

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

**Fluoretação da água de abastecimento público em  
pequenos municípios: condicionantes da implementação  
em uma região do estado de São Paulo, Brasil**

**Anderson Gomes Mota**

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

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão.

**São Paulo**

**2018**

**Fluoretação da água de abastecimento público em  
pequenos municípios: condicionantes da implementação  
em uma região do estado de São Paulo, Brasil**

**Anderson Gomes Mota**

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

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão.

**Versão Revisada**

**São Paulo**

**2018**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

## DEDICATÓRIA

*Para meus pais, Seo João e Dona Tica, sem os quais minha existência não faria sentido.*

*Para meu irmão Rogério, minha referência.*

*Para meu filho Pedro que me fez (re) acreditar em Deus.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Professor Doutor Paulo Frazão, ao qual devo grande parte de minha vida acadêmica e que, apesar de todas as minhas imperfeições, sempre me apoiou. Obrigado pelos ensinamentos e pelas conversas maravilhosas sobre futebol.

A todos os entrevistados e demais pessoas que me auxiliaram na exploração do campo de pesquisa, entre elas, Dra. Nidia e enfermeira Rosidelma.

Aos docentes e demais funcionários da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo por me possibilitarem compartilhar momentos tão gratificantes de aprendizado.

Aos amigos do Cocol.

Às instituições em que trabalho (Prefeitura de Ribeirão Pires, Escola Técnica de Saúde Pública Professor Makiguti, Universidade Metodista de São Paulo e Universidade Santa Cecília de Santos), as quais permitiram que me dividisse entre trabalho e estudos.

Para Anna Clara, por me emprestar seus conhecimentos relativos à língua inglesa.

Para Jô, pelas transcrições.

*“Estou hoje perplexo como quem pensou e achou e esqueceu”.*

*Tabacaria  
Fernando Pessoa*

MOTA, A. G. Fluoretação da água de abastecimento público em pequenos municípios: condicionantes da implementação em uma região do estado de São Paulo, Brasil. [tese de doutorado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2018.

## RESUMO

**Introdução:** No ano de 2013, o Conselho Regional de Odontologia de São Paulo examinou os teores de fluoreto na água de abastecimento público de 105 municípios do estado de São Paulo. Os resultados apontaram que 25,7% dos municípios apresentava teores abaixo dos recomendados, sendo que em nove (8,5%), as amostras apresentavam valores próximos de zero, contrastando com o êxito desta política no estado de São Paulo, que à época exibiu uma cobertura de aproximadamente 90% da população. **Objetivos:** (a) identificar como as características político-administrativas do Estado brasileiro, influenciam a implementação de políticas públicas no nível local; (b) situar o ente municipal na trajetória da política de fluoretação da água de abastecimento público no estado de São Paulo, tendo em vista o percurso histórico das políticas de saneamento; (c) compreender como atuam os operadores de linha de frente da política de fluoretação da água de abastecimento público em pequenos municípios de uma região do estado de São Paulo. **Método:** a investigação foi realizada em três etapas. A primeira foi desenvolvida por meio de uma pesquisa bibliográfica, na qual aspectos teóricos relativos à trajetória do Estado federal brasileiro, como a autonomia dos governos municipais e as relações dos entes federativos entre si, foram cotejados com as reflexões provenientes dos estudos do poder local e das políticas públicas no país, recuperando-se elementos essenciais para a compreensão do sistema federalista implantado no Brasil. Na segunda etapa foi analisada a história do saneamento no Brasil a fim de situar a política de fluoretação da água de abastecimento neste contexto, buscando compreender como o modelo adotado para a configuração do saneamento refletiu na implementação da referida política. Na terceira etapa foi realizada uma pesquisa empírica em dois pares de municípios paulistas com menos de 25 mil habitantes, pertencentes à região de São José de Rio Preto, SP, que participaram do estudo mencionado. Cada par continha um município cujos teores de fluoreto se encontravam conforme o recomendado e outro no qual estes teores se situavam abaixo do previsto. Foram realizadas entrevistas em profundidade com 11 profissionais envolvidos com a implementação da política, sendo três cirurgiões-dentistas, um auxiliar de saúde bucal, três técnicos responsáveis pela operação dos sistemas de abastecimento de água,

um agente administrativo que atuava como coordenador de saúde bucal; duas enfermeiras articuladoras da atenção básica e um membro do departamento regional de vigilância sanitária. Os dados coletados foram complementados por meio da interpretação das observações registradas em diário de campo. **Resultados:** A literatura aponta que o desenho político do Estado brasileiro, marcado pela equiparação de poder entre os três entes federados pode dificultar a implementação de políticas que requeiram a atuação cooperativa entre as esferas federal, estadual e municipal. A autonomia legal das subunidades nacionais implica na estruturação de uma série de arranjos de poder que não devem ser desprezados quando se almeja a implantação de certa política pública. No caso da política de saneamento, na qual se insere a fluoretação da água de abastecimento público, observa-se uma trajetória histórica que contribuiu para a instauração de um cenário constituído por grandes companhias estaduais de abastecimento e pela implantação de complexos sistemas municipais em cidades de grande porte. Aos municípios pequenos restou a adoção de sistemas simplificados que perduram até hoje. Junto ao campo de pesquisa foi possível observar que a atuação dos atores envolvidos no processo de implementação tem importante influência sobre o desenho final da política uma vez que, por desfrutarem de certa autonomia em relação às suas ações, a operacionalizam também a partir de suas referências. Além disso, tendo em vista a precariedade das administrações públicas municipais, as características das burocracias locais também devem ser consideradas, tanto os aspectos técnicos e profissionais, quanto os valores, interesses e motivações que permeiam o poder discricionário dos atores. **Considerações finais:** A implementação de políticas públicas no âmbito municipal, em especial daquelas que requerem a co-participação das esferas estadual e federal, como é o caso da política de fluoretação da água, é condicionada entre outros aspectos, pela tradição das práticas políticas observadas no Brasil ao longo de sua história, pelas relações de interdependência entre os entes integrantes da federação, pela forma como se desenvolveu a política de saneamento no país e pela atuação dos atores em nível local.

Palavras chave: Pequenos Municípios. Políticas públicas. Fluoretação da água de abastecimento público.



MOTA, A. G. Public supply water fluoridation in small municipalities: conditioners of implementation in a region of the state of São Paulo, in Brazil [PhD thesis]. São Paulo. School of Public Health, University of São Paulo; 2018.

## ABSTRACT

**Introduction:** In the year of 2013, the São Paulo State Council of Dentistry examined the fluoride level of the public supply water in 105 municipalities in the state of São Paulo. The results pointed out that 25,7% had suboptimal levels and that the samples had levels close to zero in nine (8.5%) of the towns, differentiating them from the policy's success in the rest of the state of São Paulo, in which population coverage reached approximately 90% in that time.

**Objectives:** (a) to identify how the political and administrative characteristics of the Brazilian state influence in the implementation of public policies at local level; (b) to situate the municipal entity in the history of the water fluoridation policy in the state of São Paulo, considering the historical journey of the sanitation's policies; (c) to understand how street-level operators act concerning fluoridation policy in a region of the state of São Paulo.

**Methods:** the research had three stages. The first one was developed through a bibliographic research, which summarized the theoretical aspects of the Brazilian federative state's trajectory. The municipal governments' autonomies and the relations between the federative entities were compared with the reflections from the studies about the local power and the public policies in the country, recovering essential elements for the understanding of the federalist system implemented in Brazil. In the second stage, the history of Brazilian sanitation system was analyzed with the objective of situating the fluoridation policy of water public supply in this context, also with the aim of understanding how the adopted model in the sanitation system influenced the policy implementation. During the third stage, an empirical research was undertaken in two pairs of towns selected from the mentioned study. They had less than 25 thousand inhabitants and belonged to the region of São José do Rio Preto. Each pair had a town in which the fluoride level was considered optimal and another in which the level was considered low. In-depth interviews were undertaken with 11 professionals involved with the policy implementation, three dental surgeons, one dental assistant, three technicians responsible for the operation of the water supply system, one administrative agent who conducted the oral health policy, two primary healthcare policy facilitators nurses and one member of the regional department of the Sanitary Surveillance participated. The data collected were complemented through interpretation provided by

observations registered in the field diary. **Results:** The literature points out that the political framework of the Brazilian state, characterized by the power levelling among the three federative entities, can hamper the implementation of policies that require the cooperative action among the federal, state and municipal levels. The legal autonomy of the national subunits imply building of several power arrangements that should not be neglected when the implementation of a certain public policy is aimed. In the case of sanitation policy, in which the fluoridation policy of water public supply is encompassed, it was observed the institution of a legal mark that have privileged the implantation of big state sanitation utilities and also complex municipal systems in larger cities. Smaller towns were left to the adoption of simplified systems that remain until today. Together with the research field, we verified that the action of the workers involved in the process of policy implementation has important influence on the final shape of the policy. As they have a certain autonomy regarding their actions, they operationalize it also based on their own references and discretionary power. In addition, considering the fragility of municipal public administration, the characteristics of local bureaucracies should also be considered, including the technical and professional aspects, values, interests and motivations that intersect the discretionary power of the policy actors. **Final considerations:** The implementation of public policies at the municipal level, especially those that require the co-participation of the state and federal spheres, such as the water fluoridation policy, is conditioned, among other aspects, by the tradition of political practices observed in Brazil throughout its history, the relations of interdependence between the entities that are part of the federation, the way in which the sanitation policy was developed in the country and the actions of the actors at the local level.

Keywords: Small Municipalities. Public policy. Fluoridation of public water supply.

## SUMÁRIO

<b>PARTE I – CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA .....</b>	<b>12</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1 O PONTO DE PARTIDA .....	13
1.2 FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO COMO MEDIDA DE SAÚDE PÚBLICA .....	14
1.3 PROJETO PROMOÇÃO E QUALIDADE DE VIDA .....	17
1.4 A IMPORTÂNCIA DA ETAPA DE IMPLEMENTAÇÃO .....	19
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>23</b>
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>24</b>
3.1 DIÁLOGO COM A LITERATURA .....	24
3.2 DIÁLOGO COM A HISTÓRIA .....	25
3.3 DIÁLOGO COM A REALIDADE .....	26
3.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	28
3.5 NORMAS GERAIS .....	28
<b>PARTE II – PRODUTOS DA PESQUISA .....</b>	<b>29</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>30</b>
4.1 ARTIGO 1 .....	31
4.2 ARTIGO 2 .....	58
4.3 ARTIGO 3 .....	82
<b>PARTE III – CONCLUSÕES .....</b>	<b>98</b>
<b>5. INSTIGANDO NOVAS REFLEXÕES .....</b>	<b>99</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>109</b>
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	110
ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	112
ANEXO 3 - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1 .....	113
<b>CURRÍCULO LATTES .....</b>	<b>114</b>

**PARTE I – CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O PONTO DE PARTIDA

Entre os meses de janeiro e maio de 2013 o Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP) examinou os teores de fluoreto na água de 105 municípios paulistas com menos de 30 mil habitantes. Os resultados apontaram que estes teores se encontravam, em parte das localidades estudadas, em desacordo com o parâmetro estabelecido na legislação (entre 0,6 e 0,8 ppm). Dentre as 105 cidades participantes, 27 apresentavam teores inferiores aos níveis recomendados, sendo que em 9, os níveis de fluoreto se mostravam próximos de zero, indicando uma condição de “não implementação” da política de fluoretação (CROSP, 2013).

Cabe salientar que os municípios integrantes da referida investigação haviam participado do projeto *Promoção e Qualidade de Vida – Fluoretação das Águas de Abastecimento Público*, realizado pelo governo do Estado de São Paulo entre 2004 e 2007, em que 117 cidades de menos de 30 mil habitantes receberam recursos e apoio técnico para ajustarem a fluoretação de seus sistemas de saneamento (RAMOS & VALENTIM, 2012).

Observa-se que mesmo diante do conjunto de esforços realizados pelas autoridades para assegurar a implementação da política de fluoretação da água nestes municípios, parte ainda não havia conseguido organizar seus sistemas.

Os dados revelados suscitaram indagações a respeito dos aspectos associados às dificuldades para a implementação da política de fluoretação da água em municípios pequenos e dos contextos políticos que colaboraram para forjar tal conjuntura. Deste modo, caberia compreender por que as localidades pesquisadas, mesmo diante de condições estruturais semelhantes, apresentavam diferenças quanto aos resultados do processo de implementação.

Neste sentido, a análise dos condicionantes atrelados à origem de tal cenário, a fim de que se pudesse conhecer os fatores facilitadores e de constrangimento do processo de implementação da política sob exame, pareceu um possível caminho para o esclarecimento de tal indagação.

Por conseguinte, optou-se pela utilização de mecanismos de análise que permitissem aprofundar a compreensão da lógica que rege o cotidiano de pequenos municípios, adotando como foco o processo de implementação da política de fluoretação da água.

Descreve-se a seguir aspectos sobre o papel da política de fluoretação da água de abastecimento público na preservação da saúde bucal (sobretudo no referente às populações socioeconomicamente menos favorecidas), e sobre a importância da análise da etapa de implementação para a compreensão dos fatores que interferem nos resultados das políticas públicas.

## **1.2 FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO COMO MEDIDA DE SAÚDE PÚBLICA**

A adição de fluoretos à água de abastecimento público como medida de proteção contra a cárie dentária vem sendo investigada há mais de um século. Tal estratégia surge com base nas observações de McKay que, em 1911 no estado do Colorado nos Estados Unidos da América, verifica a presença de manchas no esmalte de crianças residentes na região. O fato de tais crianças apresentarem baixa prevalência de cárie e destas manchas não se encontrarem em crianças de cidades vizinhas, fez com que outros especialistas se interessem em esclarecer sua origem (BRASIL, 2009).

Todavia, tais observações apenas foram possíveis pelo motivo de estudos anteriores já terem, em ocasiões diversas, descrito este tipo de alteração em esmalte. Podem ser citados como exemplos os “dentes mosqueados” relatado por Kunhs em 1888, em referência às alterações de esmalte verificadas em moradores da cidade de Durango no México e o “Denti di Chiaie” descrito por Eager em 1902, a partir de alterações verificadas na dentição de habitantes de Nápoles, na Itália (NARVAI, 2001; KOZLOWSK & PEREIRA, 2003).

O aprofundamento das investigações a cerca destes achados leva McKay e Black, em 1916, a levantarem a hipótese destas alterações estarem associadas à presença de alguma substância existente na água. Posteriormente, em 1931, Churchill, analisando quimicamente a água de Bauxita (uma das cidades americanas na qual o esmalte manchado encontrava-se presente) estabelece, com base nos altos teores de flúor constatados, uma relação entre as alterações encontradas no esmalte e a presença deste elemento na água, desencadeando novos estudos em localidades diversas (KOZLOWSK & PEREIRA, 2003).

Entre as pesquisas realizadas sobre o tema destaca-se o “Estudo das 21 cidades” desenvolvido por Dean, em 1942, cuja principal contribuição foi demonstrar as correlações entre teores de flúor na água, valores baixos de prevalência de cárie e aumento da frequência de fluorose dentária. A partir dos resultados obtidos concluiu-se que o valor de 1ppm (aceitando-se pequenas oscilações de acordo com as variações de temperatura) era suficiente

para promover uma diminuição satisfatória dos níveis de cárie sem propiciar o aparecimento de fluorose dentária (KOZLOWSK & PEREIRA, 2003).

O conjunto de informações proveniente destas investigações serviu como balizador para a deflagração dos primeiros estudos voltados para o ajuste da concentração de fluoreto na água de abastecimento como uma medida de saúde pública.

A suposição de que a cárie dentária poderia ser prevenida por meio da fluoretação da água foi inicialmente investigada em um estudo prospectivo iniciado em 1945, em que foram acompanhadas populações de dois pares de cidades nos Estados Unidos e de um par no Canadá. Após quinze anos do início da fluoretação artificial, estudos epidemiológicos constataram uma diminuição mais acentuada da prevalência de cárie nas cidades nas quais a fluoretação havia sido implementada, em comparação com as cidades que não dispunham de tal benefício (KOZLOWSK & PEREIRA, 2003).

A partir deste trabalho pioneiro, o uso de fluoretos em odontologia tem sido exaustivamente estudado, sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que, tendo em vista o conhecimento disponível sobre o tema, estes podem ser utilizados em saúde pública com toda segurança (NARVAI, 2001).

