas outras esferas do Estado brasileiro, ou seja, a estadual e mesmo a municipal.

Qual seria então, de forma mais clara, o papel da esfera municipal? CAPISTRANO FILHO (1995) aponta o caminho, arrimado em sua experiência de secretário de saúde e prefeito de Santos, ao acreditar na:

Tese de que o governo municipal deveria extrapolar suas tradicionais funções de zeladoria da cidade, e credenciar-se cada vez mais como um indutor do desenvolvimento econômico local e como um prestador de serviços sociais. Nós não acreditamos que a riqueza acumulada durante um período de desenvolvimento econômico possa ser espontaneamente

distribuída, como que por uma “mão invisível”, a todas as camadas sociais. Isso é tão ilusório quanto pensar que o próprio desenvolvimento econômico brote ao acaso, sem a intervenção de indutores (como o Estado) no processo. O poder público deve utilizar todos os instrumentos que estiverem ao seu alcance para garantir que grande parte do excedente da riqueza produzida converta-se em benefícios para toda a sociedade, especialmente para aquelas camadas, que diferentemente das mais ricas não tem como pagar para receber um ensino e atendimento médico decentes, casa própria e suporte às crianças (p. 83).

Sobre sistemas de decisões e, mais precisamente, sobre sistemas locais de decisões, SILVA (2001) afirma:

O sistema de decisões é formado pelo processo político ou, às vezes, pelo conjunto de processos políticos que conduzem à formulação e à implementação das ações que devem promover a efetivação da política. Esse sistema está disperso em vários campos e envolve distintas áreas de poder, fato não incomum, que constitui, aliás, uma característica frequente das políticas públicas (p. 259).

O tema é também destacado por ARAÚJO (2000) quando aborda a tendência mundial de valorizar o poder local como ator relevante na promoção do desenvolvimento econômico. Assim, afirma ser:

Certo que tanto na América Latina como no Brasil os processos de redemocratização, a própria crise fiscal e financeira do setor público aguda nos governos centrais, e experiências como as que foram estudadas, são sinais de uma tendência descentralizadora que valoriza espaços locais como espaços de poder, embora não seja esta a tradição brasileira (...) Reconstruir o sentido de cidade (e de cidadania), ampliar o sentimento de pertencimento a um “local” (com uma história, um conjunto de valores) - numa época de globalização ativa, de perda da consciência dos limites e possibilidade de manutenção de identidades nacionais, de tendências homogeneizadoras e massificantes - pode ser um estimulante projeto coletivo que ajudará a construir novas formas de convivência social (p.60).

Em um artigo que objetivava verificar a incorporação dos sistemas de informação disponíveis nos processos municipais de tomada de decisão no setor saúde, COHN et al. (2005) caracterizam o Estado brasileiro quanto aos seus processos decisórios, destacando:

A tradição política do País, clientelista e particularista, e a herança de um Estado centralizador que favorece, no processo recente de descentralização, a convivência harmônica do autoritarismo burocrático com uma visão tecnocrática que prioriza projetos de governo em detrimento da racionalidade do Estado, condição essencial para uma ordem democrática. Em decorrência, no caso brasileiro, a burocracia estatal, que na maior parte

das vezes é quem detém o poder de decisão, acaba trazendo consigo interesses conflitantes com os reais interesses públicos, fazendo assim com que a máquina estatal nos distintos níveis de governo resistam à assimilação de inovações no processo de tomada de decisão, dadas sua formação e sua cultura política de traço acentuadamente conservador (p. 116).

5.2. O SETOR SAÚDE COMO PALCO DE DECISÕES

O arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, inaugurado no Brasil com a Constituição Federal (CF) promulgada em 1998, anuncia na letra da lei uma descentralização dos processos decisórios. A municipalização é talvez a marca mais forte de onde será, ou deveria ser, o novo local de tomada de decisões, derivando todas as possibilidades que a aproximação do processo decisório com a implementação das ações de saúde podem representar.

Sobre o tema, SILVA (2001) se posiciona ao responder à pergunta:

O deslocamento de poder efetivamente ocorreu com a municipalização da saúde? Consideramos que sim, especialmente com a forma de gestão plena do sistema municipal (...) No entanto algumas peculiaridades devem ser consideradas. A primeira diz respeito às racionalidades que estão impulsionando e determinando a transferência de um poder centralizado para níveis mais periféricos. Uma dessas racionalidades relaciona-se à Reforma da Saúde. Os atores políticos favoráveis ao movimento sanitário utilizam-se da descentralização como estratégia de “democratizar a saúde” (...) Incorpora a pauta de uma segunda racionalidade política que tem como elemento impulsionador o ajuste estrutural da economia. Nessa, a descentralização também é uma das estratégias, mas, nesse caso, tendo como fim o alcance de objetivos ligados à delegação de responsabilidades a níveis de governo mais frágeis (sic) e ao setor privado, em situação que favorece a restrição de direitos. Existem, portanto, associados ao deslocamento de poder, dois movimentos políticos distintos; o sanitário, que procura ampliar direitos e outro, que o limita. É possível inferir (...) que o deslocamento do poder propiciado pela municipalização favorece o movimento sanitário (p.246).

COHN et al. (2005) apontam para problemas no processo de municipalização e descentralização na saúde, pois afirmam que:

Praticamente inexistente a formulação de políticas no nível local, pois a descentralização político-administrativa conquistada em 1988 na realidade vem sendo regida pela lógica do financiamento, e com isso se configurando como processo de desconcentração. Nesse sentido, o estatuto do município como ente federado instituído pela Constituição não vem sendo assumido pela maioria dos municípios, entre outras razões porque isso exige sua autonomia

financeira como pré-condição para seu autogoverno as políticas de saúde são concebidas fora do município (na União ou nos Estados) e se apresentam sob a forma de programas ou convênios, restringindo-se o papel dos municípios a somente operacionalizá-los, para tanto utilizando-se de informações internas e básicas, ou de uso corrente, para fins burocráticos ou de gerenciamento (p.120).

Em contrapartida, COSTA e LIONÇO (2006) afirmavam que:

A participação social nos processos de gestão ou na defesa do SUS tem acumulado um importante patrimônio na democracia participativa em nosso país (...) Pode-se afirmar que o SUS sobrevive em terreno contraditório gerado pela permanente tensão estabelecida entre a tendência estatizante(...) e a tendência orientada pela lógica do mercado. Esta situação tem demandado uma mobilização da sociedade civil em defesa do SUS. Apesar dos inegáveis avanços que a sociedade civil organizada, trabalhadores e gestores do SUS, vêm realizando no exercício do processo do controle social, a consolidação da democracia participativa na conquista da saúde ainda tem um longo caminho a percorrer (p. 51).

Contornando linhas gerais do processo de implantação do SUS no Brasil, e em especial sobre o local decisório e efetivador da política de saúde, PIRES e DEMO (2006) alertam que devemos considerar:

Outro ponto relevante para a análise da gestão da política de saúde do Brasil que diz respeito à descentralização ou à transferência de responsabilidades e recursos federais para gestão e execução de políticas públicas (...) Contrapondo-se ao regime autoritário e centralizador da ditadura militar, o movimento pela democratização do Brasil assumiu como bandeira de luta a autonomia dos municípios na condução das políticas, bem como a participação da sociedade nas decisões da esfera pública. A descentralização de política suscita argumentos fortes em seu favor, em geral associados à otimização na alocação de recursos e melhor eficiência na execução dos serviços, oportunizando a participação da sociedade na fiscalização e priorização das políticas locais. Porém a associação positiva – e um tanto automática- que se tem feito entre descentralização e cidadania pode incorrer em freqüentes riscos ou reducionismos da análise (...) haja vista a frágil cidadania do Brasil (...) Um grande equívoco, relacionado aos conselhos de políticas públicas, é que se costuma, em geral, aprisionar o controle social apenas a esse espaço institucional, como se fosse possível conter as demandas da sociedade por melhores oportunidades em fluxos normatizados pelo Estado capitalista (p.67).

5.3. SAÚDE BUCAL NO PSF: A DECISÃO DE FORTALEZA

No Brasil, a promulgação da Constituição em 1988 representou um marco na gestão de saúde, com implicações para a saúde bucal que, entendida como uma dimensão inseparável da saúde, passou também a ser considerada um direito de todos e um dever do Estado. (FRAZÃO e NARVAI, 2009)

Para FRAZÃO e NARVAI (2009):

Uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi aberta pelo MS com a portaria 1.444, de 28/12/2000, estabelecendo ‘incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF’ (Brasil, 2000). O PSF, implantado em 1994, no final do governo Itamar Franco, sob inspiração da estratégia de medicina familiar desenvolvida em Cuba, mas também levando em conta as propostas de focalização das políticas preconizadas pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional, convive, em cada local onde é desenvolvido, com um dilema: para ser, efetivamente, uma estratégia de construção do SUS, e não apenas ‘mais um programa’ vertical ‘do Governo Federal’, é essencial que, em cada município, sua implantação e desenvolvimento ocorra com acompanhamento e controle do respectivo Conselho de Saúde e com base em práticas democráticas de gestão. Quando isso não ocorre, observa-se um simulacro de intervenção pública na saúde, sem potência para de fato contribuir para ‘reorganizar o modelo de atenção’ a partir da atenção básica (p. 68).

Ainda segundo os autores, agora em texto de 2008, apesar da assessoria de imprensa do então Ministro da Saúde José Serra tenha produzido uma cena que após uma pesquisa o gestor nacional teria ficado estarecido e em momento que a sensibilidade sobrepor-se-ia a razão havia encomendado a portaria, os autores ponderam que, sem deixar de reconhecer o mérito da ação, já havia um movimento das entidades odontológicas pela inserção do cirurgião-dentista no PSF bem como a manifestação coletiva por meio do Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO).

O coordenador nacional de saúde bucal localiza tal decisão como de fato sendo fruto de:

Uma mobilização por profissionais vinculados à saúde bucal, e em segundo lugar, por uma questão cultural, em determinado momento a resposta governamental foi essa como uma resposta imediata para uma pressão momentânea explicitada em uma pesquisa científica também (...) Tanto é que, quando o Governo, na época, o Presidente Fernando Henrique, introduziu a odontologia no PSF, então, nós tínhamos algumas coisas que

saltavam aos olhos. A primeira, a relação de um pra dois, a equipe de saúde bucal, o município teria que ter duas equipes de saúde da família pra ter uma de saúde bucal; quer dizer que criou-se de uma forma totalmente equivocada. Era uma questão que saltava aos olhos. Em segundo lugar, o financiamento da saúde bucal era extremamente precário, nós tínhamos um financiamento baixo, e isso obviamente, não auxiliava em nada os municípios a implantar a equipe de saúde bucal.