Atualmente o uso de fluoretos para a prevenção da cárie dentária se constitui em uma medida recomendada por mais de 150 instituições relacionadas ao campo das ciências e da saúde, tais como a Federação Dentária Internacional (FDI) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 2009).

Nos Estados Unidos, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), classifica a fluoretação da água de abastecimento como uma das dez maiores conquistas alcançadas no campo da saúde pública no século XX, por se tratar de uma medida de grande abrangência, atingir múltiplos grupos socioeconômicos, apresentar ótima relação custo-benefício e possuir grande poder de prevenção em relação à cárie dentária (CDC, 1999).

No Brasil a trajetória da fluoretação da água tem início em 1953 na cidade de Baixo Guandu, no estado do Espírito Santo, por iniciativa da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP). Tal medida ocasionou uma redução da prevalência de cárie dentária em crianças de seis a doze de idade anos da ordem de 65,4% em um período de quatorze anos de implementação (BUENDIA, 1983; BRASIL, 2009).

A partir da publicação da Lei Federal 6.050 de 1974, a fluoretação da água de abastecimento público tornou-se obrigatória no Brasil para os locais que dispunham de Estações de Tratamento de Água. Desde então tal medida vem se expandindo, chegando a

atingir em 2015 (segundo o Ministério da Saúde) mais de 100 milhões de pessoas em todo o país (BUENDIA, 1983; FRAZÃO et al. 2013).

Mais recentemente, a medida de fluoretação da água encontrou apoio nas deliberações das Conferências de Saúde Bucal e nas ações do Ministério da Saúde e principais entidades representativas da classe odontológica (FRAZÃO, PEREZ & CURY, 2011), passando, em 2004, a figurar como um dos principais objetivos da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)

Entende-se que o acesso à água tratada e fluoretada é fundamental para as condições de saúde da população. Assim, viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação da água nos municípios com sistemas de tratamento é a forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor. Neste sentido, desenvolver ações intersetoriais para ampliar a fluoretação da água no Brasil é uma prioridade governamental, garantindo-se continuidade e teores adequados nos termos da lei 6.050 e normas complementares, com a criação e/ou desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis (BRASIL, 2004a).

Em relação aos resultados alcançados por intermédio da expansão desta medida, Narvai et al. (2014), analisando dados relativos às 26 capitais brasileiras, constataram um declínio médio da prevalência de cárie dentária naquelas com água fluoretada, de cerca de 8,6%, enquanto que nas capitais onde esta medida não se encontrava implementada foi observado um aumento médio da prevalência de cárie da ordem de 12,8%, considerando os valores obtidos entre 2003 e 2010.

Dados do Projeto SB - Brasil 2003 revelaram que crianças de cinco anos de idade residentes em municípios com água fluoretada possuíam uma média de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados igual a 2,52, enquanto que em crianças da mesma idade moradoras em municípios que não contavam com água fluoretada, esta média era igual a 3,57. O mesmo estudo apontou que crianças de doze anos residentes em localidades que dispunham de água fluoretada apresentavam uma média de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados de 2,27 contra uma média igual a 3,38 em crianças que não se beneficiavam desta medida (BRASIL, 2004b).

Os números apresentados demonstram a relevância da fluoretação da água de abastecimento público como medida para a prevenção da cárie dentária. No Brasil onde uma parte considerável da população não possui acesso a outras formas de prevenção, a



universalização desta estratégia parece essencial para que possam ser alcançadas melhores condições de saúde bucal para todos.

Estudos sistematizados pelo Ministério da Saúde apontam que a adoção desta medida beneficia, sobretudo, os que mais precisam dela, uma vez que seu impacto preventivo será maior quanto maior for a desigualdade social presente. Em contrapartida, no Brasil, constata-se que a oferta de água fluoretada é maior nos municípios com melhores indicadores sociais (BRASIL, 2009).

Frente a este cenário, Narvai (2000) afirma que não fluoretar a água ou interromper a continuidade deste benefício se constitui em uma ação juridicamente ilegal, cientificamente injustificável e socialmente injusta.

### **1.3 PROJETO PROMOÇÃO E QUALIDADE DE VIDA**

O Projeto *Promoção e Qualidade de Vida – Fluoretação das Águas de Abastecimento Público*, desenvolvido pelo governo do Estado de São Paulo no âmbito do Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Proágua)<sup>1</sup>, destinou a 117 municípios de pequeno porte (menos de 30 mil habitantes) 2,3 milhões de reais entre 2004 e 2007. Este investimento direcionava-se à aquisição de bombas dosadoras de flúor, equipamentos para a determinação de íon fluoreto e insumos para a fluoretação.

A medida tinha por finalidade apoiar tecnicamente os municípios de pequeno porte, os quais historicamente apresentavam instabilidades na manutenção dos teores de fluoretos em suas águas de abastecimento (RAMOS & VALENTIM, 2012).

Para se ter uma ideia das dificuldades observadas, nestas 117 cidades pesquisadas apenas 9,2% das amostras apresentavam teores de fluoretos conforme o preconizado (entre 0,6 e 0,8 ppm) ante um padrão de referência correspondente a 80%. O objetivo então era o de aproximar estes municípios do nível atingido pelo conjunto de cidades do estado (RAMOS & VALENTIM, 2012).

Concluída a primeira etapa do projeto constatou-se que o percentual de amostras adequadas entre os municípios participantes progrediu de 9,2% em 2003 para 42% em 2007. Tal avanço, embora significativo, ainda situava estas cidades a uma distância considerável dos

---

<sup>1</sup> Implantado em 1992, sob a coordenação do Centro de Vigilância Sanitária, com o papel de assegurar a potabilidade da água da população paulista, no intuito de prevenir doenças de veiculação hídrica e garantir qualidade de vida.

demais municípios do estado, o que desencadeou uma segunda fase do projeto com vistas a atingir o patamar de 80% de amostras com teores dentro dos padrões estabelecidos.

Nesta segunda fase partiu-se do princípio de que apenas a destinação de recursos financeiros para a aquisição de equipamentos não era o suficiente, sendo necessário, para tanto, propiciar às localidades participantes melhorias estruturais e supervisão técnica (RAMOS & VALENTIM, 2012).

Por conseguinte, a segunda etapa contemplou uma série de medidas que visaram oferecer, além de recursos físicos, capacitação e apoio técnico aos 117 municípios envolvidos no projeto. Entre as medidas adotadas podemos destacar:

a) o estabelecimento de parceria com a Companhia Estadual de Saneamento do Estado de São Paulo (Sabesp) buscando a obtenção de maior capacidade técnica, no sentido de qualificar o apoio às instâncias municipais;

b) a mobilização e sensibilização de técnicos e gestores de instâncias regionais e municipais, através de reuniões envolvendo, quando possível, secretários de saúde e prefeitos;

c) a formalização de um compromisso entre Governo do Estado e municípios contemplados pelo projeto, no qual se previam contrapartidas mínimas das prefeituras, tais como a manutenção de um técnico devidamente habilitado na operação do sistema, o controle sistemático da qualidade da água por meio de análises laboratoriais, a garantia de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e a aquisição de insumos necessários à operação destes equipamentos conforme as orientações do fabricante;

d) a elaboração de um diagnóstico da situação dos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) em relação à fluoretação, examinando de forma mais minuciosa o histórico de adequação destes sistemas aos padrões de potabilidade;

e) o repasse de recursos para subsidiar a compra correta de equipamentos definidos através do diagnóstico;

f) a capacitação de operadores dos SAA e profissionais de vigilância presentes nos municípios.

Portanto, observa-se o emprego de um conjunto de esforços por parte das autoridades estaduais no sentido de se garantir, nestes municípios, a implementação da política de fluoretação da água de abastecimento público.

Deste modo, cabe indagar por que, apesar de todas as medidas propostas, alguns municípios apresentam dificuldades para a implementação desta política. Neste sentido, vale discutir a importância da análise da etapa da implementação para a compreensão dos fatores que permeiam tal processo no âmbito local.

## 1.4 A IMPORTÂNCIA DA ETAPA DE IMPLEMENTAÇÃO

Especialistas apontam que toda política pública apresenta quatro características estruturantes: a) representa a materialização do que os governos pretendem fazer; b) envolve vários atores (formais e informais) e níveis de decisão; c) o sucesso de sua implementação não está apenas condicionado ao cumprimento de leis e regras institucionais; d) constitui-se sempre em um ato intencional (SOUZA, 2006).

Quanto a este conjunto de características, pode-se admitir que as diferenças entre as intenções e o conteúdo das ações de um governo, decorrem do fato de que, além de pautadas por normas e regras institucionais, as políticas públicas também se encontram impregnadas pelas ideias e concepções dos diversos atores presentes em sua cadeia de decisões, os quais nem sempre apresentam interesses condizentes com os objetivos que motivaram sua elaboração. Neste sentido, ao se analisar a implantação de certa política, a observação cuidadosa do contexto em que ocorre sua produção, torna-se elemento essencial (SERAFIM & DIAS, 2012; SOUZA, 2006).

Tomando como base o esquema do ciclo da política (*policy cycle*) conforme descrito por Howlett, Ramash & Perl (2013), as políticas públicas podem ser compreendidas a partir de cinco etapas: montagem da agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação. De acordo com este esquema a implementação corresponderia ao momento no qual são geradas ações com a finalidade de transportar para a realidade o conjunto de intenções sistematizadas nas etapas anteriores do ciclo.

Seria nesta etapa que os objetivos estabelecidos no campo teórico se transformariam em serviços ofertados aos cidadãos, por intermédio da operacionalização de um conjunto planejado de ações (FERREIRA & MEDEIROS, 2016).

Diante do exposto pode-se pressupor que os resultados das políticas derivam de uma cadeia de decisões proveniente de atores integrantes de diversas etapas do ciclo. No entanto, não se pode afirmar que tais decisões prevalecerão, uma vez que os atores pertencentes à etapa de implementação irão atuar também com base em suas próprias referências e valores (LIMA & D'ASCENZI, 2017).

Deste modo, esta investigação direcionou suas observações para o momento da implementação, partindo do pressuposto que tal etapa poderia se constituir em um momento de intensa influência dos governos municipais sobre a operacionalização da política sob análise.

Todavia, especialistas salientam que a análise de uma política requer que o pesquisador, ao estudar o processo de implementação, considere que ela somente poderá ser compreendida a partir do processo de conformação da agenda, uma vez que os mecanismos operacionais que consubstanciam a etapa de implementação encontram-se atrelados às concepções técnicas e interesses políticos que permeiam a conformação da agenda (SOUZA, 2006; DAGNINO, 2007).

Por conseguinte, esta pesquisa, embora tenha privilegiado a observação da fase de implementação, também se preocupou em identificar o grau de priorização que a medida sob exame alcançava no conjunto de ações operacionalizadas no âmbito das gestões locais. Tal preocupação foi motivada pela suposição de que, em se tratando de uma política prevista na agenda federal e operacionalizada nas subunidades nacionais, não se conhecia se, do ponto de vista municipal, esta se constituía em uma prioridade.

Ao se propor a análise de determinada política, pode-se explicar seu êxito ou fracasso a partir de duas dimensões: dos aspectos que influenciaram a tomada de decisão e das falhas presentes no processo de implementação. Quanto à segunda dimensão, pode-se admitir que as razões capazes de explicar tais falhas remetem ao momento de construção da agenda, sendo que, por mais que possam estar asseguradas condições para uma implementação perfeita, a falta de interesse político para sua implantação poderá conduzir a resultados distantes dos planejados (DAGNINO, 2007).

Atualmente não se admite o estudo da implementação de políticas públicas partindo-se do princípio que esta etapa se constitui em um processo puramente racional e normativo, desvinculado do contexto político, sendo que não se pode separar os governos do mundo real e nem a administração pública do mundo da política (SOUZA, 2003).

Outro aspecto apontado por Souza (2003) se constitui no fato de que análises sobre a implementação de políticas se basearam, na maior parte, em modelos *top-down*, os quais se encontram demasiadamente centrados nos atores participantes da etapa de elaboração. Desta forma, seria interessante que os pesquisadores passassem a adotar também modelos do tipo *bottom-up*, os quais partem de uma análise baseada, sobretudo, na ação dos implementadores.

O presente estudo buscou caracterizar a ação destes implementadores no contexto dos municípios escolhidos. Para tanto, foram analisadas as principais ideias e instituições que influenciaram o comportamento dos atores no desenvolvimento da etapa de implementação.

Estudos relativos ao campo da análise de políticas destacam a importância da ação dos atores (individualmente ou através das organizações) para os resultados das políticas. Neste sentido, o papel dos atores se constitui em um dos lugares para onde se deve olhar quando

desejamos descobrir por que uma política ocorre de uma forma e não de outra. Porém, não se pode perder de vista que a forma de agir dos atores se encontra submetida às estruturas institucionais que os envolvem, fazendo com que uma quantidade crescente de estudos sobre políticas considerem em suas análises, os aspectos que caracterizam tais estruturas. (HOWLETT, RAMASH & PERL, 2013).

Diferentemente da avaliação, a qual tem sua ênfase nos resultados, a análise do processo de uma política se ocupará de compreender sua construção, recuperando os valores, interesses e motivações dos atores envolvidos (SERAFIM & DIAS, 2012).

Faria (2003), a partir da concepção de ideia como símbolo que expressa definições de mundo, aponta que as análises de políticas realizadas no Brasil, durante muito tempo, ignoraram o papel fundamental das ideias e valores para a compreensão de determinadas etapas do ciclo da política, como é o caso da elaboração da agenda. Por conseguinte, no decorrer desta pesquisa se procurou considerar os símbolos e concepções inerentes à etapa da implementação no contexto dos municípios investigados.

Tendo em vista as ideias se encontrarem, em grande parte, sob influência das instituições, os pesquisadores devem considerar que as organizações políticas, econômicas e sociais, representadas pelos governos, empresas e igrejas interferem no comportamento dos atores. Neste sentido, deve-se procurar compreender de que maneira as instituições, expressas por regras, normas e símbolos, afetam as decisões dos governos em determinadas localidades (HOWLETT, RAMASH & PERL, 2013).

Há diversas formas de se olhar para a etapa de implementação. Contudo, os aspectos mais enfatizados pelos especialistas se constituem nas características contextuais em que se dá sua implementação e na cadeia de interações dos diversos atores envolvidos, considerando tanto os valores predominantes, quanto os interesses institucionais. Isto por não se poder deixar de pressupor que as ações dos atores (sejam de incentivo ou obstrução) também se desenvolverão de acordo com o lugar que esta política ostenta no rol de prioridades dos governos locais (SOUZA, 2006; LOTTA, 2010).

Deste modo a análise do processo de implementação de políticas públicas não deve se limitar à análise da etapa de planejamento ou apenas à investigação da atuação de gerentes e legisladores. Ao contrário, deve-se considerar a participação de burocratas de nível de rua que exercem suas atividades junto aos cidadãos, tal qual professores, policiais e profissionais de saúde, uma vez que estes detêm grande poder de decisão sobre a dispensa de benefícios e sobre a aplicação de sanções públicas (LIPSKY, 1980).

Isto pelo fato da discricionariiedade dos burocratas de nível de rua apresentar-se como um fator capaz de alterar os resultados das políticas, fazendo com que estes se distanciem dos objetivos previstos no planejamento (LOTTA, 2012).

Tendo em vista o referencial teórico exposto, foi adotado como propósito a análise dos condicionantes pertinentes ao processo de implementação da política de fluoretação da água de abastecimento público em pequenos municípios, instituindo como referência temporal os anos de 2015 e 2016, época de realização da etapa empírica deste estudo.

## 2 OBJETIVOS

Considerando o propósito desta pesquisa em analisar os condicionantes pertinentes ao processo de implementação da política de fluoretação da água de abastecimento público em pequenos municípios, foram estabelecidos três objetivos específicos.

- 1) Identificar como as características político-administrativas do Estado brasileiro influenciam a implementação de políticas públicas no nível local.
- 2) Situar o ente municipal na trajetória da política de fluoretação da água de abastecimento público no estado de São Paulo, tendo em vista o percurso histórico das políticas de saneamento.
- 3) Compreender como atuam os operadores de linha de frente da política de fluoretação da água de abastecimento público em pequenos municípios de uma região do estado de São Paulo.

A seguir se procederá a exposição das estratégias adotadas para a consecução dos objetivos descritos.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

Considerando a pretensão de articular o conhecimento verificado na literatura com determinada realidade empírica (contexto de pequenos municípios situados no estado de São Paulo), no intuito de identificar as concepções de atores e instituições a respeito de certa política (fluoretação da água de abastecimento público), optou-se pela abordagem qualitativa.

Neste sentido, foi considerado que o objeto sob análise não poderia ser interpretado a partir de dados quantificáveis, tendo em vista o mundo de significados que oferecia. Além disso, a opção por uma abordagem qualitativa também se justifica pelo fato da pesquisa apresentar como ponto de partida um estudo de natureza quantitativa (estudo realizado pelo CROSP em 2013), uma vez que esta abordagem se mostra bastante adequada para o aprofundamento de problemas detectados, inicialmente, por meio de estudos quantitativos (MINAYO & SANCHES, 1993).

Cabe destacar que, ao se eleger uma abordagem qualitativa, não apenas se opta por uma técnica de investigação, mas também por uma forma específica de se conceber o objeto, na qual se reconhece a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e os sujeitos que dele participam. Admite-se que os sujeitos modificam e são modificados pelo contexto que os cercam, sendo que os discursos em relação ao fenômeno relatado, carregam representações que não podem ser apartadas de quem as elabora (OLIVEIRA, 2007; VICTORA, 2011).

Deste modo, partindo de uma concepção qualitativa do objeto de estudo, foram estruturadas três etapas de investigação baseadas nos objetivos específicos, de maneira que cada uma mereceu uma discussão a parte, mas que, ao final, foram articuladas em torno do propósito central da pesquisa. Estas etapas se encontram descritas a seguir.

#### **3.1 DIÁLOGO COM A LITERATURA**

A decisão em se configurar esta primeira etapa resultou do reconhecimento de que as políticas públicas, para serem materializadas, dependem das condições político-administrativas que as permeiam. No caso brasileiro, deve-se admitir que os contextos locais não podem ser analisados isoladamente, uma vez que a forma de organização dos municípios também se encontra determinada pelo desenho político-institucional do Estado Federal.



Por conseguinte, parte-se da premissa que esta etapa tenha colaborado para a compreensão do modo como as políticas públicas são operacionalizadas localmente em pequenos municípios, tendo em vista o Brasil se constituir em uma República Federativa caracterizada pela autonomia formal das instâncias estadual e municipal (BRASIL, 1988).

Além disso, a realização desta seção permitiu a construção de um arcabouço teórico a respeito de certos condicionantes que circundam a implantação de políticas públicas, o qual serviu como orientação para a interpretação, mais adiante, dos dados obtidos na etapa empírica.

Para sua efetuação se procedeu à identificação, em um primeiro momento, das características estruturantes do Estado brasileiro, por intermédio da recuperação de aspectos históricos pertinentes à sua trajetória política e social. Posteriormente se processou a análise dos aspectos que determinam as relações de poder no âmbito dos municípios, de modo a se verificar se o cenário encontrado favorece a implementação da política estudada, considerando as condições momentaneamente oferecidas.

Vale ressaltar que a presente etapa foi desenvolvida por meio de um recorte teórico realizado a partir de informações coletadas em referências bibliográficas, as quais se encontram sistematizadas no artigo 1.

### **3.2 DIÁLOGO COM A HISTÓRIA**

A segunda etapa foi realizada no intuito de se descrever aspectos da trajetória da política de fluoretação da água de abastecimento no interior do processo histórico da política brasileira de saneamento.

Isto pelo fato do comportamento de certa política não poder ser totalmente compreendido sem a análise dos macroprocessos em que se encontra inserida. De tal sorte que o estudo da política de fluoretação da água não poderia prescindir da análise de sua relação com a estrutura sanitária do país, tendo em vista um fenômeno se encontrar, intrinsecamente, relacionado a outro.

Para o seu desenvolvimento, considerando que o acesso a documentos, seja em forma de relatórios, artigos, livros ou meios eletrônicos, muito contribui para a compreensão de determinada realidade, conforme ressalta Oliveira (2007), foi realizada uma análise do conteúdo de documentos sistematizados em referências bibliográficas, no intuito de se recuperar aspectos da trajetória destas duas políticas ao longo da história. Tal procedimento permitiu a contextualização da política examinada no processo histórico de formação dos

sistemas sanitários de pequenos municípios, funcionando como um momento de preparação para a etapa final, relativa à imersão no campo de pesquisa.

### **3.3 DIÁLOGO COM A REALIDADE**

Tendo em vista o referencial sistematizado na primeira etapa e o percurso histórico descrito na segunda, nesta parte se pretendeu verificar em que medida a realidade observada no campo refletia os elementos teóricos sumarizados nas duas etapas iniciais.

Para a concretização desta etapa empírica foi analisado o modo de atuação dos operadores de linha de frente da política de fluoretação da água de abastecimento público em pequenos municípios de uma região do estado de São Paulo.

Como universo de pesquisa foram selecionados dois pares de municípios da Região de São José do Rio Preto, SP, sendo um par composto por municípios com menos de 10 mil habitantes e outro por municípios com populações entre 20 e 25 mil habitantes. Cada um dos pares foi constituído por uma localidade cujos teores de fluoretos se encontravam adequados e outra na qual tais teores se apresentavam abaixo dos valores recomendados.

No decorrer da apresentação dos dados, visando preservar o sigilo dos participantes, os municípios com menos de 10 mil habitantes foram denominados P1 e P2, sendo P1 o município com teores de fluoretos abaixo dos níveis recomendados e P2 aquele com teores dentro dos valores estabelecidos.

Em relação aos municípios entre 20 e 25 mil habitantes, foi utilizado M1 para o município com teores de fluoretos abaixo do recomendado e M2 para aquele com teores conforme o preconizado.

Para o exame do universo de pesquisa foram percorridas as etapas descritas a seguir.

- Município P1: 1) reunião no Departamento Regional de Saúde (DRS) - XV com a participação das coordenações e/ou equipes de saúde bucal dos quatro municípios participantes. Representando o município em questão esteve presente o coordenador de saúde bucal; 2) entrevista com o coordenador de saúde bucal em conjunto com o técnico operador; 3) entrevista com o articulador de saúde; 4) informações obtidas por meio do coordenador de saúde bucal via e-mail; 5) entrevista com a autoridade sanitária da vigilância regional; 6) observações registradas no diário de campo em todas as ocasiões descritas.

- Município P2: 1) reunião no DRS - XV com a participação das coordenações e/ou equipes de saúde bucal dos quatro municípios participantes. Representando o município P2 esteve presente um cirurgião-dentista assessor da coordenação de saúde bucal; 2) entrevista

com o coordenador de saúde bucal e com o técnico operador; 3) entrevistas com dois membros da equipe de saúde bucal e ex-integrantes da coordenação do setor (uma auxiliar de saúde bucal e um cirurgião-dentista); 4) entrevista com o articulador de saúde; 5) entrevista com a autoridade sanitária da vigilância regional; 6) informações obtidas por meio da coordenação de saúde bucal via e-mail; 7) observações registradas no diário de campo em todas as ocasiões descritas.

- Município M1: foram enfrentadas diversas dificuldades para abordá-lo. Isto porque, segundo informações obtidas no campo, o setor de odontologia atravessava um dilema jurídico em relação à contratação dos cirurgiões-dentistas, que praticamente interrompera os serviços referentes a este setor. Tal condição foi evidenciada na primeira visita feita ao campo, na qual durante o encontro com a coordenação estadual de saúde bucal no DRS - XV foi possível conversar, informalmente, com um integrante da administração municipal. Este adiantou que haveria dificuldades em se entrevistar algum membro da equipe de saúde bucal da cidade, pelo fato dos serviços odontológicos próprios se encontrarem praticamente interrompidos, tendo o município que estabelecer parcerias com o setor privado para dar conta das demandas assistenciais.

Tais pressões ficaram evidentes no discurso dos membros da equipe (cirurgiões-dentistas da rede pública) durante a reunião com as quatro cidades envolvidas na pesquisa, os quais, quando indagados a respeito do que conheciam sobre a fluoretação da água de abastecimento público de sua cidade, responderam que não estavam suficientemente inteirados com esta questão pelo fato de se encontrarem completamente envolvidos com a situação assistencial que demandava, naquele momento, toda a atenção da gestão.

Por conseguinte a apreciação da situação do município M1 foi obtida a partir das seguintes etapas: 1) reunião no DRS - XV com a participação das coordenações e/ou equipes de saúde bucal dos quatro municípios participantes. Representando o município M1 estiveram presentes dois cirurgiões-dentistas integrantes da equipe de saúde bucal (não havia coordenação de saúde bucal formalmente instituída); 2) entrevista com o articulador de saúde; 3) entrevista com a autoridade sanitária da vigilância regional; 4) conversa com a secretaria de saúde, via telefone; 5) observações registradas no diário de campo em todas as ocasiões descritas.

- Município M2: 1) reunião no DRS - XV com a participação das coordenações e/ou equipes de saúde bucal dos quatro municípios participantes. Representando o município M2 esteve presente um cirurgião-dentista assessor da coordenação de saúde bucal; 2) entrevista com o coordenador de saúde bucal; 3) entrevista com o técnico responsável pelo tratamento

da água; 4) entrevista com o articuladora de saúde; 5) entrevista com a autoridade sanitária da vigilância regional; 6) informações obtidas por meio da coordenação de saúde bucal via e-mail; 7) observações registradas no diário de campo em todas as ocasiões descritas.

As entrevistas e as anotações no diário de campo foram coletadas entre 2015 e 2016.

A descrição detalhada da metodologia utilizada para a realização desta terceira etapa encontra-se exposta no artigo 3.

### **3.4 ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudo foi realizado em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos, sendo o projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (COEP / FSP – USP), conforme o Parecer Consubstanciado nº 1219939 (ANEXO 1). Todos os sujeitos pesquisados declararam seu consentimento por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2), através do qual se pretendeu garantir as informações necessárias à aceitação dos termos pertinentes ao modo de participação na pesquisa.

### **3.5 NORMAS GERAIS**

Este relatório de pesquisa foi elaborado segundo a normatização sugerida pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – NBR 6023 / 2000) e em conformidade com as orientações contidas no Guia de Apresentação de Teses da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CUENCA et al. 2006), versão atualizada de 2017.

**PARTE II – PRODUTOS DA PESQUISA**

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados da presente pesquisa foram apresentados na forma de três artigos científicos originais, redigidos em língua portuguesa, por meio dos quais se procurou contemplar os três objetivos. O primeiro artigo foi submetido à revista *Trabalho, Educação e Saúde*, conforme o comprovante de submissão exposto no ANEXO 3. O segundo e terceiro artigos serão submetidos à publicação após as considerações dos membros da banca examinadora no transcorrer da defesa pública.

#### 4.1 ARTIGO 1<sup>2</sup>

### **O FEDERALISMO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM NÍVEL LOCAL: LIÇÕES DO CASO BRASILEIRO**

### **THE FEDERALISM AND THE PUBLIC POLICIES AT THE LOCAL LEVEL: LESSONS FROM THE BRAZILIAN CASE**

Anderson Gomes Mota<sup>1</sup>

Paulo Frazão<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP, Brasil.

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço – Av. Andrade Neves, 433, Ap. 1, Santo André, SP, Brasil, CEP: 09175-360.

Telefone: (11) 9 96766714.

E-mail: [motagomessantos@gmail.com](mailto:motagomessantos@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Práticas em Saúde Pública, São Paulo, SP, Brasil. <[pafrazão@usp.br](mailto:pafrazão@usp.br)>.

Livre-Docente pela Universidade de São Paulo. Professor do Departamento de Prática em Saúde Pública / Faculdade e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira Cesar, SP, Brasil, CEP: 01246-904.

Tel: (11) 30617957.

E-mail: [pafrazão@usp.br](mailto:pafrazão@usp.br)

---

<sup>2</sup> Artigo redigido segundo as normas da revista *Trabalho, Educação e Saúde*, da Fundação Oswaldo Cruz, a qual foi submetido para publicação em 31/03/2018.

Artigo extraído da tese de doutorado intitulada *Fluoretação da água de abastecimento público em pequenos municípios: condicionantes da implementação em uma região do estado de São Paulo, Brasil*, de autoria do primeiro autor deste artigo.

## **RESUMO**

Apresenta-se uma reflexão teórica sobre as conexões entre o federalismo e a implementação de políticas públicas em nível local, considerando o processo de construção do Estado brasileiro e os arranjos de poder em tal processo histórico. Com este objetivo, apoiando-se na literatura científica, aspectos teóricos relativos à trajetória do Estado federal brasileiro, como a autonomia dos governos municipais e as relações dos entes federativos entre si, foram cotejados com as reflexões provenientes dos estudos do poder local e das políticas públicas no país, recuperando-se elementos essenciais para a compreensão do sistema federalista implantado no Brasil. Ao final, argumenta-se que o processo de implementação de políticas públicas em nível local encontra-se relacionado a um conjunto diversificado de fatores, dentre os quais se pode destacar as tradições das práticas políticas observadas no Brasil ao longo de sua história, o processo de descentralização e municipalização desencadeado a partir da Constituição Federal de 1988 e as relações de interdependência entre os entes da federação.

Palavras-chave: Federalismo, Políticas Públicas, Poder Municipal.



## **ABSTRACT**

It is presented here a theoretical reflection about the connections between the federalism and the implementation of public policies at the local level, taking in consideration the Brazilian state construction process and the arrangement powers that have been built during this historical process. With this aim, using the scientific literature as support of knowledge, the theoretical aspects of the federal Brazilian state's trajectory, such as the municipal governments' autonomies and the relations between the federative entities, were compared with the reflections from the studies about the local power and the public policies in the country, recovering essential elements for the understanding of the federalist system implemented in Brazil. It is concluded that the implementation process of public policies at the local level is related to a diverse number of facts, among which can be highlighted the traditions from the political practices in the Brazilian history, the decentralization and municipalization processes unleashed by the Federal Constitution of 1988 and the interdependence between the federal entities.

Keywords: Federalism, Public Policies, Municipal Power.

## **Introdução**

Uma das chaves para compreender o processo de implementação de políticas públicas em nível local consiste em considerar os aspectos relacionados ao desenho político-administrativo do Estado, uma vez que as relações entre os entes poderão exercer importante influência sobre a forma como as políticas são formuladas e implementadas. Neste ponto destacam-se os estudos sobre federalismo que apresentam como premissa a noção de que as

instituições podem ter efeitos discerníveis e relevantes na vida política, influenciando na decisão dos atores e nos resultados de suas ações (Almeida, 2001). Outra chave de interpretação consiste em identificar as características estruturantes do poder local, em decorrência da importância que as arenas e os arranjos políticos neste espaço têm para as estratégias de sobrevivência eleitoral e também para o sucesso de iniciativas locais em torno das políticas públicas (Carvalho 1997; Arretche & Marques, 2002). Tendo em vista essa problemática, o objetivo foi investigar as conexões entre o federalismo e a implementação de políticas públicas em nível local considerando o processo de construção do Estado brasileiro e os arranjos de poder em tal contexto. A proposição que orienta este estudo supõe que o processo de implementação de políticas públicas em nível local encontra-se relacionado a uma diversificação de condicionantes, a qual se pretendeu identificar e compreender em maior profundidade.

Para o alcance do objetivo proposto, o conteúdo foi estruturado em quatro seções: 1) federalismo e Estados federais, na qual foram discutidos aspectos conceituais da filosofia federalista e os arranjos de poder identificados nos vários tipos de Estados considerados federais; 2) trajetória do Estado federal brasileiro, onde se buscou discutir o tipo de federalismo resultante das relações de poder presentes neste processo; 3) poder municipal no federalismo brasileiro, com destaque para as relações entre poder público e os tradicionais grupos de poder presentes nestas localidades; 4) relações intergovernamentais e o poder de veto dos municípios, na qual foi enfatizado o papel das instâncias de mediação.

### **Federalismo e Estados Federais**

Mesmo em Estados classificados como federais por conta de seu arcabouço institucional, é possível encontrar graus diferentes de federalismo, uma vez que os aspectos

institucionais não são suficientes para garantir que determinado Estado se constitua, de fato, em um sistema federal. Conforme previsto em sua concepção teórica, o federalismo somente pode ser alcançado mediante um conjunto de práticas políticas que se mostrem capazes de distribuir poder entre seus integrantes. Assim, são os processos políticos desenvolvidos por meio das instituições que determinam como o poder será distribuído (Rocha, 2013).