O calendário eleitoral e como consequência os mandatos eletivos no Brasil propiciam que uma mesma gestão municipal relacione-se com dois períodos de governo estadual e federal. No caso em estudo, houve reeleição da esfera federal, inclusive com a manutenção do coordenador nacional de saúde bucal; já na esfera estadual houve ruptura, com a troca de grupo político, saindo vitoriosa a oposição contra uma tentativa de reeleição, o que significou a troca de comando, inclusive da coordenação estadual. Chamaremos, para efeito explicativo, de primeiro e segundo período para as fases anteriores e posteriores à mudança de gestão.

Assim, a coordenação estadual do primeiro período (2005-2006) localiza a inserção da saúde bucal no PSF como fruto de uma participação efetiva:

Das entidades de classe que tiveram uma participação muito grande em mostrar a importância do dentista na equipe. Porque sem o dentista na verdade a saúde estava capenga, incompleta. Como você pode cuidar da saúde se não cuidar da saúde da boca? Acredito que isso foi uma luta das entidades de classe, da própria categoria que conseguiu convencer a classe política da necessidade da inserção do dentista no PSF.

E elogia a tomada de decisão em Fortaleza para além da:

Não-identificação com o partido da administração municipal atual. É questão de justiça atestar o ganho que o município de Fortaleza teve depois da implantação da equipe da saúde da família: havia uma demanda reprimida imensa que se dirigia toda para o CEO. Foi um salto grande que o município de Fortaleza deu. E eu acredito que ainda com todas as dificuldades, por ser um programa novo, mesmo assim é um bom caminho.

Já o coordenador estadual do segundo período (2007-2008) considera “revolucionária, importante, estratégica. Porém, hoje nós temos uma dificuldade de precarização do servidor, ou melhor dizendo, do empregado e também do financiamento. São assim dois aspectos que considero mais importantes que deveriam ser mais bem trabalhados.” O coordenador segue discorrendo sobre os problemas elencados sob a ótica das possibilidades da gestão.

O secretário estadual de saúde do segundo período (2007-2008), por sua vez, credita a inserção da saúde bucal no PSF a uma:

Mudança de paradigma. No passado as pessoas não tinham interesse, a gestão não tinha interesse, não tinha compromisso. Só tinha compromisso com voto, com clientelismo, com coisas assistenciais, para produzir votos. Era uma permuta nem sempre tão disfarçada. No momento que você coloca isso como integrante do SUS, há uma mudança. E não dá para pensar em saúde com boa qualidade sem saúde bucal.

O coordenador municipal de saúde bucal foi o mesmo durante quase todo o mandato de quatro anos, afastando-se apenas há três meses do final para cumprir outra tarefa na gestão, e segundo suas palavras, “a equipe não foi mudada, então não teve ruptura da política”. Ainda segundo o coordenador, a tomada de decisão de inserir a saúde bucal no PSF é:

Anterior à gestão, pois a eleição da prefeita foi atípica, pois em um processo de ruptura com a maior parte da estrutura partidária, com pouquíssimos recursos para fazer uma campanha, considerada por muitos, apenas demarcadora de posição (...) sem possibilidade real de vitória. Nessa conjuntura, tivemos a oportunidade de participar do programa de governo da prefeita, até porque a maioria dos pesquisadores da saúde, ligada à esquerda estaria em outro projeto de disputa eleitoral. Aproximadamente sete pessoas, fizeram parte desse momento de elaboração e, dentre essas, dois dentistas, eu e outro, tivemos uma posição muito privilegiada no processo. Assim, grande parte do programa do governo para o setor saúde era pautada na questão da saúde bucal. Constavam laboratórios de próteses, centros especializados de odontologia, tinha o desafio da implantação emergencial da saúde bucal em Fortaleza, pois, na atenção básica, não tinha ainda essa política.

O coordenador municipal de saúde bucal localiza, na montagem do programa de governo, o consenso dos elaboradores da necessidade e mesmo da centralidade para a cidade de Fortaleza das ações e serviços de saúde bucal. Essa formulação se transforma em vontade e, posteriormente, em ação política de governo.

O secretário de saúde adjunto, de fato, pois de direito coordenador de políticas de saúde, foi o entrevistado, face à impossibilidade de fazê-lo com o então titular da pasta que se encontrava fora do Brasil. Assim, tendo esse importante papel de partilhar a condução da política de saúde de Fortaleza durante quatro anos, aponta a decisão como sendo a de :

Ampliar o SUS em Fortaleza, havia muita coisa de descumprimento de diretrizes básicas, como a universalidade do acesso, a adscrição de clientela, isso foi tomado de forma a restringir o acesso das pessoas que não fosse vinculadas à determinada unidade de saúde. Algumas das principais diretrizes

do SUS estavam implantadas de forma equivocada em Fortaleza. Entre os equívocos, as ações de saúde bucal que é uma política importante do governo Lula, do qual você fez parte, da elaboração e implantação do Brasil Sorridente. Não havia uma única equipe do PSF, havia cerca de 80 dentistas, mas nenhuma equipe de saúde bucal implantada em Fortaleza, assim significava a extensão de uma política nacional.

O gestor municipal, por sua vez localiza a política nacional de saúde bucal como orgânica ao SUS e tal organicidade foi um facilitador ou impulsionador para a tomada de decisão local, ou seja, a densidade técnica e financeira de uma política nacional como possível definidora de uma decisão local.

Assim destaca-se das entrevistas dos atores, das diferentes esferas de gestão que a tomada de decisão guarda relação estreita com: 1) Uma mobilização dos profissionais da área através de suas entidades representativas, exercendo pressão política; 2) A publicação de uma pesquisa científica que apontava em determinada direção para as ações de saúde bucal ou, no mínimo, apresentava uma demanda reprimida, teria servido como base para mensuração do problema a ser enfrentado; 3) Uma mudança de paradigma em relação ao fazer saúde bucal; 4) Uma política nacional impulsionadora, inclusive financeira, de uma política local; 5) Uma opção resultante de um diagnóstico conjuntural em uma situação especial e consequente resposta ideológica; 6) Uma não-centralidade do processo decisório.

6. QUAL SAÚDE BUCAL HÁ EM FORTALEZA ?

Caracterizar o sistema de saúde bucal implementado e desenvolvido em Fortaleza nos anos de 2005 a 2008 nos obriga a investigar quando começa a história da saúde bucal como uma política pública municipal.

Os acontecimentos históricos marcantes e as transformações sociais só chegaram ao Ceará após um século do descobrimento do Brasil. No ano de 1603, sob o comando do açoriano Pero Coelho, acompanhado de Martim Soares Moreno, acontecem ações de ocupação do território, onde os portugueses estavam se estabelecendo, para efetivar a posse da capitania fundando na Barra do Rio Ceará o pequeno forte de São Sebastião.

Em 1637, aporta no Ceará a primeira expedição holandesa que ocupa o abandonado forte de São Sebastião. Após sete anos, seus integrantes são dizimados pelos índios. Em 1649, desembarcou no Mucuripe uma nova expedição holandesa, comandada por Matias Beck que fundou, na foz do rio Pajeú, o forte Schoonenborch. Em 1654, os portugueses tomaram o forte e o batizaram com o nome de Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção. Em abril de 1713, a Fortaleza foi promovida à categoria de vila: Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção, sendo declarada sede da capitania do Ceará em 1799 e capital da província em 1824, através da Assembléia Nacional Constituinte (GIRÃO, 1985; FARIAS, 1997).

6.1. A SAÚDE DO FINAL DO SEC. XIX AO SUS

No ano de 1861, é inaugurado o primeiro hospital da cidade, a Santa Casa de Misericórdia. Apesar do atraso temporal em relação a outras províncias que há muito já contavam com semelhante instituição, marcou uma verdadeira transformação na forma de prestar assistência médica na cidade.

Para GEVAERD e GUGUICHM (2002), “a organização das ações de saúde voltadas para a população das cidades, realizadas pelas administrações municipais,

especialmente nas capitais e cidades de médio porte, surge como resposta às mudanças sociais ocorridas no país nas primeiras décadas do século XX” (p. 12).

Em Fortaleza, são sentidas as influências dos centros mais desenvolvidos, a exemplo das transformações ocorridas no Rio de Janeiro, então capital da República, e São Paulo, com suas mudanças urbanas e sociais. Na capital do Ceará, as marcas são a derrubada, com apoio popular, da Oligarquia Acioly em 1912, a pedra fundamental da Fênix Caixeiral, a inauguração da primeira agência do Banco do Brasil, além da criação do centro odontológico e, em seguida, do Centro Médico Cearense, com a participação de 29 médicos, 18 farmacêuticos e 8 cirurgiões-dentistas, todos os fatos no ano de 1913. São de forma inequívoca ações da sociedade civil, em sua maioria, marcando um patamar elevado de organização política (ANDRADE, 2006; BARBOSA, 1994).

No ano de 1916 no consultório do Dr. Raimundo Gomes reúnem-se, além do anfitrião, os dentistas Francisco de Sá Roriz, Mozart Catunda Gondim, Américo Picanço e do farmacêutico Afonso Pontes Medeiros foi fundada a Faculdade de Farmácia e Odontologia do Ceará, primeira instituição formadora de pessoal de nível superior na área de saúde. A instituição de ensino ocupou várias sedes, sempre em Fortaleza, até o local definitivo no *campus* do Porangabussú onde encontram-se os demais cursos da saúde da Universidade Federal do Ceará.

Surge nos Estados Unidos da América o Centro de Saúde, fruto da necessária união em um mesmo local dos diversos métodos de combater a doença, promover a saúde e ainda atingir uma população de uma determinada área. O Centro de Saúde torna-se o centro administrativo e funcional das atividades locais de saúde. No Brasil, os Centros de Saúde começam a ser implantados em 1925 quando da administração de Paula Sousa no serviço sanitário de São Paulo. O Centro de Saúde de Fortaleza é do ano de 1933 e funcionava como peça principal de toda estrutura sanitária do Estado do Ceará, localizando-se, portanto, na capital, contando com vários serviços e tendo as seções anexas de olhos, otorrino, de odontologia (grifo nosso), de cozinha dietética e de radiologia (BARBOSA, 1994).