Para que este sistema se aplique, não devem prevalecer relações hierárquicas entre os integrantes da federação, sendo que, respeitados os limites constitucionais, cada ente deve guardar governabilidade sobre si mesmo. Em que pese essa premissa, é possível argumentar que um Estado reconhecido como federal pode apresentar instituições que não sejam capazes de distribuir o poder entre os integrantes da federação de forma igualitária, gerando processos que não garantem a autonomia das subunidades e, portanto, distanciando-se dos princípios fundamentais do federalismo (Stepan, 1999; Rocha, 2013).

O estabelecimento de um sistema federal depende, entre outros fatores, da forma como os entes federados se associam, tanto horizontal como verticalmente, considerando que pode assumir diferentes desenhos, tendo em vista as inúmeras possibilidades de relações entre os atores participantes do jogo político (Sano & Abrucio, 2013).

Neste sentido, retomando os estudos de Whight em *Understanding Intergovernmental Relations* (1988) discutidos por Rocha (2013), pode-se identificar três formas de associações entre os integrantes de uma federação. Na primeira, denominada “autoridade coordenada”, os entes gozariam de total autonomia, não apresentando interdependência entre eles. Este tipo de relação, uma vez que diferentes esferas de governo devem se responsabilizar de forma estanque por partes específicas de uma mesma política pública, seria possível apenas diante de uma clara repartição de atribuições entre as unidades federadas. Representaria um tipo de interação onde a interlocução entre os atores participantes praticamente inexistiria. A segunda forma chamada de “autoridade inclusiva” representaria um tipo de interação em que a

possibilidade de ação das subunidades estaria submetida às decisões do governo central, o qual se situaria em uma posição hierarquicamente superior aos demais entes. Neste caso, estados e municípios figurariam apenas como unidades administrativas responsáveis por operar as decisões oriundas do poder central. O terceiro tipo denominado “autoridade sobreposta” se caracterizaria pela possibilidade de atuação simultânea de duas ou mais esferas de governo, no todo ou em partes de uma mesma política pública, com reduzidas áreas de ação exclusiva dos entes de forma separada. Neste caso prevalece um padrão de autoridade caracterizado por negociações e barganhas, no qual a interlocução entre os participantes deve ser constante e coordenada.

Diante do exposto, verifica-se que um sistema federalista pode ser estruturado por meio de arranjos diferentes, partindo dos mais hierarquizados onde os governos locais teriam pouca influência sobre as questões decisórias, até os mais descentralizados, nos quais as subunidades nacionais se constituiriam em atores importantes, tanto na elaboração como na implementação de políticas públicas de cunho local e nacional.

Percebe-se a necessidade de se fazer uma distinção entre Estado federal e federalismo, uma vez que no contexto de um Estado federal as relações entre as subunidades podem obedecer a arranjos diversos, tanto entre governos de níveis diferentes (relação entre municípios, estados e União) como entre governos de mesmo nível (relação de estados ou municípios entre si). Portanto são os processos políticos adotados na dinâmica de um Estado que engendram o tipo de federalismo em curso (Rocha, 2013).

Neste sentido, Estados organizados constitucionalmente como federações podem apresentar distintas formas de funcionamento de seu sistema político, ou seja, os princípios que fundamentam a dinâmica de uma federação podem se caracterizar por diferentes níveis de autonomia das subunidades nacionais. De tal sorte que a implantação de um sistema federativo não será alcançada apenas por meio de uma estrutura institucional organizada para

tanto, mas sim a partir de uma forma de organização política que seja capaz de propiciar a operacionalização de seus pressupostos fundamentais (Costa, 2010).

Com isso pode-se afirmar que as abordagens sobre o tema, de modo geral, não se mostram suficientes para explicar as variações nos arranjos existentes no interior de uma mesma federação, não sendo, portanto, possível determinar um federalismo padrão. Cada Estado comporta um conjunto de princípios que estabelecem o tipo de relação entre poder central e poder periférico, princípios estes determinados por circunstâncias históricas, culturais e políticas. Além disso, a relação entre centro e periferia não permanece sempre a mesma, sendo que em um Estado federativo não é incomum constatarmos modificações desta relação ao longo do tempo e de acordo com cada momento histórico (Viana, Lima & Oliveira, 2002).

Tendo em vista o referencial sistematizado, na seção seguinte encontram-se discutidas as tradições que fundamentaram as práticas políticas ao longo da história da federação brasileira, identificando principais atores envolvidos e forças em disputa.

### **Trajetória do Estado federal brasileiro**

A conformação do federalismo brasileiro guarda relação com as concepções que nortearam sua origem, e mais recentemente, com as modificações impetradas a partir da Constituição Federal de 1988, as quais produziram transformações significativas nas relações entre os entes federados (Viana, Lima & Oliveira, 2002).

O sistema federal foi introduzido no Brasil em 1889 com a proclamação da República, sendo posteriormente formalizado na Constituição de 1891. Conflitos entre elites regionais desde o período imperial, motivados por disputas entre governo central e províncias, contribuíram para a adoção de um modelo federativo em que as relações entre os entes se

encontravam fundamentadas em uma distribuição profundamente desigual de poder. Este cenário conduziu a uma estrutura demasiadamente assimétrica quanto à posse de recursos e à capacidade administrativa das subunidades nacionais (Sano & Abrucio, 2013; Souza, 2005).

Enquanto o modelo de federalismo norte-americano derivou da ação de estados soberanos em busca de união, originando um Estado federal proveniente do desejo das subunidades, no caso brasileiro, o Estado federal se consubstanciou a partir de um processo inverso. Não foram estados soberanos que deram origem à federação, mas sim o governo central que passou a reconhecer a soberania das províncias. Aliás, uma soberania que na realidade não existia, tendo em vista que a União concentrava todo o poder decisório, subvertendo a lógica do federalismo clássico baseada na preservação da autonomia das subunidades nacionais (Santin & Flores, 2006).

Comparando-se ambos os Estados federais pode-se admitir que o norte-americano surge a partir de uma associação entre unidades territoriais autônomas, enquanto que o brasileiro surge em meio a um cenário caracterizado por um conjunto de províncias (profundamente desiguais social e economicamente) que insatisfeitas, buscaram defender seus próprios interesses. Assim, o nascimento do federalismo brasileiro não se fundamentou na união de unidades independentes que, por escolha própria, se organizaram em busca de um todo, mas sim de um governo central que, sentindo-se ameaçado, buscou reconhecer suas subunidades. O empenho de se instituir um Estado federal a partir da proclamação da República em 1889 derivou mais de um acordo entre grupos descontentes com o poder imperial, do que da intenção em se promover a democratização do poder decisório (Abrucio, 1998).

As circunstâncias que permearam a origem do federalismo brasileiro fizeram com que as províncias não buscassem se unir, gerando desde o início, um federalismo com traços de competitividade. A Constituição federal de 1891 acirrou esta situação, a partir do direcionamento de recursos a uns poucos estados, tornando ainda mais evidente as

desigualdades existentes. O cenário descrito contribuiu para o estabelecimento do predomínio dos interesses dos estados mais poderosos, gerando uma supremacia política e econômica de São Paulo e Minas Gerais, sobre os demais estados da federação (Abrucio, 1998).

Neste sentido, pelo fato do poder do presidente se originar de acordos entre os estados mais influentes da federação, havia a necessidade de se garantir a supremacia das oligarquias estaduais no Congresso Nacional, fazendo com que seus interesses prevalecessem. O fato dos governadores serem eleitos localmente fazia com que o governo central necessitasse compor com as oligarquias estaduais através de um sistema de compromisso entre as partes, tornando a República uma espécie de “casa das elites”, na qual o federalismo, ao invés de proporcionar a consolidação de um regime democrático, funcionava mais como um instrumento a serviço de grupos oligárquicos (Abrucio, 1998).

Do ponto de vista formal, a autonomia dos municípios brasileiros se encontrava enfraquecida desde o período pré-republicano. Embora no início da colonização, as câmaras dos vereadores ocupassem o centro da vida política provinciana, já no século XVII a administração dos municípios se viu submetida aos interesses dos governadores das províncias. Com a proclamação da independência tal situação não se modifica, pois a Constituição de 1824 formalizou a permissão para que as províncias intervissem nos municípios, tornando-os institucionalmente, meras peças administrativas. Nem mesmo o estabelecimento do federalismo brasileiro instaurado com o advento da República transformou esta condição. Ao contrário, a primeira fase da República se notabilizou pelo poder das oligarquias estaduais que, de certa forma, governavam o país (Corralo, 2015).

Tal situação predominou até 1930 com o início da Era Vargas, período representado pelo enfraquecimento das oligarquias paulista e mineira em virtude das pressões de grupos emergentes ligados ao setor industrial. Embora a Constituição de 1934, representativa do primeiro período da Era Vargas, explicitasse medidas voltadas para o restabelecimento de

parte da autonomia municipal (possibilidade de eleição dos prefeitos em algumas cidades e de arrecadação de tributos municipais próprios), a Constituição de 1937, base jurídica para o chamado Estado Novo ou 2º período da Era Vargas, impôs uma centralização de poder tão profunda que o Estado dito federado se transformou, na verdade, em um “quase Estado unitário”, no qual o governo federal retomou para si diversas atribuições relativas à governabilidade, por intermédio de escancaradas intervenções nas subunidades nacionais (Abrucio, 1998; Souza, 2005).

Encerrada a Era Vargas, a Constituição federal de 1946 retomou a essência presente no texto constitucional de 1934, implantando medidas para recuperar a autonomia dos governos municipais. Entre estas, vale destacar as restrições impostas à autorização para os estados intervirem nos municípios.

Esta época de relativo contexto democrático, situada entre 1946 e 1963, apresenta-se em seu final marcada por uma intensa instabilidade política, na qual episódios como a renúncia do presidente Janio Quadros, a adoção do sistema parlamentarista e, finalmente, a posse do vice-presidente João Goulart, abriram caminho para a instalação de uma ditadura civil-militar. Com a instauração do regime militar em 1964 retomou-se uma centralização ainda mais profunda que a observada durante a Era Vargas, a qual atingiu seu ápice na promulgação da Constituição de 1967 com o aniquilamento de qualquer possibilidade de criação de mecanismos voltados à restrição do poder central (Abrucio, 1998; Corralo, 2015).

Especialistas apontam que o Estado federal brasileiro, no período compreendido entre seu início e a Constituição Federal de 1988, mais centralizou que distribuiu o poder de forma equitativa. O conjunto de práticas e arranjos políticos que se consubstanciaram no decorrer deste período, marcado ora pelo predomínio dos interesses das oligarquias estaduais, ora pela supremacia dos interesses de um governo federal ditatorial, revela poucos momentos onde os municípios puderam, verdadeiramente, desfrutarem de alguma autonomia. Tal situação pode



ser explicada, em parte, pela origem do federalismo brasileiro, o qual desde seu início não ofereceu condições para que a população pudesse defender seus interesses, tendo em vista ter se originado de um acordo entre as elites estaduais e o poder central. Deste modo, a implantação do Estado federal brasileiro ao invés de contribuir para o fortalecimento da autonomia das subunidades nacionais, produziu um conjunto de relações pautadas por negociações e barganhas entre os entes, as quais nem sempre refletiram as aspirações da maioria da população. Este fenômeno conduziu a uma federação com grandes disparidades entre as subunidades nacionais e excessiva concentração de poder nas mãos do governo federal (Abrucio, 1998; Souza, 2005).

A este respeito, Costa (2010) destaca que os poucos momentos de descentralização, por vezes descoordenada e predatória, foram alternados com períodos de extrema centralização do poder decisório. O resultado foi um sistema formalmente federativo, mas que inúmeras vezes, se revelou autoritário e centralizador. O autor ressalta que esta instabilidade crônica do federalismo no Brasil afetou as relações entre os entes dificultando a criação de uma tradição política estruturada em torno dos interesses da maioria da população.

Embora todas as constituições brasileiras instituídas desde a proclamação da República contenham regras relativas ao federalismo é na Constituição de 1988 que se verificam as condições institucionais mais favoráveis para que os municípios possam participar do poder decisório (Souza, 2005).

O texto constitucional de 1988 estabelece normas que fortalecem a autonomia dos municípios. O estabelecimento de competências comuns (pertinentes a todos) e próprias de cada ente, inclusive competências exclusivas dos municípios, associado ao fato da competência legislativa residual caber às subunidades nacionais em caso de omissão da Constituição quanto à determinada matéria, amplia a capacidade de limitação legal do poder do centro. Em comparação com outros Estados considerados federalistas, o Brasil pode ser

classificado como um dos que mais apresentam estratégias para a contenção do poder do governo central (Corralo, 2015; Stepan, 1999).

Conseqüentemente, o cenário proporcionado pela Constituição de 1988 permitiu que o município, finalmente na história do Estado brasileiro, pudesse desfrutar de um conjunto de normas que assegurasse o exercício de sua autonomia. O fato de terem sido alçados à condição de membros integrantes da federação fez com que fosse incluído na norma legal um plexo de autonomias (organizatória, política, legislativa, financeira e administrativa), as quais contribuíram decisivamente para a consolidação de um verdadeiro poder municipal (Corralo, 2015).

Para se afastar da concentração de poder presente na ditadura militar, a Constituição de 1988 maximizou os mecanismos de constrangimento do poder do centro, produzindo um modelo de federalismo no qual se verifica uma exacerbação do poder de veto ou de discricionariedade das subunidades nacionais. O fato da Constituição de 1988 detalhar uma série de questões referentes aos grandes temas de interesse nacional (aposentadoria, programas fiscais, propriedade estatal e estrangeira), excluindo a possibilidade de se promover modificações nestas matérias através de leis ordinárias, contribuiu para criar um enorme potencial de obstrução por parte das subunidades nacionais (Stepan, 1999).

Em contrapartida, apesar de constitucionalmente se observar uma forte tendência de descentralização do poder decisório, vale destacar que mesmo no período pós-Constituição de 1988 ainda observam-se inúmeros episódios em que a instância federal impõe normas às subunidades nacionais (Souza, 2005).

De tal sorte que, aparentemente, a formalização do processo de descentralização desencadeado nos anos 1980 e 1990, não se mostrou suficiente para, de fato, assegurar a autonomia das subunidades nacionais, uma vez que o aparato estatal dos governos estaduais e,

sobretudo, dos governos municipais não se encontrava equipado para a operacionalização de políticas básicas (Arretche, 2002).

Estudos apontam que o processo de descentralização não garante, por si, o estabelecimento de um sistema federalista, uma vez que a repartição formal de competências não se revela suficiente para assegurar que os entes federados apresentem, de fato, capacidade para o exercício pleno de tais competências. Esta capacidade estaria atrelada a três dimensões de autonomia: política, financeira e administrativa. Diante de cenários nos quais alguma destas dimensões se mostre reduzida, a concepção federalista, no concernente à equivalência de poder, se encontraria prejudicada. Desta forma, em que pese a configuração de uma estrutura jurídica e institucional, o federalismo enquanto instrumento de repartição de poder, se institui apenas à medida que seus entes apresentem capacidade de exercer, em certo nível de igualdade, a autonomia a eles constitucionalmente atribuída (Machado, 2008; Rocha, 2013).

As características da norma jurídica parecem não ser suficientes para revelar as negociações e barganhas estabelecidas por detrás das regras formais, sendo que as dificuldades encontradas para a construção de um Estado federal onde predomine a repartição horizontal do poder decisório parecem decorrer menos da forma como o federalismo se encontra desenhado na Constituição do que da maneira como os conflitos políticos são dirimidos (Souza, 2005).

A Constituição de 1988 concedeu formalmente aos municípios uma quantidade de poder não atribuída por nenhuma outra constituição federal. Ao ser elevado a integrante da federação, o município deixa de ser uma unidade meramente administrativa, passando a participar das decisões tanto sobre as políticas locais como sobre as de interesse nacional. Os gestores municipais, do ponto de vista legal, passam a ser tão importantes quanto os de outras

instâncias, admitindo-se que, a partir de então, as administrações públicas locais tenham que responder às novas responsabilidades impostas pela norma constitucional (Arretche, 2002).