Em 1936, na estrutura da Diretoria de Saúde Pública e sob iniciativa do Dr. Hyder Correa Lima, foi criado um serviço voltado para a saúde escolar, assim organizado: 1. Inspetor sanitário – médico chefe do serviço; 2. Serviço de inspeção

médico-escolar – com dois médicos escolares; 3. Visitação escolar – uma visitadora-chefe e nove visitantes escolares; 4. Higiene dentária – um dentista chefe, nove dentistas escolares e nove auxiliares. No grupo escolar, sede de cada distrito escolar, funcionava um consultório médico e um gabinete dentário (grifo nosso) (BARBOSA, 1994).

Os documentos escritos e também as entrevistas apontam para tal iniciativa como a pioneira da política pública de saúde bucal municipal, é o que afirma a entrevista de MAS:

As ações ou eram iniciativas individuais ou iam a reboque das outras políticas, então eu considero o marco histórico em Fortaleza, a primeira implantação do serviço de atenção ao escolar em 1936 em cinco escolas dentro do município de Fortaleza, eram escolas do Estado, mas estava dentro do município. À época não havia essa distinção Estado ou município, eram escolas que vinham de uma proposta de atendimento ampliado nesse ano de 1936.

Merece destaque o resultado da reforma administrativa ocorrida a partir de 1964, conforme descreve MOTA (1997):

Até então, nos atos de criação dos serviços de assistência médica não é explicitado que o órgão municipal tenha a obrigatoriedade da execução destes serviços. O novo regulamento da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência aprovado pelo decreto nº 2474, de 25 de junho de 1964, artigo 1º, determina a finalidade desse órgão como executor: “A Secretaria Municipal de Saúde e Assistência (...) tem por finalidade programar, dirigir, executar e controlar todas as atividades relativas à saúde pública de responsabilidade do Governo Municipal, ressalvadas aquelas que sejam de competência privativa das autoridades sanitárias estaduais e federais”. Esse mesmo decreto define a seguinte organização para a Secretaria: a) Junta Médica; b) Hospital de Pronto Socorro; c) Departamento de assistência médico-dentária; d) Departamento de Higiene; e e) Seção de Administração. A nova estrutura organizacional denota uma maior complexidade técnico-administrativa em relação às anteriores, pela transformação das seções em departamentos; pela criação da junta médica, órgão controlador da saúde funcional dos servidores municipais; e pela inclusão da odontologia ofertada aos servidores municipais e familiares, bem como às populações dos bairros através das unidades móveis e postos de saúde. Anteriormente ao decreto, as ações de odontologia encontravam-se dispersas em serviços fora da área de saúde, como a limpeza pública, que assistia aos servidores e familiares e em unidades móveis, para a periferia, o que configura, portanto, uma aglutinação desses serviços na saúde (p. 46).

Uma instituição apontada como marcante para a saúde bucal em Fortaleza é o Centro de Treinamento Odontológico (CTO), criado em 1966, pois surge como uma

proposta diferenciada a partir de grupos de dentistas que resolveram se reunir, criar um serviço de saúde bucal que atendia prioritariamente ou majoritariamente a população de Fortaleza até pela centralidade de sua localização física (MAS).

A instituição CTO é considerada por MM:

A primeira de atendimento, realmente voltado para urgência, o CTO tinha o atendimento diurno e fazia o atendimento de urgência. O CTO, ele funcionava de segunda a sexta, fazia o atendimento de vários programas odontológicos na área de patologia e atendimento de urgência; a população sabia que indo no CTO, tinha a sua urgência atendida

Um momento importante da saúde bucal na política pública de saúde de Fortaleza foi o ingresso da assistência odontológica na rede hospitalar. Isso ocorreu:

No serviço do Instituto Dr. José Frota (IJF) e iniciou-se em meados de 1985. Nós iniciamos como posto de saúde, odontologia avançada no hospital, ou seja, nós éramos um núcleo da Secretaria de Saúde do Município que foi criado no governo da Prefeita Maria Luiza, um projeto chamado Dor de Dente, que foi idealizado pelo Dr. Domingos Leitão Neto. Então, eu era chefe de serviço odontológico no município, e nesse serviço eu pensava em fazer um atendimento de urgência e emergência 24 horas no município, naquela região, na Rua Antônio Pompeu, mas o local melhor era a sede do IJF. O IJF, por ser um hospital de trauma, de urgência em 24 horas de serviço, a primeira localização seria lá (MJRM).

O então presidente do IJF corrobora com a importância do serviço e afirma que:

Surgiu na gestão da prefeita Maria Luiza, onde o Domingos Leitão, dentista acadêmico, professor da Universidade, era o secretário de saúde do município, uma pessoa altamente entusiasmada e muito sensível às questões sociais, afirmou que tínhamos condições de botar aqui no IJF um espaço para colocar uma unidade pra atender a odontologia. A proposta era a instalação de um consultório, um consultório velho que seria recuperado por ele, a instalação feita por nós em parceria com ele, e ele deslocaria colocando à disposição oficial do IJF um quadro de jovens dentistas que, além da formação geral, tinha essa vocação para cuidar de trauma. Esse grupo era um grupo de jovem entusiasmado, muito bom no ponto de vista profissional, no ponto de vista ético, pessoas que tinha compromisso com a profissão e com o serviço público e que, mesmo apesar das dificuldades, das diversidades, das improvisações, das necessidades de estar sempre criando de trazer inclusive material do seu consultório. O Secretário Domingos achou interessante e passou a ser chamado projeto Dor de Dente, ou seja, apontava que as pessoas com dores dentários tinham um lugar para procurar a qualquer hora do dia, mas principalmente à noite, feriados, sábado, domingos, dia santo, carnaval. Era o serviço odontológico de urgência do Instituto Dr. José Frota/ Secretaria Municipal de Saúde. Internamente, não foi tranquilo, pois muitos médicos achavam que o IJF não tinha nada a ver

com a urgência odontológica, a urgência odontológica tinha que ser fora do IJF. E a outra questão é que esses dentistas jovens, competentes, realmente compunham uma equipe bem liderada e começaram a mostrar que o espaço deles de atuação não ficava limitado somente ao atendimento da urgência, ia além, ia no trauma, no maxilo-facial, nas luxações temporo-mandibulares, e luxação de mandíbula, as fraturas faciais. Assim podiam dar uma grande colaboração e passavam a ser chamado por outros médicos, mesmo tendo a reação de alguns. O projeto Dor de Dente, hoje é o serviço de cirurgia bucomaxilofacial do Instituto Dr. José Frota que é uma das maiores referências do Nordeste, e uma das maiores do país (MM).

Cumpramos destacar que os arranjos institucionais recém-descritos ocorrem no período de efervescência dos debates que antecedem em poucos anos o arcabouço jurídico-institucional do SUS como conhecemos a partir de 1988.

6.2. A SAÚDE BUCAL EM TEMPOS DE SUS

O SUS é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende, assim, um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde e não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação. O SUS é, por fim, um produto da Reforma Sanitária Brasileira, originado do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade para propor novas políticas e novos modelos de organização do sistema, serviços e práticas de saúde (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

Muitos são os desdobramentos subsetoriais identificáveis das políticas de saúde, aí incluída a saúde bucal.

Saúde bucal para efeito deste texto será entendida como conceituada pela Organização Mundial de Saúde onde se destaca que saúde bucal não pode ser entendida apenas como saúde dos dentes, abrangendo o complexo craniofacial, constituído pelas estruturas e tecidos dentários, bucais, faciais e do crânio, sendo ainda parte da saúde geral, essencial para o bem-estar das pessoas, e implica estar livre de dor orofacial crônica, de câncer de boca e faringe, de alterações nos tecidos

moles da boca (língua, gengivas e mucosa oral), de defeitos congênitos, como lesões e fissuras de lábio e/ou palato e de outras enfermidades ou agravos que afetem o complexo craniofacial (WHO, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma ainda que a saúde bucal possibilita falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, saborear, mastigar, deglutir e gritar, além de proteger contra infecções e ameaças ambientais. O organismo internacional destaca também que as doenças bucais implicam restrições de atividades na escola, no trabalho e na vida doméstica, causando a perda de milhões de horas dessas atividades, a cada ano, em todo o mundo (WHO, 2003).

É paradigmático o conceito apresentado no Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal quando afirma que:

A Saúde Bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação. A luta pela saúde está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e o dever do Estado em sua manutenção (BRASIL, 1986, p.05).

Podemos ainda apresentar o conceito de Saúde Bucal Coletiva (SBC) na forma como definiu NARVAI e FRAZÃO (2008), quando afirmam que:

A ruptura epistemológica com a odontologia (de mercado) que a Saúde Bucal Coletiva pretende operar implica desenvolver uma práxis que deve romper, dialeticamente, também, com a prática odontológica hegemônica. Tal ruptura requer que o trabalho odontológico seja desenvolvido a partir das necessidades das pessoas (de todas as pessoas) e que, opondo-se à lógica do mercado, rompa, portanto, com o status quo, caracterizado fundamentalmente pela mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos (todos os recursos) odontológicos pelas elites. Assim, é inerente à SBC uma dupla pretensão: de um lado quer “desodontologizar” a saúde bucal; de outro, quer assegurar a todos o acesso a todos recursos de que necessitem para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano (p.125).

As políticas públicas nacionais de saúde bucal vinham ocorrendo de modo retardatário e marginal às políticas mais gerais de saúde até 2004 quando houve um importante salto na atenção à saúde bucal: o governo federal promulgou várias portarias referentes a acréscimos no financiamento e o CNS aprovou as Diretrizes da

Política Nacional de Saúde Bucal, cujo “nome fantasia” é Brasil Sorridente (DIAS et al.,2003).

O Programa Saúde da Família (PSF) tem se tornado, nos últimos anos, o principal programa alavancador da reorganização dos serviços de saúde na atenção básica tornou-se o carro-chefe do modelo assistencial do SUS e foi concebido pelo Ministério da Saúde como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde. Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua incorporação ao PSF tem sido vista, na maioria das vezes, como uma possibilidade de romper com os modelos assistenciais hegemônicos em saúde bucal que são excludentes e baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo (RONCALLI e SOUZA, 2007).