Em contrapartida, ainda percebe-se um conjunto de políticas impostas pelo governo federal às subunidades nacionais sendo que, embora a Constituição de 1988 tenha concedido aos municípios considerável autonomia administrativa e uma quantidade sem precedentes de recursos, poucas competências foram reservadas exclusivamente aos estados e municípios. Desta forma, na maior parte das vezes, as leis estaduais apenas refletem os dispositivos federais, gerando uma hierarquia das normas e tornando os estados simples gestores da norma federal (Souza, 2005).

A autora ressalta ainda que o texto constitucional de 1988, ao apresentar um alto grau de detalhamento das competências dos três níveis de governo, além de reservar à União o maior leque de competências exclusivas, também abre pouco espaço para que estados e municípios possam elaborar suas próprias políticas. A concessão de um grau razoável de autonomia aos municípios em contraposição à concentração de competências na esfera federal conduz a uma imprecisão no referente a quem seria o responsável por cada política pública, gerando certa indisposição entre os entes.

Verifica-se assim, que a distância observada entre os princípios constitucionais e a natureza dos processos políticos historicamente predominantes no Brasil conduziram a um conjunto complexo de relações entre os entes federados, gerando ora certa dependência das subunidades nacionais em relação a estados e União, ora dificuldades da União em implementar políticas de cunho nacional devido ao poder de veto concedido a estados e municípios. Por conseguinte, deve-se considerar que em contextos marcados pela descentralização administrativa o município, de alguma forma, passa a desempenhar papel preponderante na formulação e implementação de políticas públicas.

Por tanto, o fato dos atores locais se constituírem em um elemento estratégico para o sucesso das políticas, impõe aos pesquisadores o desafio de compreenderem, em maior profundidade, os aspectos pertinentes à estruturação do poder local e sua relação com o modo como os municípios dão curso às políticas de cunho extramunicipal.

### **Poder municipal no federalismo brasileiro**

O poder não deve ser entendido como objeto isolado, passível de ser possuído ou guardado. Sua existência se manifesta nas relações, sendo que as pessoas entre si ou através de instituições exercem poder umas sobre as outras. Para compreender como o poder municipal se configura na dinâmica do federalismo brasileiro, é importante olhar para a natureza dos elos existentes entre atores, grupos e instituições que fundamentam as relações no âmbito local (Massuanganhe, 2011).

Em Estados unitários o poder se configura por meio da imposição da vontade do governo central. Tal imposição se justificaria para garantir os interesses comuns tendo em vista que, sob esta perspectiva, as subunidades separadamente não teriam como conciliar o interesse do todo. Por sua vez, em um Estado federal as subunidades nacionais devem deter algum grau de autonomia, o que implicaria em contemplar a perspectiva de outros atores no processo de tomada de decisão (Jacobi, 1999; Massuanganhe, 2011).

Ao se observar o contexto local verifica-se que a norma legal não se revela suficiente para que o poder seja repartido de forma democrática, uma vez que, sendo cada localidade um espaço com história e memórias próprias, com identidade e práticas políticas socialmente construídas, o Estado e as normas não representariam as únicas ferramentas para o exercício do poder (Silva, 2008).

Ao contrário, verifica-se uma diversidade de personagens (integrantes da máquina pública, ocupantes de instituições, grupos organizados da sociedade civil etc.) que se opõem ou se associam na disputa do poder. Por conseguinte, não bastaria apenas a transformação das normas constitucionais para se promover o estabelecimento de uma sociedade mais democrática como requer a essência do federalismo. Seria preciso considerar a preponderância que os valores construídos historicamente tem na determinação das relações de poder dentro de uma sociedade (Silva, 2008).

Jacobi (1999) destaca que novos atores sociais emergiram no Brasil após o período autoritário dos anos 1970, criando uma nova configuração do poder, na qual o Estado passa a não mais figurar como o seu único detentor. Grupos ligados a movimentos populares e instituições da sociedade civil se articularam na defesa de seus direitos, buscando estabelecer mecanismos de participação direta nas decisões relativas à satisfação de suas necessidades. As transformações da ordem política (caracterizadas pelo fim da ditadura e começo de um novo período democrático) e institucional (representadas pela promulgação da Constituição de 1988) culminaram em uma descentralização da gestão da coisa pública, resultando na possibilidade de participação de diversos atores não vinculados ao Estado.

Todavia, um arranjo institucional participativo apenas se consolida na medida em que os vários atores envolvidos adquirem a capacidade de interferir de forma equilibrada na formulação e gestão das políticas públicas. Especialistas ressaltam que em diversas ocasiões a população pode compreender a detenção do poder por determinado grupo social como algo natural, não questionando sua legitimidade. Assim, independentemente do arcabouço jurídico instituído, mecanismos tradicionais de poder como o clientelismo podem criar certa submissão da população aos interesses de determinados grupos, sem que haja necessariamente instrumentos administrativos para tanto (Massuanganhe, 2011).

Configura-se deste modo, uma obediência consentida, na qual não se contesta a autoridade exercida por certo grupo, sendo que, mesmo que a norma legal ofereça espaços para a participação de outros atores nos processos decisórios, tais espaços são ignorados. Neste sentido, mais do que a instituição de mecanismos legais de formalização do poder, os grupos dominantes procuram conquistar a confiança de seus subordinados por intermédio da criação de uma espécie de dependência, como se tal condição fosse a única possível (Massuanganhe, 2011).

Estudando a configuração do poder local em municípios de médio e pequeno porte do estado do Paraná, Amorim (2007) verificou a coexistência de valores democráticos com práticas políticas tradicionais não condizentes com tais valores. Segundo a autora, a situação encontrada gera certo descrédito dos cidadãos em relação às práticas políticas formais, contribuindo para um afastamento destes das instâncias de participação popular previstas na lei.

Partindo do pressuposto de que a confiança nas instituições e a participação política são fatores preponderantes na construção de uma cultura democrática, a autora destaca que quando estes fatores encontram-se ausentes corre-se o risco de se criar um cenário, no qual o predomínio do clientelismo e do nepotismo nos processos políticos e eleitorais imprime um caráter personalista à política municipal. Portanto, estes dois fatores podem ser considerados indicadores do grau de democracia existente no âmbito local (Amorim, 2007).

São identificados casos em que o contexto local se encontra marcado pela privatização do poder político, através da atuação de famílias tradicionais que naturalizam esta prática em municípios de pequeno porte. Para tanto, utilizam o clientelismo para a ocupação da máquina pública, ocasionando o afastamento do centro das decisões de todos os desprovidos de algum tipo de relação pessoal com os grupos dominantes (Amorim, 2007).

Tais circunstâncias conduzem a uma participação limitada da população nas instâncias destinadas ao compartilhamento das decisões (seja por ceticismo ou por um sentimento de impotência em relação à possibilidade de interferência nos processos políticos), imprimindo uma dose de personalismo aos processos de implementação de políticas locais. Esta situação faz com que muitos governos se formem a partir de oligarquias regionais que circunscrevem o poder decisório aos seus membros, inviabilizando a participação de novos atores. Às camadas mais populares da sociedade resta o papel de expectadores das vontades dos grupos dominantes, fragilizando assim o processo de descentralização proposto no texto constitucional de 1988 (Amorim, 2007).

Em que pese o espírito democrático presente na norma constitucional de 1988, as famílias tradicionais representantes da classe dominante ainda conseguem impor seu projeto de poder em grande parte dos municípios brasileiros, sobretudo, nos de menor porte. Nestes contextos verifica-se que a apropriação do Estado por parte das elites políticas locais contribui, marcadamente, para a naturalização de práticas como o clientelismo e o nepotismo Amorim (2007).

Tais práticas parecem estar atreladas a uma espécie de “cultura política tradicional”, ou seja, a um conjunto de atitudes e orientações internalizadas nas dimensões cognitivas, afetiva e avaliativa dos cidadãos, por intermédio da qual os governos procuram conservar a relação de mando sobre os grupos populacionais historicamente subalternos. Uma cultura política onde se concebe o espaço público como a extensão do espaço privado, articulada a um sentimento de subalternidade por parte de diversos segmentos populacionais, contribui para forjar práticas clientelistas de governo, uma vez que a população não conseguindo assegurar os direitos previstos institucionalmente, tende a recorrer aos “favores” oferecidos pelos grupos tradicionalmente no poder (Amorim, 2007).



Para a autora, há uma desconfiança generalizada nas instituições políticas e nos atores democráticos, produzindo um distanciamento entre população e esfera pública. Os fatores determinantes desta expressiva descrença seriam a negativa avaliação da atividade política associada às constantes denúncias de corrupção. Deste modo parece que apenas mudar o desenho das instituições, alterando leis e normas não seja o bastante para garantir a participação dos cidadãos nos processos políticos, sendo necessária a transformação da cultura política, no sentido de se alcançar uma mudança de atitude que restabeleça a confiança e o desejo de participação dos cidadãos.

Estudando a implementação de certa política pública no nível local, Soares & Paim (2011) observaram que, embora o desenvolvimento da política em questão exigisse a articulação entre os três entes federados, o grau de prioridade atribuído à política por cada um, apresentava níveis diferentes.

Por conseguinte, pelo fato da implementação se encontrar, em grande parte, sob a responsabilidade do governo local, haveria a necessidade de se estabelecer mecanismos de controle intergovernamentais que pudessem colaborar para que as divergências relativas ao grau de prioridade atribuído pelos entes federativos a uma determinada política, não prejudicasse seus resultados. Estes mecanismos serão examinados a seguir.

### **Relações intergovernamentais e o poder de veto dos municípios**

O fato do federalismo apresentar-se estruturado por intermédio de subunidades com capacidade tanto de implementar políticas locais, como de participar de políticas elaboradas no nível central, faz com que predominem relações caracterizadas por conflitos de interesses e pela necessidade constante de negociação. Este conjunto de negociações e barganhas que pautam as relações entre as unidades federadas possibilita tanto a instituição de formas mais

cooperativas de federalismo, onde atores regionais se articulam em defesa de seus interesses, como a instituição de formas mais competitivas, nas quais os atores buscam exercer seu poder de veto em relação a políticas elaboradas em outras instâncias. O grau de cooperação ou de competitividade no âmbito de um sistema federalista poderá produzir maneiras diferentes de convivência entre as subunidades, fazendo com que a repartição de poder se processe de acordo com a força de cada ator no contexto das relações em vigor (Sano & Abrucio, 2013).

Embora representando interesses minoritários no plano nacional, governos locais por serem dotados de autonomia político-administrativa, podem se omitir na condução de políticas de natureza nacional, cujos resultados dependam de sua cooperação. Isto porque os interesses locais podem divergir dos objetivos das instâncias federal e estadual. Por conseguinte, em sistemas descentralizados, decisões no âmbito local podem comprometer a seleção e a implementação de políticas públicas que perpassem níveis de governo diferentes. A superação de tais conflitos passaria por duas direções: a) ou se organizam arranjos de cooperação entre os municípios, nos quais estes devem negociar horizontalmente; b) ou se estabelecem mecanismos de incentivos federais, através dos quais a União induz as escolhas das subunidades nacionais (Machado, 2008).

Caso se decida pelo primeiro caminho, deve-se instituir alguma instância de mediação com autoridade para impedir que os conflitos oriundos das divergências entre os entes possam inviabilizar a adoção de medidas de interesse nacional. Caberia definir se esta instância atuaria apenas fixando regras para a regulação das interações entre os entes governamentais ou se funcionaria como um espaço deliberativo, no qual acordos políticos capazes de se impor aos interesses individuais dos participantes seriam produzidos (Machado, 2008; Sano & Abrucio, 2013).

Como nem sempre as decisões decorrentes de um processo de barganha entre entes que compartilham a mesma faixa de poder, resultam nas melhores decisões para o conjunto da

federação, a instituição de uma instância externa que possa conduzir tais negociações, pode contribuir para a diminuição dos conflitos decorrentes dos múltiplos e divergentes interesses “colocados na mesa” (Arretche, 2002; Machado, 2008).

Em contrapartida, caso se opte pelo caminho dos incentivos, a elaboração das políticas públicas ficará sob a responsabilidade do governo federal que, através de determinados recursos institucionais (poder para a aprovação de leis e normas, capacidade orçamentária etc.), instituirá mecanismos de direcionamento das escolhas das subunidades nacionais. Deve-se salientar que a adoção do primeiro caminho favorece a estruturação de um arranjo de preservação da autonomia dos governos municipais, uma vez que as decisões são construídas, de certo modo, da periferia para o centro. Em contrapartida, caso se opte pelo segundo caminho, o fato das decisões partirem do centro para a periferia, poderá comprometer a autonomia das subunidades nacionais (Machado, 2008).

Deste modo, a estratégia da descentralização impulsionada pela Constituição Federal de 1988 parece não ter atingido o objetivo de tornar mais qualificado o processo de implementação de políticas públicas, pois se por um lado os governos locais passaram a desfrutar de maior autonomia para a implementação de suas políticas, por outro lado, as políticas de âmbito nacional passaram a enfrentar maiores dificuldades para a sua operacionalização, uma vez que os governos locais passaram a dispor de mecanismos capazes de vetar a adoção de medidas contrárias aos seus interesses (Arretche, 2002).

Todavia, estudos demonstram que as estratégias de incentivo adotadas pelo governo federal nos últimos anos têm favorecido aquelas políticas que repassam verbas aos governos municipais. A precariedade financeira dos municípios, sobretudo os de menor porte, faz com que estes se interessem mais pelos repasses do que pela natureza das políticas. Portanto, se a agenda municipal for elaborada sem a presença da população e se esta população também não conseguir exercer um controle sobre a implementação das políticas públicas, serão

privilegiadas aquelas políticas que os gestores julgarem mais convenientes (Viana, Lima & Oliveira, 2002; Machado, 2008).

Neste sentido salienta-se a importância de se estabelecer instâncias de mediação entre os diversos interesses que certamente irão aflorar no decorrer dos processos de implementação de políticas públicas. Em Estados federativos caracterizados pela pluralidade de centros autônomos e interdependentes de decisão, o processo de implementação de políticas públicas se desenvolverá em um cenário de intensas negociações e conflitos, no qual diferentes atores dotados de variados tipos de legitimação deverão cooperar para o alcance de objetivos comuns. Tais circunstâncias justificam a permanente necessidade de criação de estruturas dedicadas à relação entre centro e periferia, como instrumentos de diplomacia intergovernamental, sem o que, dificilmente, se implantariam políticas e programas públicos com alto grau de eficiência (Viana, Lima & Oliveira, 2002).

### **Considerações Finais**

Verifica-se que o processo de implementação de políticas públicas em nível local encontra-se relacionado a diversificados condicionantes decorrentes, sobretudo, de três conjuntos de fatores: 1) tradição das práticas políticas observadas no Brasil ao longo de sua história; 2) processo de descentralização e municipalização desencadeado a partir da Constituição Federal de 1988; 3) relações de interdependência entre os entes integrantes da federação.

A distinção entre Estado federal e federalismo indica que a estrutura institucional de um Estado não se constitui na única variável responsável pela determinação das práticas políticas, não sendo possível apenas por meio desta estrutura garantir a instauração de um federalismo conforme o concebido teoricamente. A implementação de um sistema federalista

tem por premissa a repartição de poder (o mais igualitariamente possível) entre os integrantes da federação, possibilitando o exercício da autonomia por parte das subunidades nacionais. Contudo, tal distribuição tende a variar, proporcionando diferentes arranjos dentro da lógica federalista. Estes arranjos dependem das características das relações entre os integrantes da federação, que podem se revelar mais inclusivas (fortalecendo o poder do centro) ou mais coordenadas (fortalecendo o poder das unidades periféricas). A configuração de um sistema federalista depende assim, dos mecanismos disponíveis para se constringer o poder do centro, sendo que tal capacidade pode ser representada através de um gradiente composto por um extremo de mínimo constringimento, no qual se situaria o Estado unitário, e por outro extremo de máximo constringimento, onde se localizaria a Confederação.

Verifica-se que Estados constituídos a partir do interesse de união de subunidades nacionais fortes e dotadas de certa autonomia apresentam maior possibilidade de produzirem práticas federalistas em que predomine a equivalência de poder, que Estados originados da imposição de um governo central pré-existente.

Tendo em vista que a capacidade de implementação de políticas públicas por parte do ente municipal decorre de sua vocação em exercer a autonomia que formalmente lhe foi conferida, pode-se admitir que tal capacidade apresentou-se fortemente reduzida durante os períodos anteriores à Constituição de 1988, uma vez que se observam poucas ocasiões em que os municípios compartilham do poder decisório.