Na mesma linha de pensamento, ANDRADE et al. (2006) ressaltam que a inegável expansão de acesso da população brasileira à atenção primária em saúde aconteceu simultaneamente a um processo continuado de readequação e refinamento da própria estratégia saúde da família. Esse processo inacabado de discussão e reformulação da estratégia vem acontecendo nas três esferas de governo, entretanto é inegável que a medida impôs novas responsabilidades de gestão e demanda por profissionais por profissionais qualificados e comprometidos com a filosofia dessa nova política.

RONCALLI e SOUZA (2007) destacam que mesmo com a promessa de reorganização das ações na atenção básica pautadas numa nova concepção do processo saúde-doença e mesmo com sua rápida expansão por todo o país, isso não aponta de forma inequívoca para uma mudança do modelo de assistência à saúde bucal e destacam que caso a implantação da equipe de saúde bucal no PSF se torne, de fato, a operacionalização das políticas de racionalização de saúde que são incentivadas pelas instituições internacionais, estaremos reproduzindo também na saúde bucal, um modelo programático excludente.

O PSF deve ter como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença, devendo dar condições para que médicos, cirurgiões-dentistas, psicólogos, nutricionistas, engenheiros e demais profissionais sejam capazes de estabelecer conexões entre conhecimentos específicos de cada profissão (BALDANI et al, 2005).

Para MANFREDINI (2006), a expansão das ações de saúde bucal, na estratégia de saúde da família, tem motivado diversas reflexões sobre como organizar uma prática que resgate a dívida histórica com os excluídos de saúde bucal.

Já para MATOS e TOMITA (2004):

A inserção da saúde bucal no PSF passa a demandar uma reorganização da prática odontológica. Assim como os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família, o cirurgião-dentista necessita ser sujeito de um processo de qualificação profissional, visando a integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional (p. 1538).

Em 2005, iniciou-se uma nova gestão política à frente da Prefeitura Municipal de Fortaleza, anteriormente integrante do bloco de oposição. O secretário municipal de saúde escolhido é o já conhecido médico sanitarista e com vasta experiência em gestões municipais, Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Sendo o secretário um protagonista do movimento sanitário que originaria o SUS, cria-se uma expectativa de atualização da política municipal de saúde bucal, no mínimo, em consonância com o movimento do governo federal.

O fato de até 2005 o município de Fortaleza não contar com nenhuma ESB cadastrada junto ao Ministério da Saúde possibilitou detectar, descrever e analisar um cenário onde a situação mudou rapidamente e, admite-se, produziu efeito significativo no plano institucional.

Como foi implantado e implementado a saúde bucal no PSF, ou ainda, qual o modelo teórico utilizado para as “novas ações”?

6.3. REMANDO CONTRA A MARÉ EM BUSCA DO HORIZONTE

No sítio eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, encontramos a definição do novo modelo onde destaca que:

É consenso o entendimento de a desorganização da atenção básica inviabilizar a organização do Sistema na perspectiva da construção do modelo de gestão e de atenção integral à saúde. A atenção básica organizada consegue resolver mais de 85% dos problemas de saúde, encaminhando os demais para a rede especializada ambulatorial ou hospitalar, garantindo total desenvolvimento da cadeia de cuidado progressivo à saúde. É no desenvolvimento da atenção básica onde se constrói o vínculo entre os profissionais e serviços de saúde e a população. Organizar, portanto, os serviços de atenção básica é condição fundamental para viabilizar o SUS, em

conformidade com os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira e com os marcos legais da Constituição Federal e das Leis 8.080 e 8.142. Nessa perspectiva, o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza adota como política estruturante da Rede Assistencial da Atenção Básica a Estratégia Saúde da Família.

Em 2005, um documento preliminar intitulado Políticas de Saúde Bucal para uma Fortaleza Bela, a ser apresentado em fóruns regionais de políticas de saúde bucal, os espaços de debate são também uma novidade, conforma-se como uma carta de intenções dos novos gestores.

Entre outros pontos, merece destaque o fato de o referido texto apontar para todos os níveis de atenção em saúde bucal e mesmo para ações intersetoriais em um dado momento, como nas ações de vigilância e também a grupos com maior vulnerabilidade social, especificamente como marcas da nova gestão. E com destaque para o PSF, assinalamos: 1. Estruturar no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza uma rede de serviços de atenção primária, secundária e terciária que garanta a integralidade da assistência à saúde no município; 2. Realizar nova territorialização das áreas de abrangência dos Distritos de Saúde das Secretarias Executivas Regionais redimensionando a necessidade de implantação de equipes de saúde e unidades de saúde em Fortaleza; 3. Efetivar concurso público para os profissionais do PSF, da rede especializada e hospitalar restabelecendo o vínculo público, os direitos sociais dos trabalhadores eliminando a precarização das relações de trabalho no Sistema Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2005a).

Os destaques fazem a defesa de princípios e diretrizes organizativas do SUS como metas a serem perseguidas ou, pelo menos, levadas ao debate.

Com relação ao PSF, cabe realçar a intenção de: 1. Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Família inserindo progressivamente 1 CD, 1 ACD e 1 THD em cada uma das equipes de saúde da família; 2. Reestruturar os processos de trabalho odontológico instituindo o conceito do trabalho em equipe (CD, ACD e THD), adotando a organização de sistemas coletivos de trabalho com trabalho a 4/6 mãos, nas unidades de saúde preservando-se o direito à privacidade dos usuários e às condições de biossegurança (FORTALEZA, 2005a).

O processo político de legitimação das proposições não foi descuidado, pois pretende: 1. Encaminhar a execução das deliberações da II Conferência Municipal de

Saúde Bucal de Fortaleza; 2. Encaminhar ao Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, através do Plano Municipal de Saúde, os projetos de ação da gestão municipal para a área de saúde bucal; 3. Organizar periodicamente Fóruns Populares de Políticas de Saúde Bucal, com a participação dos trabalhadores da saúde, gestores públicos e representantes das organizações populares e da sociedade civil, instituindo espaços de escuta qualificada e formulação coletiva das políticas de saúde bucal;

Compondo o processo político de legitimação das novas ações de saúde bucal, merece destaque os conselhos populares, que segundo documento de convocação à participação nos referidos eventos, os definia como sendo “plenárias populares de debate entre os distintos sujeitos responsáveis pela construção do SUS – usuários, trabalhadores da saúde e gestores – para o exercício da democracia direta e da gestão participativa das políticas públicas de saúde” que objetivavam “ampliar a participação popular fortalecendo os mecanismos de controle social do SUS; efetivar processos de educação popular ampliando a consciência sanitária da população sobre os problemas de saúde bucal e possibilitar a formulação coletiva de políticas municipais de saúde bucal para Fortaleza” (FORTALEZA, 2005b).

O coordenador nacional de saúde bucal, quando indagado para que direção o Ministério da Saúde aponta quando exerce o papel de indutor no debate de modelos locais, afirma:

O Ministério da Saúde tenta pautar junto aos Estados e aos Municípios a qualificação da gestão. Os gestores do SUS e as pessoas que estudam o SUS e se dispõem a gerir o sistema ainda não se apropriaram da política nacional de saúde bucal, porque é uma política nova e obviamente por ser uma política nova, uma política induzida e incentivada, ela praticamente toda semana tem novidade, tem aprimoramentos. Isso, na lógica da máquina pública, não é fácil além do tamanho do nosso país há que se considerar tempo que demora de uma portaria sair do Ministério da Saúde para chegar lá no nível local a que se considerar também que os profissionais que historicamente discutem, elaboram a especificidade do SUS na lógica da saúde bucal, não são muitos estou pensando em 5.540 municípios, certamente nós não temos 5.540 profissionais da saúde bucal que tem essa discussão acumulada. O que sem dúvida é uma dificuldade (...) Um dos grandes temas que a política nacional de saúde bucal apresentou para o debate foi a lógica da integralidade. A saúde bucal historicamente focou ora nas crianças, ora nas gestantes com uma atenção básica pouco resolutiva. Agora não, nós temos a política de saúde bucal que induz a

prática da integralidade, ou seja, ações de saúde bucal na atenção básica, existem ações na média complexidade através dos CEO, e ações na alta complexidade, que são as frentes hospitalares. A política de saúde bucal é tida como exemplo de integralidade.

O relatório de gestão 2005 apresenta o cenário como sendo um “serviço de odontologia da rede básica de saúde encontrado desestruturado, com equipamentos sucateados e sem manutenção. A rede encontrava-se também desfalcada com relação ao abastecimento de insumos odontológicos. Na avaliação diagnóstica realizada pela nova equipe de saúde bucal, encontramos 23,4 % dos equipamentos da rede sucateados ou necessitando de manutenção e 100 % de desfalque com relação aos materiais de consumo (...) A gestão anterior nunca sinalizou para a importância estratégica da implantação deste serviço para a população, ocasionando perda de recursos federais (...) O município de Fortaleza, dispunha de 202 dentistas trabalhando na rede municipal com uma carga horária de 20 horas semanais (...) Existiam cerca de 150 ACD, a maioria sem qualificação técnica. Os cirurgiões-dentistas sem apoio de políticas públicas voltadas para a saúde da população, exerciam uma prática individualizada, curativativista, tecnicista e assistencialista. O município de Fortaleza pactuou em 2004 taxa de cobertura de primeira consulta odontológica, de janeiro a dezembro de 2004, de 22% de cobertura, tendo efetuado apenas 8, 8 % desta cobertura. Quanto à proporção de exodontias realizadas em relação às ações básicas individuais, o município pactuou em 2004 uma porcentagem de 9% e foi realizado 12, 4% desta porcentagem (FORTALEZA, 2006, p.80).