Observando a trajetória de configuração do poder no contexto político brasileiro, se constata longos períodos ditatoriais em que os municípios pouco participam das decisões sobre suas políticas. Estes momentos caracterizados por intensa centralização decisória colaboraram para que as administrações públicas locais não se preparassem para assumir as responsabilidades a elas conferidas, a partir do processo de democratização do país, deflagrado nos anos 1980.

Por conseguinte, mesmo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual elevou os municípios à condição de ente federado, a autonomia municipal esbarrou nas dificuldades político-administrativas pertinentes aos governos locais, não se verificando condições concretas para que os municípios pudessem participar do poder decisório.

Grande parte destas dificuldades se origina das relações de mando historicamente construídas entre as classes sociais, nas quais se observa o predomínio dos interesses de certos grupos em detrimento dos interesses da população, fazendo com que as políticas que não se coadunam com os interesses da classe dominante apresentem chances reduzidas de implementação. Neste sentido, o processo de descentralização deflagrado pela norma constitucional de 1988, ao invés de facilitar a implantação de ações condizentes com as necessidades das comunidades locais, em certas ocasiões, funcionou como ferramenta para que grupos tradicionalmente atrelados ao poder pudessem se fortalecer ainda mais.

Deste modo, políticas elaboradas em outras instâncias governamentais, apesar de necessárias ao bem-estar das comunidades locais, às vezes não são implantadas no todo ou em parte, por não atenderem os interesses dos grupos detentores do poder.

No Brasil, apesar do fortalecimento da autonomia municipal verificado desde o final dos anos 1980, ainda se verifica uma gama de políticas que são elaboradas no nível estadual ou federal e implementadas no nível municipal. Neste caso, se os governantes municipais não se encontrarem devidamente informados e convencidos a respeito de sua importância, não agirão para sua implementação. Além disso, considerando que os interesses dos governantes nem sempre coincidem com os anseios da população, a preservação do interesse coletivo dependerá de uma efetiva e institucional participação popular, mediante o envolvimento dos cidadãos nas diversas instituições que compõem a sociedade (associações de bairro, conselhos setoriais como os de saúde e educação, sindicatos, grêmios estudantis entre outras).

No entanto, se constata uma precariedade desta participação, fazendo com que, reiteradas vezes, a agenda dos governos locais seja construída a partir dos interesses de grupos tradicionais que historicamente se mantêm no poder. Setores específicos da população, em decorrência das dificuldades de se organizar coletivamente, passam a estabelecer relações clientelistas com os atores governamentais, originando uma rede de barganhas e negociações que, na maioria das situações, não resultam em políticas públicas compatíveis com as necessidades da maioria.

Deste modo, a criação de instâncias de mediação com capacidade de estabelecer negociações voltadas para o ajuste dos interesses de cada ente às necessidades de todos, embora se revele tarefa complexa em decorrência da autonomia das subunidades nacionais, torna-se estratégia fundamental para assegurar a implementação de políticas públicas que dependam da participação das três esferas de poder.

Enfim, é preciso admitir que o florescimento das esperadas vantagens da descentralização, como maior eficiência, aumento de transparência e abertura para maior participação da sociedade civil não depende unicamente de um real ou suposto figurino institucional, mas de um contexto social e cultural que assim deseje e permita.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Luiz Fernando. *Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.
- AMORIM, Maria Salete de Souza. Cultura política e estudos do poder local. *Revista Debates*, Porto Alegre, v.1, n.1, p. 99-120, 2007.
- ARRETCHE, Marta. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.
- ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n. 3, p. 455-479, 2002.
- CARVALHO, José Murilo de. Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 32- 45, 1997.
- CORRALO, Giovani da Silva. O poder municipal na federação brasileira: reflexão sobre a autonomia municipal e o federalismo. *História: debates e tendências*, Passo Fundo, v. 15, n. 1, p. 128-139, 2015.
- COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. Federalismo e relações intergovernamentais: implicações para a reforma da educação no Brasil. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 31, n. 112, p. 729-748, 2010.
- JACOBI, Pedro. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 31-48, 1999.
- MACHADO, José Ângelo. Gestão de políticas públicas no estado federativo: apostas e armadilhas. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 433-457, 2008.
- MASSUANGANHE, Israel Jacob. O poder local, as autoridades tradicionais e a reforma da governação local: as relações de poder e os desafios no quadro da descentralização. *Justiça do direito*, Passo Fundo, v. 1, n. 2, 2011 - Edição especial - p. 111-155.
- ROCHA, Carlos Vasconcelos. Significados e tendências do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha. In HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta (org.) *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 29-63, 2013.
- SANO, Hironobu; ABRUCIO, Luiz Fernando. Federalismo e articulação intergovernamental: os conselhos de secretários estaduais. In HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio



Pimenta (org.) *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 213-246, 2013.

SANTIN, Janaína Rigo; FLORES, Deborah Harrtmann. A evolução histórica do município no federalismo brasileiro, o poder local e o estatuto da cidade. *Justiça do direito*, Passo Fundo, v. 20, n. 1, p. 56-69, 2006.

SILVA, Márcia da. Poder local: conceito e exemplos de estudos no Brasil. *Sociedade & Natureza*, Uberlândia, v. 20, n. 2, p. 69-78, 2008.

SOARES, Catharina Leite Matos; PAIM, Jairnilson Silva. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974, 2011.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Revista Sociologia e Política*. Curitiba, n. 24, p. 105-121, 2005.

STEPAN, Alfred. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do demos. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 30-45, 1999.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; LIMA, Luciana Dias; OLIVEIRA, Roberta Gondim. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n. 3, p. 493-507, 2002.

## 4.2 ARTIGO 2<sup>3</sup>

### **Saneamento básico e fluoretação da água de abastecimento público: enlaces e desenlaces de uma política intersetorial**

#### **RESUMO**

Foi analisada a história do saneamento no Brasil a fim de situar a política de fluoretação da água de abastecimento neste contexto, buscando compreender como o modelo adotado para a configuração do saneamento refletiu na implementação da referida política. Foi tomado como exemplo o estado de São Paulo e, em particular, o desenvolvimento deste processo em pequenos municípios. Verificou-se que a configuração do saneamento no Brasil se caracterizou por uma distribuição desigual dos recursos, havendo maiores investimentos em municípios mais desenvolvidos. No caso do Estado de São Paulo, tal distribuição desigual conduziu a um cenário marcado, por um lado, pela consolidação de uma grande Companhia de Saneamento Estadual e, por outro, pelo surgimento de simplificados sistemas municipais.

Palavras-chave: Saneamento. Fluoretação. Pequenos municípios

#### **ABSTRACT**

The history of Brazilian sanitation system was analyzed with the objective of situating the fluoridation policy of water public supply in this context, also with the aim of understanding how the adopted model in the sanitation system influenced the policy implementation. The state of São Paulo was used as an example and particularly the development of this process in small municipalities. It was concluded that the sanitation system in Brazil was characterized by an unequal distribution of the resources, with big investments in more developed cities. In the case of the state of São Paulo, the uneven distribution has lead to a scenario characterized by the consolidation of a big Company of State Sanitation and by the creation of simplified municipal systems.

---

<sup>3</sup> Elaborado conforme instruções do periódico *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*.

Keywords: Sanitation. Fluoridation. Small villages.

## **INTRODUÇÃO**

Ao lado de ações como a vacinação, o controle das doenças infecciosas e o reconhecimento do tabagismo como prejudicial à saúde, a fluoretação da água foi considerada uma das dez mais importantes medidas de saúde pública do século XX. Como parte da agenda política internacional de saúde pública, tem sido objeto de estudos que abordam diferentes aspectos a ela relacionados, entre eles, sua relação com as medidas de saneamento (CDC, 1999).

A história da expansão da fluoretação da água de abastecimento como uma medida integrante da política brasileira de saneamento traçou um caminho ainda pouco escrutinado. Explorar esses percursos e investigar os pontos de entrelaçamento pode auxiliar na compreensão das relações entre o setor e essa importante política intersetorial.

O objetivo deste estudo foi analisar como o modelo adotado para a configuração do saneamento básico no Brasil se refletiu na implementação da política de fluoretação da água de abastecimento público ao longo da história.

Com base em documentos técnicos e na literatura científica, pretendeu-se reconstruir esse percurso segundo cinco períodos, enfocando o Estado de São Paulo, tendo em vista a importante expansão que a política de fluoretação da água experimentou nesse território. Os resultados foram estruturados nas seguintes seções: Período Pré-Republicano; República Velha; Era Vargas; O Golpe de 1964: apogeu e declínio de um modelo centralizado; Período Pós-Constituinte de 1988: diferentes projetos em disputa.

### **Período Pré-Republicano**

A operação dos serviços de abastecimento de água e coleta de esgoto no estado de São Paulo foi concedida, em 1877, à Companhia Cantareira & Esgotos, permanecendo o Estado apenas como fiscalizador. No entanto, a estruturação de uma rede de saneamento requiritava um tempo longo para ser concluída e, mesmo se estabelecendo um preço pelos serviços, o retorno financeiro não se mostrava satisfatório a curto e médio prazo. Em decorrência, não se obtém grandes avanços na extensão da rede de esgoto e de abastecimento de água durante a fase de concessões às empresas privadas (Campos, 2005; Souza et al. 2015).

A maneira como ocorria a oferta de água para consumo e os meios para o despejo dos dejetos não se mostrava adequada diante do aumento populacional que se observava nas cidades pertencentes ao eixo de comercialização do café. As teorias médicas concebidas para a transmissão de doenças apontavam para a precariedade do saneamento como uma das principais causas das moléstias que assolavam as populações urbanas neste período. Desta maneira, o saneamento passou a se constituir em uma das premissas para a preservação e reprodução da força de trabalho e, portanto, para preservação e reprodução do próprio capital.

Acresce que, a partir da introdução da economia brasileira no mercado internacional, as classes dominantes inseridas na estrutura do Estado passaram a reconhecer a importância do aparato sanitário para a consolidação do modelo econômico por elas pretendido (Campos, 2005).

### **República Velha**

A urgência da oligarquia cafeeira em constituir uma estrutura sanitária capaz de contribuir para o desenvolvimento comercial do setor levou à estatização da Companhia Cantareira & Esgotos em 1892. Por conseguinte, esta nova postura adotada pelo Estado entre o final do século XIX e início do século XX, produziu uma ampliação da estrutura sanitária tendo em vista à necessidade de criação de relações de produção que se revelassem capazes de atender as exigências do capitalismo mundial, no qual a economia brasileira tentava se inserir (Singer, 1974; Campos, 2005; Bernardini, 2007; Souza et al. 2015).

Neste período, os governos republicanos promoveram intervenções em cidades portuárias por todo o Brasil, com destaque para Santos e Rio de Janeiro. Além desta preocupação com o saneamento das cidades portuárias no sentido de se modificar a imagem de barbárie e escravidão atrelada ao país, a criação de um eixo interno de produção, comercialização e escoamento do café também suscitou a necessidade de se estabelecer estruturas que tornassem seguras as atividades mercantis estabelecidas entre as cidades integrantes desta rede (Bertolli Filho, 1999).

Tal circunstância proporcionou, segundo Merhy (1985), uma profunda concentração de poder político nas mãos das instituições pertencentes ao campo da saúde pública. A utilização das práticas sanitárias por parte do Estado no decorrer das duas primeiras décadas do século XX, com vistas ao alcance de seus objetivos econômicos, provocou verdadeiras revoluções urbanas em cidades importantes para o setor exportador, uma vez que estas instituições passam a funcionar como um “braço” de poder do Estado oligárquico. Para Merhy (1985), o

fato das reformas urbanas (incluindo as sanitárias) serem motivadas, sobretudo, pela intenção de salvaguardar os interesses econômicos dos grupos pertencentes ao setor agroexportador, fez com que as relações de poder entre sociedade e Estado fossem se consubstanciando em torno do autoritarismo e da dominação do Estado oligárquico sobre as demais camadas da população.

Embora a Constituição de 1891 assegurasse a autonomia dos municípios em tudo que representasse o seu peculiar interesse, o fato destes ainda não se encontrarem consolidados institucionalmente fez com que a encampação dos serviços de saneamento ficasse, em grande parte, por conta dos governos estaduais (Gleizer, 2001).

Na ocasião, o estado de São Paulo que até pouco tempo se constituía em uma província tímida e pouco desenvolvida economicamente, experimenta um rápido crescimento político e econômico, passando a competir com a União em termos de poder. Com o advento da República se originam tensões entre estado e municípios, fazendo com que o estado passe a implementar medidas com vistas a conter o poder dos governos locais. As ações de saúde pública figuram como uma das principais estratégias adotadas para tal finalidade (Mota, 2005).

Deste modo, o governo estadual se empenha na construção de um amplo conjunto de leis e instituições, por meio do qual a oligarquia cafeeira, que naquele tempo ocupava o aparelho estatal, pudesse consolidar seu poder político no campo concreto (Telarolli Jr., 1996).

Entre as instituições criadas na época destaca-se o Serviço Sanitário Estadual, o qual podia intervir no contexto das vilas e cidades, se sobrepondo ao poder de decisão dos governos locais nas questões concernentes à política de saneamento (São Paulo, 1892).

Sobre o Serviço Sanitário, Merhy (1985) destaca que se tratava de um serviço policial verticalmente administrado, cujo objetivo central era intervir impositivamente no contexto dos municípios e assim impedir que os interesses de grupos dominantes (representados pelo setor cafeeiro e por uma classe industrial incipiente) fossem ameaçados.

No entanto, como no estado de São Paulo alguns municípios apresentavam-se bem estruturados (tanto institucional como economicamente) tais intervenções causavam conflitos entre as autoridades locais e os membros das autoridades estaduais, o que dificultava a contenção de certos quadros epidêmicos e, por conseguinte, prejudicava as intenções saneadoras das classes dominantes (Ribeiro, 1993; Telarolli Jr., 1996).

No entanto, a maioria dos municípios paulistas se encontrava em condições administrativas precárias, o que facilitava a iniciativa do governo estadual em confiscar-lhes a

autonomia. Na verdade, o estado fomentava a disputa entre as municipalidades para, posteriormente apoiar os vencedores e assim estabelecer um conjunto de apoios para a manutenção de seu poder (Mota, 2005).

Diante deste quadro, vai se estabelecendo uma iniquidade estrutural entre os municípios, sendo que os mais alinhados com o governo estadual vão se tornando mais desenvolvidos (Mascarenhas, 1973).

Desde o período colonial até o início do período republicano as ações de saneamento eram de responsabilidade dos governos municipais, a partir da proclamação da República, apesar dos municípios continuarem legalmente habilitados a legislar sobre as questões de saneamento, os interesses e decisões do governo estadual foram sendo impostos aos municípios por intermédio da criação de órgãos oficiais com poder de intervenção (Mascarenhas, 1973).

No intuito de preservar sua hegemonia política e econômica, o Estado oligárquico paulista se esmerou em construir um arcabouço jurídico-institucional no campo da saúde pública, cuja estruturação contribuiu para a legitimação de sua autoridade sobre as ações e serviços de saneamento. A compreensão de que o avanço das condições sanitárias constituía um condicionante essencial para a materialização das relações mercantilistas pretendidas pela oligarquia cafeeira, fez com que o governo estadual instituisse um controle policialesco sobre o setor, assumindo diretamente a operação das ações sanitárias e impondo medidas verticais aos governos municipais (Campos, 2005).

Tal postura, se por um lado colaborou para o estabelecimento de uma estrutura voltada para a oferta de serviços de coleta de esgoto e distribuição de água, por outro lado, induziu a criação de uma relação de subserviência entre municípios e governo estadual, sobretudo dos municípios menos favorecidos economicamente. Assim, de maneira indireta, o Serviço Sanitário decidia quais municípios seriam contemplados com a estruturação de sistemas de abastecimento (Campos, 2005).

Tendo em vista a ocupação do governo estadual por setores ligados à oligarquia cafeeira, os municípios contemplados eram sempre aqueles que, de alguma forma, participavam do processo de comercialização do café. A postura adotada conduziu a um cenário de desigualdade entre os municípios, possibilitando o surgimento de uma estrutura sanitária mais complexa e organizada em alguns e o abandono de outros (sobretudo os de menor porte) à própria sorte. Desta forma, com o passar do tempo as cidades que receberam maior investimento foram se tornando mais independentes do ponto de vista urbano e sanitário, ao contrário das localidades não pertencentes ao complexo cafeeiro. Estas, sem

recursos para desenvolverem um aparato urbano e sanitário satisfatório se viram, muitas vezes, obrigadas a abdicar de sua autonomia em prol da obtenção de recursos que permitissem garantir a oferta de um mínimo de serviços de esgotamento sanitário e abastecimento de água a seus cidadãos (Campos, 2005).