O mesmo relatório de gestão presta contas das ações de saúde bucal, ao destacar que, “em caráter de urgência, pois faltava até o mais básico como luvas e anestésico, tendo isso como prioridade absoluta, foi realizada compra com parecer favorável da procuradoria geral do município e, de janeiro a junho de 2005, houve aumento de mais de 100%, saindo de 15.655 procedimentos em janeiro, para 35.745 procedimentos em junho. (...) Terminamos o ano com 409.405 procedimentos odontológicos realizados em toda rede no ano de 2005 (...) Foi decisão da SMS imediatamente alocar 100 cirurgiões dentistas nas equipes do PSF, entendendo que a estratégia do saúde na família oferece ao município oportunidade de melhorar a cobertura. (...) Também em 2005 foram criadas 21 equipes de PSF nas áreas de risco,

atendendo pessoas em condições de risco social e físico, equipes estas que contam com a inclusão além de médicos , enfermeiros, 21 dentistas e 10 assistentes. Com isso, firma-se em Fortaleza o compromisso de que as ações de saúde bucal estão inclusas de forma definitiva nas ações do PSF (...) Terminamos o ano com dados animadores, uma vez que realizamos 50.401 procedimentos coletivos, melhorando a média de 0,03 de cobertura para a população de 0 a 14 anos, para 0,08 (250%). Aumentamos os procedimentos sem aumento do percentual de exodontias que caiu de 14.8% dos procedimentos em 2004 para 12% em 2005 (...) A SMS desenvolveu um processo de educação continuada às quartas feiras à tarde na sede do Conselho Regional de Odontologia (CRO) para discutir a realização de um protocolo de ações neste momento participaram os 100 dentistas envolvidos nas ESB , com carga horária de 40 horas. Em seguida deu-se o modulo de sistemas coletivos de trabalho com a participação de 121 profissionais, envolvendo também os trabalhadores das áreas de risco (...) Para controlar a remessa de mercúrio no meio ambiente, a SMS realizou parceria com o CRO e a empresa WLC ambiental, para recolher os resíduos de mercúrio nas unidades básicas de saúde, sendo que o CRO ficou responsável pela coleta desde material nas clínicas particulares (...) Em parceria com a Célula de Vigilância Sanitária, a Célula de Atenção Básica vem realizando o controle da fluoretação da água de abastecimento de Fortaleza em 27 pontos de coleta espalhados nas seis regionais de saúde” (FORTALEZA, 2006, p.82).

O relatório de gestão do ano de 2006 afirma que “a assistência odontológica é uma das prioridades da atual gestão, que vem utilizando a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante da organização dos serviços de atenção básica em saúde, incluindo a saúde bucal (...) Objetivando garantir a integralidade, a demanda da área de saúde bucal vem sendo organizada a partir de três eixos: o agendamento da demanda programada, a partir de exames que diagnosticam o risco de adoecimento dos pacientes, realizados em serviços cadastrados; o pronto-atendimento e a urgência (...) A implementação das ações coletivas vem sendo uma das funções prioritárias das equipes de saúde bucal que atuam na estratégia. Para tanto, ainda em 2005, foi elaborado um protocolo de ações coletivas, para que as equipes iniciassem suas atividades com maior segurança. No decorrer de 2006, foram cadastrados vários espaços sociais, locais de desenvolvimento das ações coletivas em

saúde bucal que incluem desde a distribuição de escovas de dente, fio dental e creme dental, até a escovação orientada, aplicação de flúor, entre outras atividades (...) Outro fato importante foi a implementação dos horários noturnos (das 17:00 às 21:00 horas) e intermediários (das 10:30 às 14:30 horas) (...) Entre abril e junho de 2006, as equipes de saúde bucal realizaram capacitação de dentistas, auxiliares de consultório e agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de uma campanha de prevenção e detecção precoce do câncer de boca. A prevenção do câncer de boca na assistência municipal deve se configurar como uma prática contínua nas unidades de saúde, por meio do acompanhamento terapêutico nos grupos de idosos (...) 2006 foi o ano em que a Secretaria Municipal de Saúde deu continuidade à adequação física das unidades básicas. Foram iniciadas, em 2006, 31 obras de reforma para adequação física das atividades de atenção à saúde bucal. Destas, 69% foram concluídas e 31% encontra-se em processo de conclusão” (FORTALEZA, 2007, p.70).

Os relatórios de gestão dos anos de 2007 e 2008 no momento da coleta de dados do presente estudo não haviam sido concluídos.

O coordenador municipal de saúde bucal narra longamente o processo de implantação e implementação das ações de saúde bucal no município de Fortaleza. Inicialmente afirmando:

Quando iniciamos o nosso governo, não existia a coordenação municipal de saúde bucal. Existia um técnico de saúde bucal vinculado ao núcleo de atenção básica. Com a entrada das primeiras equipes da saúde bucal no PSF e a programação da implantação com centro especializado de odontologia, apresentamos ao gabinete da prefeita uma proposta de estruturação para esse segmento de gestão, onde explicávamos que com a quantidade de profissionais, que estavam adentrando e com a quantidade de equipamentos, enfim, com a quantidade de serviços novos que deveriam ser criados na cidade, havia a necessidade de uma comissão de gestão da saúde bucal coletiva. A comissão ficou vinculada à atenção básica por uma questão histórica de ligamento do setor saúde bucal com a atenção básica, e também por ser a atenção básica a de maior capilaridade em serviços existentes. É uma comissão composta por 13 cargos: coordenador municipal de saúde bucal, 06 coordenadores regionais de saúde bucal, e 06 assessores técnicos de saúde bucal.

E prossegue:

Em um primeiro momento, as primeiras equipes estavam montadas na prefeitura e eram em número de 35 que nos colocamos para em seguida aumentarmos até completarmos, em junho, o número de 100, igualando uma equipe de saúde bucal para cada equipe de PSF. Nesse processo, os

profissionais eram vinculados a cooperativas, eles não faziam parte do PSF, todos os dentistas da cooperativa foram mantidos, não houve demissão de ninguém e novos profissionais foram colocados. Quem estava na cooperativa 20h semanais e desejou pôde aumentar para 40h, pois a partir de então só queríamos profissionais com 40 horas semanais de vínculo.

O coordenador municipal explicita como construiu o novo processo de trabalho com os profissionais:

Nós, da coordenação, mantivemos durante um ano e meio reuniões semanais com todos os dentistas do PSF, na sede do conselho regional de odontologia, que nos cedeu espaço para isso. Uma das sedes provisórias da coordenação de saúde bucal, na gestão 2005/2008, foi o conselho, que foi um parceiro muito importante. Os profissionais foram estimulados a questionar o seu próprio processo de trabalho, para propor uma alteração nesse processo de trabalho a ser negociada com a gestão. Assim, todos mediram sala e discutiu-se ergonomia, nós vínhamos acumulando, pois nossa gente vinha discutindo esse processo de trabalho, quando o secretário desencadeia uma operação relâmpago, "Operação Fortaleza Bela nos Postos", com três milhões de reais pra fazer reforma nas unidades básicas de saúde. Nesse momento, só quem tinha projeto era a área de saúde bucal, porque vinha discutindo com seus profissionais o desenho do seu modelo. Resultado - as unidades foram retomadas, ampliando as clínicas de saúde bucal coletivas, e saíram da modalidade de consultório odontológico individualizado, para o que denominamos de clínica de saúde bucal, ou seja, uma clínica com dois a três consultórios, com espaço de orientação à escovação anexo. Mas fomos muito privilegiados. Por termos gerenciado o próprio dentista, nós conseguimos nesses 4 anos ampliar a capacidade instalada da atenção básica em 37%.

O coordenador destaca a participação no PSF como crucial para o processo de trabalho e aponta o tamanho do desafio, ao perguntar e responder:

Como é que o dentista faz para deixar de ser dentista do posto, para ser o dentista de saúde da família? Fomos privilegiados pela relação de não privilegiarmos apenas a hora clínica. Construímos uma relação diferenciada que permitia que em algumas horas, das 40h que ele estivesse vago, para que fizessem ações com a equipe, planejamentos, capacitação dos agentes comunitários de saúde e da equipe como um todo, trabalhos na comunidade. A relação ideal que padronizamos são 02 equipamentos para 03 profissionais que sempre pudesse estar revezando com as atividades agendadas.

A implementação sofre uma inflexão positiva, segundo o coordenador, quando ocorre a chegada de novos profissionais aprovados em concurso público:

Quando zera tudo, todos os profissionais ingressam no mesmo patamar, todos entram do mesmo jeito, até quem foi aprovado e já trabalhava e não foi lotado ou não logrou aprovação para a unidade de saúde anterior. Assim, médico, dentista e enfermeiro são profissionais do mesmo modo, da mesma estirpe, negociam da mesma forma. Então, é outra relação o dentista não ter que correr tanto para conquistar seu espaço. Começa todo mundo mais ou

menos no mesmo pé de igualdade, com a óbvia ponderação natural inerente à peculiaridade de cada profissão. Assim, colocamos 250 novos dentistas de uma única vez, em um único chamamento, nas então 89 unidades básicas de saúde. Existiam 114 equipamentos instalados, então, começamos a fazer esse redesenho. Houve um processo de capacitação em um curso de imersão, onde se discutiu a idéia de valorização do seu território e o processo de trabalho na saúde bucal com a sua coordenação de saúde bucal articulada com a sede de atenção básica de suas regionais. Então o entendimento ficou facilitado.

O coordenador municipal afirma, sobre acesso e integralidade da atenção, que:

O acesso ainda é muito ruim, o problema do acesso à atenção básica de saúde. Existe um déficit, que nós já sabemos desde a transição, de, no mínimo, umas 36 unidades básicas de saúde. Estão programadas para serem construídas 24, que são demandas do Orçamento Participativo (OP), mas 24 estão em construção, não estão terminadas ainda. A estratégia que foi adotada é a do acolhimento junto com as demais pessoas da unidade básica de saúde. Não tem o acolhimento da odontologia, mas temos acolhimento da unidade, para que o usuário seja ouvido por uma equipe que vai estar no acolhimento. A dinâmica da unidade diz muito com a questão do acesso, mas o que nós propomos eram seis atendimentos programados, dois prontos atendimentos, com horários vagos para fazer mais organização dos atendimentos de saúde (...) A regulação de Fortaleza funcionava há algum tempo por sistema de informática. Quando o usuário requeria atenção especializada, consultava-se o sistema e verificava-se a oferta. Nós, da gestão, destacamos que encaminhamento não é procedimento odontológico e sim uma garantia da integralidade do atendimento odontológico. Você só encaminha alguém quando concluiu no seu nível de complexidade o que poderia dar conta e ainda atrelado a esse gerenciamento, de como fazer encaminhamento, nós implantamos a regulação odontológica.

Como síntese do período, o coordenador municipal afirma que o maior mérito foi configurar uma:

Política de saúde bucal e não apenas metas de assistência odontológica, e dessa forma articulada com as ações de monitoramento das águas de abastecimento e vigilância do flúor nessas águas, levantamento epidemiológico. Aproximamos a vigilância sanitária da coordenação, conseguimos integrar até o afastado IJF com o serviço bucomaxilofacial, atuamos ainda na área de educação permanente. Desse modo, julgo que conseguimos dar visibilidade à saúde bucal não mais como somente uma ação odontológica assistencial, mas como uma política pública que tem que ser executada em todas as esferas do sistema de saúde.

Parece-nos claro que a matriz teórica que suporta o desenho do modelo de saúde bucal de Fortaleza, nos anos de 2005 a 2008, é o da Saúde Bucal Coletiva. Tal afirmação arrima-se a partir das coletas empíricas e confrontações com a produção

existente. Podemos destacar o privilégio dado às ações e espaços coletivos como locais de produção de saberes e desmonopolização do conhecimento. O chamamento para a democracia direta através dos fóruns populares é outra ação que confirma a teoria, além da conformação de espaços clínicos que superam o hegemônico quadrilátero de 9m².

Como uma política é também repleta de contradições, aberta a críticas e possibilidades que a acompanham desde a sua formação, temas serão tratados nas considerações finais, bem como a definição das marcas temporais que consolidaram desde a inauguração ao tempo estudado a saúde bucal como uma política pública municipal.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir a presente tese, não sinto a sensação de dever cumprido como desfecho de uma tarefa, ao contrário, toma-me a sensação de que abri em mim novas janelas investigativas e novos desafios para pensar a política e a saúde. Oxalá consiga despertar esse sentimento em mais alguém e sirva de estímulo para abrir outras janelas.

Cabe ressaltar inicialmente as limitações do estudo. A limitação primeira refere-se às entrevistas onde a memória dos entrevistados, apesar do pequeno lapso de tempo na maioria das vezes, embota os detalhes dos depoimentos. A segunda limitação foi o não acesso aos números do financiamento, ou seja, não conseguimos mensurar em moeda corrente de forma clara os gastos com saúde bucal em Fortaleza. Estima-se que novos estudos superem tais lacunas.

No início do trabalho, buscamos descortinar o caminho da saúde e da saúde bucal com singular atenção para o período que precede e, ao mesmo tempo, desemboca no SUS. Deparamo-nos com um dilema, ao nosso juízo, crucial sobre PSF, que desse modo se apresenta: essa estratégia é geradora de direitos e incorpora cidadãos e cidadãs livres ou é um “pacote sanitário” dos mecanismos de reprodução do capital internacional e, como tal, redutora de direitos como limitante de origem por sua lógica interna de racionalização de recursos?

Penso que, ao longo da tese, essa dúvida foi sendo dirimida em mim e respondo, com a modéstia de saber que cada resposta é uma tentativa de aproximação da realidade e, assim, a mais temporária das verdades definitivas, nem uma coisa nem outra ou ainda as duas coisas em uma contradição que pode refutar ou afirmar cada pergunta inicial, a depender de como seja dirigido o aparelho de Estado, ou melhor, por qual matriz político-ideológica o PSF esteja sendo colocado em prática, sendo aplicado na realidade como uma estratégia da política de saúde.

A intenção política libertadora ou racionalizadora será tanto mais dominante a depender do momento histórico na relação do Estado com seus componentes de

sociedade civil e política em movimento. Assim, julgo a não-neutralidade do PSF em si, mas de sua aplicação em um determinado momento histórico concreto.

Ainda no início, desenhamos os caminhos para aproximações à realidade. Aqui lembrei-me da máxima que diz: “O tempo tudo apaga” frente à dificuldade de remontar a história a partir dos entrevistados. Um desafio foi buscar, em sítios eletrônicos, artigos para certos temas, tamanha a escassez da literatura.

O tema neutralidade do pensamento científico e mais a implicação do pesquisador com seu objeto domina a segunda parte desse trabalho. Mesmo sendo amplamente conhecida a impossibilidade de separação entre sujeito e objeto, há que se considerar diferenças entre as diversas áreas do saber. O primeiro passo foi reconhecer-me como sujeito que investiga e se encontra em parte do que é investigado. Assumindo antes de tudo o papel de protagonista político da história investigada.

O assunto sujeito implicado não é inédito, em absoluto, mas ainda alvo de poucos trabalhos de investigação. Isso é surpreendente, face à profusão de estudos realizados, sobretudo nos serviços, por sujeitos implicados, assim é mister trabalhos que validem o conhecimento produzido por esses sujeitos. Julgo que o central para próximos passos investigativos seja controlar o enviesamento com rigor metodológico e assunção da condição de investigador/investigado, sobretudo arrimado na intencionalidade ética do ato da pesquisa na forma como afirma Immanuel Kant: “É a intenção que torna o ato ético ou não”.

Imagino que, com todo respeito e rigor aos métodos existentes e amplamente consagrados, a ciência em seu *ethos* exige inventividade metodológica no sentido de estudo de novas possibilidades, como afirmamos no capítulo que trata do tema. É o campo das “novas descobertas”.

O financiamento da saúde bucal da atenção básica em Fortaleza foi tratado em seguida. De fato, pela transversalidade do tema, ficou demonstrado pelas falas dos mais diversos atores sociais e pela produção científica elencada a crise crônica de subfinanciamento do setor saúde e daí derivado a saúde bucal. Para além de

problemas de gestão ou somando-se a esses, há de forma inequívoca insuficiência de recursos.

O aumento considerável de recursos financeiros nos últimos anos para a saúde bucal do governo federal é uma avanço inquestionável, paralelo a ainda não suficiência desses mesmos recursos. A saúde bucal na atenção básica de Fortaleza é financiada quase que exclusivamente pelo tesouro municipal e pelos recursos repassados da esfera federal. O Estado do Ceará custeia para a saúde bucal o pagamento da folha dos agentes comunitários de saúde. Como conhecedores que somos do PACS, sabemos que tais ações não podem ser debitadas exclusivamente na “rubrica” saúde bucal.

A não-participação efetiva da esfera estadual quebra o pacto federativo construído para o setor saúde e põe em risco a saúde bucal da população. Foi vultosa a quantia de recursos destinados à saúde bucal de Fortaleza a partir da inclusão no PSF.

A democracia na América Latina e os processos decisórios daí derivados foram realçados e defendidos no corpo do texto como pano de fundo para a tomada de decisão local. Apesar de controvérsias, ora à direita ora à esquerda, a democracia nos limites do Estado, é importante no processo civilizatório e não deve ser desprezada jamais. No Brasil, a concentração das tomadas de decisões nas mãos do titular do executivo tem sido a marca histórica.

No campo da saúde, a marca institucional iniciada com o SUS, em especial no processo de municipalização, tem na origem sanitária a marca da democratização dos sistemas de decisão.

Utilizamos o termo sistemas de decisão ou sistemas decisórios, pois compreendemos que a tomada de decisão ocorre em muitas direções e concomitantemente, é multidimensional e variada de elementos que, às vezes, se potencializam às vezes se neutralizam em um arranjo que pode relacionar cada elemento considerado a um outro ou a todos os outros ou, ainda, a nenhum dos outros. Cada elemento constituinte da cadeia pré-decisória receberá um peso de

importância segundo a visão de mundo do tomador de decisões, segundo seus valores-crença, seu programa de governo, seus métodos de governar, sua governabilidade e seus propósitos. Os encontros desses múltiplos vetores histórico-políticos resultarão na decisão.

Ao usar a terminologia vetor, posso conduzir ao falso pensamento que utilizo comparações da física newtoniana e assim os vetores seriam do tipo ação e reação, não é esse o modelo mental que produzimos. Vejo a tomada de decisão como o choque de duas esferas suspensas no ar: a esfera do tomador de decisões é composta de cortes equatoriais onde cada um desse cortes encerra os seus componentes como valores-crença, propósitos de governo, programa de governo, sensibilidade a pressões, enfim, a matriz político-social; por sua vez, a esfera dos elementos que serão ponderados para a tomada de decisão também é composta de cortes equatoriais, como no caso do estudo, onde são apontados, pelo menos, cinco elementos dessa esfera, como a mobilização dos profissionais, uma pesquisa científica que apontava uma demanda reprimida, uma mudança de paradigma em curso no conceito saúde bucal, uma política nacional com financiamento definido, um diagnóstico conjuntural e a descentralização do próprio processo decisório.

O resultado do imbricamento de alguns cortes equatoriais de uma esfera com alguns cortes da outra esfera produziram uma nova esfera que é a tomada de decisão pronta a interferir na realidade concreta, guardando ainda a possibilidade de esbarrar em outras esferas e, na linha do tempo, ir ajustando as decisões tomadas.

Os assuntos tratados até então no estudo, em dada medida, conformaram o desenho de um modelo de saúde bucal em Fortaleza, fruto de um desenvolvimento histórico que ocorre na região.

O atraso das mudanças nas ações de saúde do final do século XIX é substituído por adequações urbanas relativamente rápidas com o advento do início do século XX. A profissão odontológica e sua corporação tem ação vanguardista em relação às associações e desenvolvimento de núcleos de estudo originários precursores do que viriam a ser os cursos superiores.

Ciente de que o momento vivido é fruto de uma construção histórica buscamos remontar no tempo a política municipal de saúde bucal da cidade de Fortaleza para contextualizar o modelo vigente entre 2005 e 2008. Foi tarefa das mais árduas, mas, intelectualmente, das mais férteis.

Consideramos que são seis as grandes marcas que conformaram ao longo do tempo, o que poderíamos anunciar como uma política municipal de saúde bucal: 1) A fundação, no ano de 1916, da Faculdade de Farmácia e Odontologia do Ceará; 2) O Serviço de Saúde do Escolar, criado em 1936, com a participação da odontologia; 3) Criação de um Departamento Médico-dentário na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza em 1964; 4) Criação do Centro de Treinamento Odontológico no ano de 1966; 5) Inclusão de serviços odontológicos, com especial atenção para os traumas, no Instituto Dr. José Frota, em meados de 1985; e 6) Inclusão das equipes de saúde bucal no PSF de Fortaleza, em 2005.

As marcas da saúde bucal em Fortaleza, de forma quase precisa, ocorrem a cada 20 anos, exceto no período da inclusão na secretaria municipal e da criação do CTO que poderíamos considerar como derivado um do outro. É relativamente claro que os períodos relacionam-se aos períodos históricos da cidade, aqui entendida história como aquela realizada por homens e mulheres. Assim, sugere que as novas manifestações humanas tinham eco nas ações de saúde bucal, inclusive na conformação de novos atores sociais.