Além de condizentes com as concepções que embasam os conhecimentos de cada época, as práticas sanitárias também são induzidas pelo modo de organização das classes sociais e pelas relações de poder estabelecidas entre elas, o que configura o tipo de Estado predominante em cada período e, por conseguinte, a natureza das ações por este propagadas. Em São Paulo, esta classe que dominava o aparato estatal, mesmo diante da autonomia formal concedida aos municípios no texto constitucional de 1891, exerceu um controle tão intenso sobre o ente municipal que, no referente aos sistemas sanitários, praticamente o excluiu de qualquer participação nos processos decisórios, impondo assim um modelo estrutural nem sempre de acordo com as necessidades das populações locais. O resultado foi que o acesso aos serviços de saneamento no início do século XX se manteve restrito aos núcleos centrais das grandes cidades, atingindo apenas entre 10% e 15% da população brasileira (Souza et al. 2015).

Embora a perspectiva municipalista encontre-se arraigada ao contexto jurídico brasileiro desde a Constituição de 1891, nem sempre no campo concreto tal concepção foi materializada, sendo que durante a República Velha, em particular no estado de São Paulo, observa-se uma sobreposição do poder do governo estadual sobre a autonomia municipal. Este cenário começa a se modificar com o advento da Era Vargas.

### **Era Vargas**

Com o final da hegemonia do setor cafeeiro e a condução de Getúlio Vargas à presidência da República em 1930, verifica-se uma aceleração do processo de industrialização do país e o fortalecimento de um novo grupo de poder ligado a este setor, sobretudo, à indústria da construção civil. Constituído por um conjunto de empresas de grande porte e com relativa influência sobre a economia e a política nacional, o campo da construção civil passa a pressionar pela configuração de uma estrutura física que pudesse adequar as cidades (representadas, nesta época, por aglomerados urbanos em franca expansão) aos interesses do modo capitalista de produção (Bueno, 1994). Segundo o autor, o estabelecimento de uma estrutura física urbana voltada para o saneamento básico constituía elemento estratégico para a preservação das forças produtivas necessárias à consolidação do setor industrial emergente.

Os investimentos destinados à implantação de tal estrutura também contribuíram para o crescimento desordenado das cidades e para o surgimento de uma classe trabalhadora assalariada que crescia nas regiões periféricas dos grandes centros. Por conseguinte, se iniciou a configuração de um cenário urbano contraditório, marcado de um lado, pela modernização do aparato sanitário, e de outro, pelo surgimento de comunidades de trabalhadores totalmente desprovidas de infraestrutura (Bueno, 1994).

Ao contrário do período anterior, caracterizado por uma intensa concentração de poder político e econômico nas mãos dos governos estaduais, em especial nas mãos dos estados nos quais os grupos pertencentes ao setor agroexportador operavam (caso de São Paulo), o Governo Vargas buscou impor o poder político do governo federal através da implantação de um regime centralizador. Neste sentido, os serviços de saneamento anteriormente controlados pelos estados começam a ser operacionalizados por estruturas organizacionais ligadas ao Governo Federal e financiadas diretamente por meio de recursos da União (Bier et al. 1988; Bueno, 1994).

Uma das estratégias adotadas na época consistiu na criação de departamentos (tanto nos estados como nos municípios) cuja administração cabia ao governo federal. Um exemplo é o Departamento das Municipalidades do Estado de São Paulo, o qual possuía como finalidade construir sistemas de esgotamento sanitário e distribuição de água em cidades do interior do estado e depois repassá-los às administrações municipais. A história demonstra que, na maioria das vezes, em decorrência das deficiências técnicas e econômicas apresentadas pelos municípios, estes sistemas acabavam se deteriorando. Tais circunstâncias conduziram a uma expansão tímida dos serviços de saneamento ao longo das décadas de 1930 e 1940 (Bernardine, 2007; Mascarenhas, 1973).

Em contrapartida, foi neste período que importantes marcos jurídicos relativos à normatização do uso dos recursos hídricos no território brasileiro foram instituídos. Um exemplo foi a criação do Código de Águas que representou um direcionamento para a gestão pública do saneamento, principalmente no referente ao abastecimento de água nos municípios (Nozaki, 2007).

Outro fato importante foi a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Resultado de um acordo firmado com o governo norte-americano, a organização federal foi estruturada com o objetivo de proteger as populações produtoras de matéria-prima destinada à indústria da guerra. Programado para ser extinto ao final da guerra, o SESP permaneceu após este período, expandindo sua atuação para quase todo país. Nos anos 1950 passou a desempenhar papel preponderante no campo da saúde pública e, por conseguinte, na



reestruturação do contexto sanitário brasileiro, disseminando o conhecimento de novos processos como o da fluoretação da água (Bier et al. 1988).

Foi neste período que ocorreu em 1953, com a colaboração de recursos do SESP, a instalação da primeira unidade de fluoretação de água de abastecimento público na cidade de Baixo Guandu, estado do Espírito Santo. Na época, se verificou que a cidade de Baixo Guandu dispunha de um sistema de abastecimento que satisfazia as exigências da Engenharia Sanitária do SESP, se tornando uma opção para a realização de um estudo direcionado a verificar os benefícios da fluoretação da água (Batalha, 1984; Emmerich & Freire, 2003).

No estado de São Paulo, um grupo de especialistas motivados pelo pioneirismo da fluoretação da água em Grand Rapids e Newburgh no início dos anos 1940 nos Estados Unidos, começou a desenvolver estudos no sentido de discutir tal medida. Uma destas iniciativas foi a introdução do conteúdo sobre a fluoretação da água na disciplina *Tratamento da Água de Abastecimento*, integrante do currículo do primeiro curso de engenharia sanitária criado no Brasil e realizado na então Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Batalha, 1984).

Outra iniciativa importante em relação à fluoretação da água foi a instauração de uma comissão em 1952, do qual participaram, entre outros personagens ilustres, Alfredo Reis Viegas e Yago R. Gandra, voltada para o estudo da redução da cárie dentária a partir do emprego do método de fluoretação da água de abastecimento. Estes esforços contribuíram para que em dezembro de 1956 a cidade de Marília se constituísse no segundo município brasileiro e primeiro município paulista a ter suas águas de abastecimento fluoretadas. Na cidade de São Paulo, em 1957 no bairro do Caxingui, foi aplicada de forma experimental a fluoretação da água de abastecimento, beneficiando aproximadamente 4 mil pessoas (Batalha, 1984).

Em termos políticos, vale destacar que após 1945, terminada a Segunda Guerra Mundial e encerrado o governo ditatorial de Getúlio Vargas, o Brasil atravessou um período político caracterizado por democracias populistas, o qual perdurou até o golpe militar de 1964. Este novo cenário propiciou uma transformação na forma de administração dos serviços de saneamento, sendo que o modelo centralizador predominante na Era Vargas (1930-1945) foi substituído por um modelo capitaneado pelo SESP (Bier, et al. 1988).

Como reflexo desta nova filosofia do governo federal, aqueles municípios no estado de São Paulo que por fazerem parte do complexo cafeeiro já haviam recebido benfeitorias em relação à estruturação de um aparato urbano e sanitário durante a República Velha puderam, a partir da conjugação de recursos próprios com os provenientes da União, organizar complexos

e modernos sistemas de esgotamento sanitário e de abastecimento de água. Este modelo de construção e financiamento dos serviços sanitários atinge seu ápice no início dos anos 1960 quando o SESP foi transformado em fundação (FSESP - Fundação Serviços de Saúde Pública) e passa a contar com um maior aporte financeiro advindo da União e de organismos internacionais.

No entanto, apesar do apoio técnico e financeiro oferecido às municipalidades, o fato de não haver um plano nacional direcionado para a organização de um sistema sanitário que atendesse as necessidades do país como um todo, fez com que ocorresse um processo desordenado de municipalização do setor, o qual conduziu a uma marcante desigualdade na distribuição dos serviços. Desta maneira, no início dos anos 1960 por volta de apenas 50% da população urbana, na maioria residente em grandes centros, dispunha de acesso à água tratada (Bier et al. 1988).

Em relação à fluoretação da água, por se tratar de uma política intersetorial dependente do desenvolvimento de um aporte sanitário para a sua implantação, pode-se concluir que esta também apresentava dificuldades para se expandir. No estado de São Paulo, no qual o acesso à água tratada era mais amplo que em outros estados, dados divulgados no 1º Simpósio de Engenharia Sanitária, realizado em 1966, apontavam que as cidades de Marília, Campinas, Araraquara, São José do Rio Preto e a Estação de Tratamento de Água de Caxingui (um bairro na cidade de São Paulo) já fluoretavam seus sistemas públicos de abastecimento de água (Batalha, 1984).

Vale também destacar neste período, a realização do I Simpósio Brasileiro do Flúor, em Santa Maria no ano de 1959 e do II Simpósio Estadual do Flúor em Pelotas, onde se destacou a expansão do projeto de fluoretação das águas no estado do Rio Grande do Sul, o qual atingia, na época, 27 cidades (Pires-Filho, 2018).

### **O Golpe de 1964: apogeu e declínio de um modelo centralizado**

Tendo em vista os resultados insatisfatórios alcançados até meados dos anos 1960 em relação à expansão das redes de esgoto e de serviços de abastecimento de água e, considerando o novo cenário político introduzido a partir do golpe militar de 1964, marcado pelo forte centralismo na condução das políticas públicas, as estratégias direcionadas à construção, operação e financiamento dos sistemas de saneamento atravessaram uma substancial transformação entre 1964 e 1984 (Bier et al. 1988).

Em relação ao financiamento, o fato da reforma tributária imposta pelos governos militares conduzir a uma concentração dos recursos provenientes dos impostos na esfera federal fez com que as municipalidades dispusessem de menos recursos para aplicar em saneamento, sendo que mesmo a FSESP, até então componente fundamental no financiamento dos sistemas de saneamento, passou a encontrar dificuldades para a captação de recursos, provocando a redução dos investimentos no âmbito municipal (Bier et al. 1988).

Quanto à construção e operação dos serviços, seguindo a filosofia centralizadora dos governos militares, a intenção consistia em se instituir uma estrutura vinculada à União que abarcasse a coordenação das ações de saneamento no território nacional (Lucena, 2006).

Nesse contexto foi fortalecida a concepção de um modelo empresarial voltado à operação dos serviços de saneamento, através de empresas autossustentáveis. Este modelo vinha sendo forjado desde o início da década de 1960, período em que surgem as primeiras empresas estaduais desta natureza em estados como Paraná e São Paulo (Souza et al. 2015).

De acordo com tal lógica foi criado em 1971 o Plano Nacional de Saneamento (PLANASA), um projeto federal voltado para a expansão dos serviços de esgotamento sanitário e distribuição de água a todas as cidades brasileiras, pautado por uma política tarifária baseada no equilíbrio entre receita e despesa e por uma oferta de serviços de acordo com a demanda proveniente do crescimento da população urbana (Lucena, 2006).

O PLANASA era gerido pelo Banco Nacional de Habitação (BNH) implantado em 1964, que além de participar do financiamento, aprovava as propostas dos investimentos estaduais, avaliava a consistência técnica dos projetos e fiscalizava o funcionamento das companhias estaduais de saneamento básico. Estas por sua vez, representavam as principais operadoras dos sistemas sanitários municipais no âmbito do projeto (Lucena, 2006).

As companhias estaduais de saneamento básico, embora de propriedade dos governos estaduais, deveriam seguir diretrizes federais e somente poderiam operar mediante a concessão dos governos municipais, sempre na forma de monopólio. Tal situação fez com que municípios de médio e grande porte que já haviam organizado sistemas sanitários eficientes na época áurea da FSESP não se interessassem em aderir ao plano federal, preferindo manter a operação de seus próprios serviços (Sanches, 2001).

O sucesso do PLANASA estava submetido à criação e desenvolvimento destas companhias, as quais não apenas ficariam encarregadas de operar os serviços, mas também deveriam construir e manter os sistemas municipais (Sanches, 2001).

Vale salientar que na época de implantação do PLANASA, segundo dados sistematizados por Grinplastch (1974), havia no Brasil 76 sistemas de abastecimento

fluoretados (42 administrados pela FSESP) que beneficiavam por volta de três milhões e meio de habitantes. Em São Paulo as cidades de Marília, Campinas, Araraquara, São José do Rio Preto, Bragança Paulista, Barretos, Piracicaba, Santa Isabel e Franca dispunham de sistemas de fluoretação não administrados pela FSESP e geralmente mantidos pelas administrações municipais, os quais beneficiavam aproximadamente 800 mil pessoas.

Destaca-se que grandes capitais estaduais, como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, em 1972 ainda não fluoretavam suas águas de abastecimento (Grinplastch, 1974).

O PLANASA, ao contrário do cenário configurado até meados dos anos 1960, caracterizado pela presença de diversos sistemas municipais autônomos, representou um marco no que diz respeito à participação dos estados na provisão e operação dos sistemas de saneamento no Brasil, produzindo reflexos na política de saneamento que permanecem até hoje.

Este modelo adotado pelo regime militar nos anos 1960 e 1970 conduziu a um novo período de enfraquecimento dos municípios no tocante ao processo de expansão dos serviços de saneamento no Brasil, provocando uma concentração de poder político e econômico nas mãos das companhias estaduais de saneamento básico (Melo, 1989; Souza et al. 2015).

Segundo estudos reunidos por Scriptori e Júnior (2012), o PLANASA impôs no campo do saneamento uma espécie de subordinação de parte dos municípios brasileiros aos demais entes federativos (estados e União), uma vez que sem recursos para a implantação, operação e manutenção de serviços próprios de água e esgoto, tiveram que concedê-los para as companhias estaduais de saneamento básico.

Especialistas apontam que a opção do PLANASA em fortalecer politicamente a esfera estadual decorreu, em grande parte, do contexto presente à época, caracterizado pelo controle do governo federal sobre todos os governadores e prefeitos das principais capitais, uma vez que estes não eram eleitos diretamente, mas sim indicados pela União (Souza et al. 2015).

Do ponto de vista institucional, no que se refere à fluoretação da água, foi durante este período que se deu a promulgação de Lei Federal 6.050 de 1974, a qual obrigava a inclusão da fluoretação nos locais onde havia estações de tratamento de água. Desta forma, esta medida deixou, do ponto de vista legal, de ser fruto de iniciativas isoladas para se tornar política oficial, o que estimulou inúmeros municípios a adotar este benefício para suas respectivas comunidades (Batalha, 1984).

No estado de São Paulo, em 1977, o governo por meio do Decreto 10.330, ofereceu financiamento aos municípios interessados em instalar sistemas de fluoretação da água de abastecimento. Concomitantemente, a Companhia de Saneamento Básico do Estado de São

Paulo (Sabesp) iniciou um programa de fluoretação da água com a utilização do ácido fluossilícico (produto de baixo custo), o que contribuiu para baratear o processo (Buendia, 1983).

Neste mesmo ano, o Departamento de Assistência ao Escolar (DAE) vinculado à Secretaria de Estado da Educação iniciou um programa para oferecer assistência técnica aos municípios interessados em desenvolver projetos de fluoretação da água de abastecimento. A partir destas iniciativas, até o início dos anos 1980, 65 municípios solicitaram tal assistência para implantar sistemas de fluoretação da água (Buendia, 1983; Batalha, 1984).

Outra medida importante para o incremento da fluoretação no estado de São Paulo foi a instituição, em 1979, de um grupo de trabalho formado por representantes da Secretaria de Estado da Saúde, Sabesp, Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (Cetesb), DAE e Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para implementar a expansão da fluoretação da água nos municípios paulistas. A partir de tal iniciativa foi estabelecido um contrato entre Secretaria de Estado da Saúde e Cetesb no sentido de se atender os sistemas de abastecimento não integrados ao PLANASA (Buendia, 1983; Batalha, 1984).

Como resultado das ações implantadas, se observou uma franca expansão da política de fluoretação da água no estado de São Paulo neste período, sendo que os municípios com sistemas fluoretados passaram de 19 para 145 entre os anos de 1977 e 1983 (Buendia, 1983).