O modelo tem forte orientação teórica no que se consagrou chamar de saúde bucal coletiva. Isso resta muito evidente nos momentos de sua implantação e no decorrer da implementação. O enraizamento popular perde força ao longo do tempo, assim, a meu juízo, ocorreu mais um processo de busca de legitimação no momento da mudança. Não se configurou como um processo democrático de desmonopolização do conhecimento orgânico ao novo modelo. A desmobilização dos fóruns populares e a diminuição, quantitativa e qualitativa, da participação dos trabalhadores do setor nos processos decisórios são provas disso. Julgo ser deficiência na gestão da saúde bucal. A defesa popular de um novo modelo é que

trará maior estabilidade com relativa autonomia dos governos ou, no limite, como inibidor de ações predatórias.

Enfim, são essas as janelas as quais fiz menção no começo dessa seção, foram abertas como busca de superação do conhecimento ou para manter o sentido figurado, para que eu pudesse descortinar outros horizontes.

Descobrir novos caminhos é entender o que nos diziam Marx e Engels no *Manifesto* de 1848. Afinal, “Todas as relações sociais fixas e enferrujadas, com seu cotejo de noções e idéias antigas e veneráveis, se dissolvem; aquelas que as substituem envelhecem antes mesmo de se consolidarem. Tudo o que possuía solidez e estabilidade se volatiliza, tudo o que era sagrado é profanado, e os homens são finalmente obrigados a encarar com olhar mais lúcido suas condições e suas relações recíprocas”.

Esse nos parece ser um texto atual. É a essa enorme janela a que faço menção.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 24, n. 54, p.6-21,2000.

ANDRADE, F.M.O. **O programa de saúde da família no ceará**: uma análise de sua estrutura. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora Ltda, 1998.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. 2004. 380p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - UNICAMP, Campinas.

ANDRADE, L.O.M.. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: HUCITEC, 2006

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I. C.H.C.; BEZERRA, R.C.. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. IN: CAMPOS et alli (ORG). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITE/FIOCRUZ, 2006.

ARAÚJO, T. B.. **Ensaio sobre o desenvolvimento brasileiro**: heranças e urgências. Rio de Janeiro, 2000. Revan: Fase.

BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4):1026-1035, julho, 2005.

BARBOSA, J.P..**História da saúde pública do Ceará**. Fortaleza: Ed. UFC, 1994.

BOBBIO, N.. **As ideologias e o poder em crise**. Brasília :Editora UNB, 1999

BORON, A.A.. **Estado, capitalismo e democracia na América latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

BRASIL,Ministério da Saúde. **Saúde da família** :Uma estratégia para representação do modelo assistencial. Brasília, DF;1998.

_____, **Constituição da República Federativa do Brasil**.Brasília,DF: Senado,1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA nº 1444/GM de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília,DF, 29 dez. 2000.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde da família**: Uma estratégia para a organização da atenção básica. Brasília 2001

_____, Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**, Brasília,DF; 2004.

BRITO, L. A. **A Evolução do Financiamento da Saúde Bucal no Âmbito do SUS**. 2005.51p. Monografia (Especialização em Odontologia no Programa Saúde da Família) - Associação Brasileira de Odontologia – Secção Ceará, Fortaleza.

CALADO, G.S. **A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família:** principais avanços e desafios. 2002. 203p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

CAMPOS, RO. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2000;16(3):723-31

CAMPOS, G.W.S. e Cols. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro : Editora Hucitec/Editora Fiocruz, 2006. p. 201-230.

CAMPOS. G.W.S.. **SUS depois de vinte anos:** reflexões sobre o direito à atenção à saúde, 2008. Disponível em: [http:// www.idisa.org.br](http://www.idisa.org.br)

CAPISTRANO FILHO, D.. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: editora Hucitec, 1995.

CASARIN, L. C. O financiamento do setor saúde. In: PEREIRA, A.C. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**, Nova Odessa: Napoleão, 2009

CHAGAS, H. Relações executivo-legislativo. In: B. Lamounier & R. Figueiredo (org). **A era FHC: um balanço**. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002. pp. 305-350

COHN, A.; WESTPHAL, M. F. e ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. **Revista de saúde pública**. São Paulo, 2005;39(1):114-21.

COMPARATO, F. K..A garantia institucional contra o abuso do poder.In : BENEVIDES, V. M.; VANUNUCHI. P. e KERCHE. F. (Org.) **Reforma política e cidadania**.São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – CNSB,1,1986. Brasília. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade de Brasília,1986.

CORDON, J. A. A **Inserção da Odontologia no SUS** – Avanços e Dificuldade. 1998. p Tese (Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília,Brasília.

COSTA, A.M. & LIONÇO,T.. **Democracia e gestão participativa**: uma estratégia para a equidade em saúde? Saúde e sociedade, vol15, número 2, maio-agosto, 2006.

COUTINHO, C. N. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia, IN: TEIXEIRA, Sonia F. (ORG). **Reforma Sanitária, em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1995.

DIAS, A. A. ; SAMPAIO, J.J.C. e MARTINS FILHO, M.T.. **Políticas de Saúde Bucal no Ceará** – História, perspectivas e aplicações. Fortaleza:EDUECE,2003.

DOMINGUEZ, B.N.R. **Programa de saúde da família**: Como fazer. Minas Gerais: Copyright, 1999.

EAGLETON, T. **Ideologia**. São Paulo: Editorial Boitempo – Editora Unesp, 1997.

FARIAS, A. **A história do Ceará dos índio à geração Cambeba**. Fortaleza: Tropical,1997.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Políticas de Saúde Bucal para uma Fortaleza Bela. Documento preliminar para discussão nos Fóruns Regionais de Políticas de Saúde Bucal.** Fortaleza, 2005a.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde .**Políticas de Saúde Bucal para uma Fortaleza Bela. Fóruns Populares de Saúde Bucal.** Fortaleza,2005b.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde.**Relatório de gestão do ano de 2005 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2006.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde.**Relatório de gestão do ano de 2005 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2007.

FRAZÃO, P. & NARVAI, P.C..Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 64-71, jan./abr. 2009

GEVAERD, S. e GUGUICH, E. Primórdios da Odontologia no serviço público municipal de Curitiba. IN : SILVEIRA FILHO et Alli (ORG.). **Os Dizeres da Boca em Curitiba-** boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Curitiba :Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/CABES, 2002.

GIRÃO, R. **Evolução histórica cearense.** Fortaleza:BNB/Etene,1985

GOULART, F. A. A. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?** 2002. 240p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. 6 ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2002.

HORKHEIMER, M. & ADORNO, T. Conceito de iluminismo. In: **Coleção Os Pensadores**. São Paulo: Nova Cultural, 1989.

LEVY, S. **Um Resgate Financeiro para a Saúde**, 2008. Disponível em: <http://www.idisa.org.br>

LUKÁCS, G. **História e consciência de classe**. São Paulo, Martins Fontes, 2001.

MANFREDINNI, M. A. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. IN: DIAS, A.A. **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia do Trabalho e Práticas**. São Paulo, Ed. Santos; 2006

MATOS, P.E.S. & TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1538-1544, nov-dez, 2004

MARTINS-FILHO, M. T. **Políticas públicas de saúde bucal no Ceará: 1964 a 1998**. Fortaleza; 2001. 106p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará.

MENDES, E. V. A. **A Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO. T.B. e Cols. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho**. São Paulo, Hucitec. Chapecó, Sc, Prefeitura Municipal, 2004.p.21-45.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. São Paulo, editorial Boitempo. Campinas – SP, Editora Unicamp. 2002.

MÉSZÁROS, I. **O século XXI, socialismo ou barbárie?**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

MINAYO, M.C. S. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: IN: CAMPOS et alli (ORG). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITE/FIOCRUZ, 2006.

MOYSÉS, SJ. Algumas considerações sobre o (mito) método do planejamento. In: Kriger, L. (org). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Aboprev-Artes Médicas; 1997.

MOTA, M. V. **Evolução organizacional da secretaria de saúde do município de Fortaleza.** Dissertação do mestrado acadêmico em saúde pública. Universidade Federal do Ceará, 1997. Fortaleza, Ceará.

NARVAI, P.C. **Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF?** Jornal do Site, 2001.

NARVAI, P.C.. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11,n.1,p.18-21,2006

NARVA, P.C. e FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil : muito além do céu da boca.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008

NARVAI, P.C. A doença do financiamento da saúde. **Folha de S. Paulo.** São Paulo 2 de novembro de 2009, opinião A3 tendências/debates

NITERÓI, Fundação Municipal de Saúde. **Implantação do médico da família em Niterói.** Niterói, 1995.

ORDONEZ, C.O. **O Plano médico de família.** *Saúde Para Todos*, v3, n6, p 24-32, 1995.

PAIM, J. S. **Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política.** Rio de Janeiro: Abrasco 1986.

PAULON, S. M. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005.

PINTO, A. A. **O processo de implantação das equipes de saúde bucal na atenção primária: O caso do PSF de Maranguape, Ceará.** Fortaleza; 2006. 101p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará.

PIRES, M.R.G.M.; DEMO, P. Políticas de saúde e crise do estado de bem-estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, vol. 15, número 2, maio-agosto, 2006.

POLI, M.C. O sujeito na ciência: questões à bioética. **Psicologia & Sociedade;** 18 (3): 7-15; set/dez. 2006

RONCALLI, A.G. & SOUZA, T.M.S. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007.

SAMPAIO, J. J. C.; BORSOI, I. C. F.; RUIZ, E. M. **Saúde mental e trabalho em petroleiros de plataforma: penosidade, rebeldia e conformismo em petroleiros de produção (on shore/offshore) no Ceará.** Fortaleza: FLACSO/EDUECE, 1998.

SANTOS, N.R. **Encruzilhada nos rumos do SUS:** considerações. 2008, 2ª versão. Disponível em: [http:// www.idisa.org.br](http://www.idisa.org.br)

SANTOS, N. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009

SANTOS, R.C. **Saúde todo dia:** uma construção coletiva. São Paulo, Hucitec, 2006.

SILVA, F. S. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeito, atores e política. São Paulo- SP. Ed. HUCITEC, 2001

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan./abr. 2009

TARNAS, R. **A epopéia do pensamento ocidental**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1999.

(WHO) World Health Organization. **Marking medical practice and education more relevant to peoples needs**; the contribution of the family doctor .In: WHO WONCA Conference, 1994, Ontário, 98 p.

(WHO) World Health Organization. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: WHO, 2003.

VASCONCELOS, C. P. e PASCHE. D.F. O Sistema Único de Saúde. IN : CAMPOS et alli (ORG). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITE/FIOCRUZ, 2006.

VIANA, A. L. D. **Abordagens metodológicas em políticas públicas**. Revista de Administração Pública, 30 (2): 5-43. 1996

ZIONI, F. & MENEZES, R.F. **SUS sob novo ataque**. 2009. Disponível em: <http://www.idisa.org.br>

ANEXOS

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA: COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL

Nome

Há quanto tempo está no cargo?

1. Como está inserida a coordenação de saúde bucal na SM (organograma)?
2. Qual a estrutura da Saúde Bucal da SM: recursos humanos e físicos?
3. Como se deu a tomada de decisão para implantar as ESB no PSF ?
4. Como se deu o processo de reorganização da atenção em saúde bucal na SM com as ESB?
5. Qual a atual estratégia de organização da demanda por serviços odontológicos nas ESB?
6. Como se deu a inserção das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) com relação aos recursos humanos, forma de atuação destes recursos e grau de complexidade?
7. Existem grupos priorizados? Como se dá a captação desta clientela?
8. Como se articulam os diferentes níveis de complexidade (hierarquização, referência e contra-referência)?
9. Como se dá o financiamento das ações, aí contadas as equipes, de saúde bucal?

ANEXO 2 -ROTEIRO DE ENTREVISTA: SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome

Há quanto tempo está no cargo/

1. Como se deu a tomada de decisão para a inserção da saúde bucal no PSF?
2. Descrever a atuação dos atores relevantes (governamentais e não governamentais; individuais e institucionais) destacando os processos de formulação e implementação do programa.
3. Descrever e analisar alguns dos contextos pertinentes ao processo de formulação e implementação do programa (políticos, culturais, organizacionais, normativos) em seus diversos âmbitos de ocorrência (local, estadual, nacional).
4. Analisar os critérios e grau de participação no financiamento dos níveis federal, estadual e municipal.

ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA: COORDENADOR ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL

Nome

Há quanto tempo está no cargo?

1. Como está inserida a coordenação de saúde bucal na SECRETARIA ESTADUAL (organograma)?
2. Qual a estrutura da Saúde Bucal da SECRETARIA: recursos humanos e físicos?
3. Como se deu a tomada de decisão para implantar as ESB no PSF?
4. Como se deu o processo de reorganização da atenção em saúde bucal com as ESB?
5. Qual a atual estratégia de organização da demanda por serviços odontológicos nas ESB?
6. Como se deu a inserção das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) com relação aos recursos humanos, forma de atuação destes recursos e grau de complexidade?
7. Existem grupos priorizados? Como se dá a captação desta clientela?
8. Como se articulam os diferentes níveis de complexidade (hierarquização, referência e contra-referência)?
9. Como se dá o financiamento das ações, aí contadas as equipes, de saúde bucal de forma geral e com destaque para Fortaleza?

ANEXO 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA: SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE

Nome

Há quanto tempo está no cargo/

1. Como avalia a inserção da saúde bucal no PSF, em especial em Fortaleza?
2. Descrever a atuação dos atores relevantes (governamentais e não governamentais; individuais e institucionais) destacando os processos de formulação e implementação do programa.
3. Descrever e analisar alguns dos contextos pertinentes ao processo de formulação e implementação do programa (políticos, culturais, organizacionais, normativos) em seus diversos âmbitos de ocorrência (local, estadual, nacional).
4. Analisar os critérios e grau de participação no financiamento dos níveis federal, estadual e municipal.

ANEXO 5 - ROTEIRO DE ENTREVISTA: COORDENADOR NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Nome

Há quanto tempo está no cargo?

1. Como está inserida a coordenação de saúde bucal no Ministério da Saúde (organograma)?
2. Qual a estrutura da Saúde Bucal do Ministério: recursos humanos e físicos?
3. Como se deu a tomada de decisão de implantar as ESB no PSF?
4. Como se deu o processo de reorganização da atenção em saúde bucal com as ESB?
5. Qual a atual estratégia de organização da demanda por serviços odontológicos nas ESB?
6. Como se deu a inserção das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) com relação aos recursos humanos, forma de atuação destes recursos e grau de complexidade?
7. Existem grupos priorizados? como se dá a captação desta clientela?
8. Como se articulam os diferentes níveis de complexidade (hierarquização, referência e contra-referência)?
9. Como se dá o financiamento das ações, aí contadas as equipes, de saúde bucal de forma geral e com destaque para Fortaleza?



Moacir Tavares Martins Filho

possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará (1990) e mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2000) . Atualmente é servidor da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e professor assistente da Universidade Federal do Ceará. Tem experiência na área de Saúde Coletiva , com ênfase em Saúde Bucal. Atuando principalmente nos seguintes temas: Políticas de saúde.
(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

Última atualização do currículo em 10/08/2006

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/9456958317072143>

Informações pessoais

Nome	Moacir Tavares Martins Filho
Nome em citações bibliográficas	MARTINS FILHO, Moacir Tavares
Sexo	Masculino
Endereço profissional	Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Clínica Odontológica. Rua Monsenhor Fyrtado s/n Rodolfo Teófilo Fortaleza, CE - Brasil URL da Homepage: http://

Formação acadêmica/Titulação

1998 - 2000	Mestrado em Saúde Pública . Universidade Estadual do Ceará, UECE, Brasil. <i>Título:</i> Políticas públicas de saúde bucal no estado do Ceará de 1964 a 1998, <i>Ano de Obtenção:</i> 2001. <i>Orientador:</i> José Jackson Coelho Sampaio. <i>Palavras-chave:</i> Políticas de saúde. <i>Grande área:</i> Ciências da Saúde / <i>Área:</i> Saúde Coletiva / <i>Subárea:</i> Saúde Bucal / <i>Especialidade:</i> Saúde Bucal Coletiva. <i>Setores de atividade:</i> Políticas, planejamento e gestão em saúde.
1984 - 1990	Graduação em Odontologia . Universidade Federal do Ceará, UFC, Brasil.

Formação complementar

2001 - 2001	Perícia Técnica Civil e Criminal. Conselho Regional de Odontologia, CRO, Brasil.
2001 - 2001	Odontologia Estética. (Carga horária: 8h). Conselho Regional de Odontologia, CRO, Brasil.
2001 - 2001	Odontologia Estética. (Carga horária: 8h). Conselho Regional de Odontologia, CRO, Brasil.
2001 - 2001	Capacitação Para Auditor Clínico. (Carga horária: 8h). Conselho Regional de Odontologia, CRO, Brasil.
2001 - 2001	O Cirurgião Dentista no Psf. (Carga horária: 8h). Associação Brasileira de Odontologia Seção Piauí, ABO-PI, Brasil.
2000 - 2000	Facilitação Aos Conselheiros. Conselho Estadual de Saúde do Ceará, CESAU, Brasil.
2000 - 2000	Atualização Clínica e Controle de Dst. (Carga horária: 8h). Associação Brasileira de Odontologia Seção Paraíba, ABO-PB, Brasil.
1999 - 1999	Facilitação do Controle Administrativo e Financeir. (Carga horária: 20h). Secretaria Estadual de Saúde, SESA, Brasil.
1999 - 1999	A Saúde Bucal no Psf. (Carga horária: 8h). Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, ENATESPO, Brasil.
1998 - 1998	Promoção de Saúde Bucal. (Carga horária: 16h). Associação Brasileira de Ensino da Odontologia, ABENO, Brasil.
1998 - 1998	Estética. (Carga horária: 8h). Associação Brasileira de Ensino da Odontologia, ABENO, Brasil.



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, 69 artigos em periódicos especializados e 27 trabalhos em anais de eventos. Proferiu 44 conferências e palestras em eventos técnico-científicos e participou como apresentador em 84 seminários, simpósios e comunicações. Ministrou 49 cursos e participou de 190 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 121 bancas julgadoras de mérito acadêmico (defesas de mestrado, doutorado, trabalhos de conclusão de curso e concursos públicos). Orientou 16 dissertações de mestrado e 6 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 121 colaboradores em co-autorias de trabalhos científicos cujas temáticas se referem à saúde bucal, saúde bucal coletiva, fluoretação da água, cárie dentária, fluorose dentária, epidemiologia e serviços odontológicos, políticas de saúde e vigilância em saúde. É consultor do Ministério da Saúde (1997-). Coordena o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2006-).
(Texto informado pelo autor)


Última atualização do currículo em 22/07/2010


Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/8531108709147659>



Certificado
pelo autor em
22/07/10


Rede de Colá


Diretório de grupos


SciELO - artigo:
comple

Dados pessoais

Nome Paulo Capel Narvai

Nome em citações bibliográficas NARVAI, P. C.; Narvai, Paulo Capel

Sexo Masculino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
Av. Dr. Arnaldo, 715
Pinheiros
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617782 Fax: (11) 30833501
URL da Homepage: www.usp.br/fsp

Formação acadêmica/Titulação

- 2001** Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Vigilância sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público no município de São Paulo, Brasil no período 1990-1999, *Ano de obtenção:* 2001.
Palavras-chave: Flúor; Vigilância sanitária; Fluoretação da água; Heterocontrole; Vigilância da fluoretação; Saúde bucal coletiva.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde Humana; Captação, Tratamento e Distribuição de Água, Limpeza Urbana, Esgoto e Atividades Conexas.
- 1994 - 1997** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Produção científica na área de odontologia preventiva e social. Brasil, 1986-1993, *Ano de Obtenção:* 1997.
Orientador: Eurivaldo Sampaio de Almeida.
Palavras-chave: Pesquisa Científica; Saúde bucal coletiva; Odontologia preventiva; Odontologia social.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Saúde Bucal Coletiva.
Setores de atividade: Saúde Humana.
- 1990 - 1993** Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Prática odontológica no Brasil: propostas e ações no período 1952-92, *Ano de Obtenção:* 1993.
Orientador: Roberto Augusto Castellanos Fernandez.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
Palavras-chave: Políticas de Saude Bucal; Odontologia preventiva; Odontologia sanitária; Prática Odontológica;