No âmbito nacional, com a abertura política verificada a partir da década de 1980, o controle da União sobre os governos estaduais e sobre os prefeitos das principais capitais enfraqueceu, tendo em vista o retorno das eleições para os cargos executivos nestas localidades. As transformações políticas em curso e as dificuldades macroeconômicas presentes na época geraram certa escassez das fontes de financiamento para programas federais (Melo, 1989).

Como o PLANASA concentrava seus esforços na construção dos sistemas deixando os custos operacionais sob a responsabilidade dos governos locais, se constatou uma degradação destes serviços em localidades em que o retorno financeiro, através da implantação de tarifas, se mostrou insuficiente para a sustentação do sistema (Scriptore & Júnior, 2012).

Outro aspecto a ser considerado foi o endividamento das companhias estaduais de saneamento básico, as quais por se encontrarem substancialmente dependentes dos recursos federais provenientes do PLANASA, passaram a encontrar dificuldades para alavancar investimentos neste período (Melo, 1989).

Todos estes fatores provocaram um desmonte do programa de saneamento engendrado pelos governos militares. Com o advento da Nova República, o BNH foi extinto em 1986, sendo suas atribuições, incluindo às referentes à política de saneamento, transferidas para a Caixa Econômica Federal. Conseqüentemente, o PLANASA que já atravessava dificuldades como a falta de adesão de vários municípios ao plano e a impossibilidade de aplicação de uma política tarifária realista frente à vulnerabilidade econômica da maior parte da população brasileira, terminou por sucumbir diante das restrições orçamentárias, sendo totalmente desativado em 1992. Sua extinção representou o encerramento da política de saneamento oriunda do período ditatorial iniciado em 1964, a qual se caracterizou pelo predomínio decisório dos governos estaduais e pela conseqüente dificuldade dos municípios em gerirem seus próprios sistemas de saneamento (Lucena, 2006; Melo, 1989).

### **Período Pós-Constituinte de 1988: diferentes projetos em disputa**

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, o município passou a possuir uma autonomia institucional ainda não desfrutada no decorrer da história federativa brasileira, interrompendo assim o predomínio decisório dos entes federal e estadual durante o regime militar de 1964-1985 (Brasil, 1988).

Neste sentido a descentralização administrativa tornou-se sinônimo de redemocratização, impondo-se como imprescindível para a desconstrução da estrutura centralizadora hegemônica no período ditatorial. Não obstante, tal ênfase na municipalização gerou, em um primeiro momento, o enfraquecimento de ações elaboradas regionalmente, fazendo com que os municípios tivessem que se superar para atender as necessidades de seus cidadãos sem a colaboração ou mediação dos entes estadual e federal (Aversa, 2014).

No intuito de comprometer todos os entes federados, o texto constitucional estabeleceu competências comuns para União, estados e municípios sem, no entanto, especificar o papel de cada um neste processo. Tal postura instaurou um impasse jurídico-institucional após a extinção do PLANASA uma vez que, apesar de atribuir aos municípios a competência para a prestação de serviços locais, entre os quais podemos incluir o saneamento, o fato da Constituição de 1988 reconhecer a possibilidade dos estados organizarem regiões metropolitanas ou microrregiões urbanas, abriu espaço para que pudessem reivindicar a assunção dos serviços de saneamento (Brasil, 1988; Souza, 2011). Isto porque se as ações de saneamento fossem interpretadas nas regiões metropolitanas ou microrregiões como uma atividade pública de interesse comum e não apenas uma atividade de interesse local, sua

gestão poderia ser atribuída aos governos estaduais através de fixação de Lei Complementar (Souza, 2011).

Outro marco do período pós-constitucional de 1988 que contribuiu para a conformação de um contexto extremamente favorável à privatização foi a crescente tendência mundial de diminuição do papel executor dos Estados nacionais com a consequente ampliação de sua função reguladora. A onda neoliberal que invadiu a Europa no início dos anos 1980 ostentava como ideia principal a diminuição do tamanho do Estado e a ampliação da participação privada na prestação dos serviços públicos. No Brasil, os governos dos presidentes Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso incorporaram essas ideias e iniciaram a construção de um arcabouço jurídico-institucional propício à realização das reformas pretendidas (Souza et al. 2015).

Por sua vez, o setor de saneamento adentra os anos 1990 constituído por um conjunto de companhias estaduais fortes e uma gama imensa de sistemas municipais autônomos. Tal situação configurava um mercado bastante atraente ao setor privado, ávido em obter lucro por intermédio da prestação de serviços públicos. Estes fatores somados à tendência privatizante da economia mundial e a fragilidade político-administrativa de grande parte dos municípios brasileiros, fazia da privatização dos serviços de saneamento uma opção bastante atraente naquele momento (Sanches, 2001).

Entre 1970 e 1990, a cobertura urbana de abastecimento de água passou de 54% para 90%. Nesse mesmo período, a cobertura da fluoretação passou de 3% para 42% colaborando para colocar o Brasil, em 2010, no seletivo grupo de países de baixa prevalência de cárie dentária (Narvai, 2000; Brasil, 2010).

Todavia, no decorrer do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, os esforços do governo federal e dos governos dos estados no sentido de promover a privatização das empresas estaduais de saneamento depararam com a necessidade de se obter a permissão prévia dos municípios para a concessão desses serviços aos investidores privados (Souza, 2011). Segundo a autora tal situação decorreu das inúmeras disputas travadas entre estados e municípios pela titularidade do setor, em virtude da indefinição jurídica presente na legislação. Por conseguinte, diante desta insegurança jurídico-institucional as empresas não se sentiam encorajadas em investir em municípios com contratos firmados com as companhias estaduais de saneamento básico, uma vez que para adquirirem a concessão dos serviços municipais, os governos locais teriam que romper com as empresas estaduais (Souza, 2011).

Neste contexto, a privatização dos serviços públicos somente poderia ser levada a cabo mediante a consubstanciação de um marco legal que a viabilizasse. Aproveitando-se disso, o

Governo Fernando Henrique Cardoso apoiou a promulgação da Lei nº 8.967/1995, a qual estabeleceu diretrizes para a concessão dos serviços públicos e não mediu esforços para incentivar programas de reestruturação na área de saneamento que priorizassem tanto a privatização das companhias estaduais de saneamento básico como dos sistemas municipais (Sanches, 2001).

Em 2004 a Lei nº 11.079 instituiu as regras para a contratação de parcerias público-privadas por parte dos três entes federativos, ampliando assim o arcabouço jurídico-institucional favorável à privatização dos serviços públicos. Em 2007, no governo de Luis Inácio Lula da Silva foi promulgada a Lei Nacional do Saneamento Básico (Lei Federal 11.445), a qual pretendia dirimir as incertezas regulatórias, até então presentes no contexto das políticas de saneamento.

É importante salientar que a partir da vigência da referida legislação tornou-se mais clara a detenção da titularidade do poder concedente por parte dos municípios (embora ainda haja controvérsias) ficando, em princípio, sob sua responsabilidade a decisão de firmar contratos com as companhias estaduais e/ou com as empresas privadas de saneamento (Scriptore & Júnior, 2012; Souza et al. 2015).

No entanto, cabe indagar se os municípios estariam técnica e politicamente preparados para assumir tal papel.

O fortalecimento do poder decisório do ente municipal se mostrou mais vantajoso para os municípios de grande porte os quais, por possuírem orçamentos mais vultosos e serviços básicos mais desenvolvidos, passaram a deter um maior poder de barganha diante de estados e União. Em contrapartida os pequenos municípios, historicamente dependentes dos demais entes federados, apresentavam dificuldades para operacionalizar seus próprios serviços, uma vez que dispor de orçamentos reduzidos teriam que implantar tarifas incompatíveis com o perfil financeiro de suas populações (Aversa, 2014).

A situação exposta revela as dificuldades encontradas pelos municípios de pequeno porte em exercerem a autonomia a eles concedida, tendo em vista que ao longo da configuração do Estado brasileiro, no campo do saneamento, optou-se pelo fortalecimento de instituições estaduais e federais em detrimento das estruturas locais.

Em relação a esta questão, Aversa (2014) aponta que a pressão pela transferência de serviços para operadores externos colaborou para que grande parte das pequenas localidades não se estruturasse adequadamente, tanto do ponto de vista do preparo técnico dos recursos humanos disponíveis como da perspectiva da formação de uma estrutura voltada para a gestão e operação dos serviços de saneamento.



Diante das ponderações elencadas pode-se verificar o modelo administrativo privatista adotado pelos governos que ocuparam o poder nos anos 1990 e que, embora com menor intensidade, também pode ser observado nas ações dos governos vigentes nas primeiras décadas do século XXI. No caso dos serviços de saneamento não foi diferente. Atualmente a estrutura jurídica que regula a implantação, operação e financiamento destes serviços, favorece claramente sua privatização.

Não obstante, pode-se indagar por que a privatização neste campo avançou de forma mais lenta que em outros setores.

Sobre esta questão, Pinto (2003) salienta que o sucesso deste tipo de modelo depende da existência de uma estrutura regulatória que seja capaz de “acompanhar os custos de prestação do serviço, estabelecer padrões de qualidade, fiscalizar a empresa concessionária e planejar os investimentos necessários” (p. 9). No entanto, o autor ressalta que diante de um segmento marcado pela pouca experiência de regulação e pela fragmentação de sua gestão administrativa representada pela titularidade de mais de 5 mil municípios socioeconomicamente tão desiguais, a instituição de uma instância reguladora se constituiria em um desafio gigantesco, sendo que, considerando a fragilidade técnica e política de grande parte dos governos municipais, corre-se o risco das empresas privadas passarem a direcionar as leis e os editais de concessão em benefício próprio e a revelia do interesse comum.

Desta maneira, a necessidade de se instituir um processo de concessão e contratação adequado a cada tipo de realidade local, estimularia a concentração dos investimentos privados em regiões mais desenvolvidas econômica e estruturalmente, uma vez que a chances de retorno dos investimentos nestas localidades seria mais concreta (Sanches, 2001).

Porém, é preciso ponderar sobre os custos de manutenção de uma estrutura regulatória. É razoável admitir que para muitos, tais custos poderiam ser superiores aos custos da provisão direta dos serviços de saneamento, notadamente os custos de manutenção desses serviços.

Outro aspecto a ser considerado se constitui na força dos interesses em torno das companhias estaduais de saneamento básico, defendidos pelas associações de funcionários das empresas, sindicatos de classe etc. Fortalecidas substancialmente na época do PLANASA, estas empresas foram adquirindo consistência técnica e administrativa, exercendo um predomínio no âmbito deste segmento até meados dos anos 1980, de tal sorte, que uma infinidade de municípios celebrou contratos de concessão com as referidas companhias (Sanches, 2001).

Destacando a relação entre as políticas públicas e os interesses que as permeiam, Souza (2011) ressalta que o arcabouço técnico-institucional inerente às companhias estaduais de

saneamento básico ainda influencia as decisões políticas inerentes ao setor. Mesmo perante as tentativas de inovação propostas nas últimas décadas pelos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luis Inácio Lula da Silva, ainda prevalece o arranjo institucional característico da época do PLANASA, no qual as empresas estaduais praticamente detinham o monopólio dos serviços de saneamento.

Porém, mesmo diante de tantos impasses legais, estudos sistematizados por Souza (2011) apontam que, apesar da resistência impetrada pelas companhias estaduais de saneamento básico, a privatização dos serviços de saneamento vem avançando por intermédio da terceirização de sistemas municipais. Tal movimento não se restringe somente aos municípios sem contrato com as empresas estaduais, mas também se estende aqueles que, descontentes com as concessões estabelecidas com estas companhias, após o encerramento dos contratos tenderiam a não renová-los, uma vez que com base na Lei de Concessões de 1995 dispõem de um instrumento legal para a privatização de seus sistemas (Souza, 2011).

Refletindo sobre o referencial teórico sumarizado, observa-se que o setor relativo aos serviços de saneamento se encontra cercado de interesses diversos e de um arcabouço legal difuso e inconclusivo. No campo macropolítico observa-se uma tendência de diminuição do papel do Estado e de ampliação da participação privada na prestação dos serviços públicos. Em contrapartida, a estrutura burocrática consubstanciada na trajetória do saneamento no Brasil se encontra baseada em um conjunto de instituições sólidas que se fortaleceram ao longo do tempo e que atualmente figuram como peças fundamentais na lógica de prestação destes serviços.

Esse processo de diversificação e segmentação do setor referente ao saneamento tende a trazer características de gestão específicas para cada região do país, com importantes implicações para a qualidade dos serviços, entre os quais a oferta da fluoretação. Dados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, realizada em 2008, indicavam que 37,2% dos municípios tinham a água de abastecimento tratada por uma empresa do tipo sociedade de economia mista, 27,6% por administração direta ou indireta do poder público; 17,6% por uma associação entre uma empresa de sociedade de economia mista e uma empresa do tipo administração pública direta, empresa pública, autarquia ou consórcio público; ficando os demais municípios (17,6%) dependendo de empresas privadas exclusivas ou associadas à sociedade de economia mista e/ou administração pública. Do total de municípios, 60,2% tinham serviços de fluoretação (Silva & Frazão, 2008).

Além disso, as desigualdades são evidentes entre os municípios, sendo que inúmeras formas de sistemas de saneamento coexistem no território brasileiro, formando um verdadeiro

mosaico de sistemas das mais diversas lógicas, com importantes consequências para a cobertura e a qualidade dos sistemas de fluoretação (Frazão & Narvai, 2017).

No estado de São Paulo o cenário não é diferente. Caracterizado pela presença de uma sólida companhia estadual (Sabesp) e por um grupo heterogêneo de municípios com serviços de variados tipos, o setor de saneamento representa um mercado de aproximadamente 14 milhões de cidadãos.

Com mais de 95% de sua população urbana beneficiada pela fluoretação da água de abastecimento, São Paulo dispunha de um conjunto heterogêneo de sistemas de tratamento, sendo que, em 2011, dentre os 645 municípios paulistas, 364 contavam com sistemas operados pela Sabesp, 281 operavam diretamente seus sistemas e alguns poucos concediam seus serviços à iniciativa privada (Valentim et al. 2012; Mário Júnior & Narvai, 2011).

Tomando como base dados publicados em 2008 nos Estados Unidos, Alves et al. (2012) verificaram que a cobertura da fluoretação da água naquele país evoluiu de 62,1% para 65,0% entre 1992 e 2000, atingindo 69,2% em 2006, enquanto que no estado de São Paulo, nos anos 1990, o índice de cobertura da fluoretação foi 88,5%, atingindo, em 2009, 93,5% de cobertura populacional. Tal cenário indica uma condição bastante favorável em relação à implementação da política de fluoretação da água para o estado de São Paulo ao final da primeira década do século XXI.

Resultante de amplos esforços, sobretudo a partir da redemocratização do país que culminou na eleição dos governadores pelo voto direto (como é o caso da eleição em São Paulo do governador André Franco Montoro), a política de fluoretação da água no estado de São Paulo sofreu uma acelerada expansão nas décadas de 1980 e 1990. A partir da fluoretação em 1985 das águas das cidades da região metropolitana da Grande São Paulo, incluindo a capital, o estado passou a estender este benefício a mais de 15 milhões de habitantes, sendo que ao final dos anos 1970 cerca de 70% das cidades já contavam com água fluoretada (Alves et al. 2012).

Todavia, embora todos os municípios paulistas já possuíssem até o ano de 2009, acesso à rede de tratamento de água, nesta época 70 cidades ainda não tinham iniciado a fluoretação em seus sistemas de tratamento e 99 ainda não usufruíam deste benefício. Deste conjunto de municípios, 99% possuíam menos de 50 mil habitantes (Alves et al. 2012).

Embora representassem somente cerca de 5% da população do estado, o fato destes municípios não assegurarem a implementação da política de fluoretação em seus territórios fez com que no ano de 2009, aproximadamente 2,5 milhões de pessoas deixassem de se beneficiar desta medida. Como apontam Alves et al. (2012), a identificação dos problemas

presentes nestas localidades em relação à implementação da fluoretação das águas deveria se constituir em um desafio às autoridades com vistas à universalização da medida em questão. Isto, considerando que mais de 40% dos municípios brasileiros e dos municípios paulistas possuem menos de 10 mil habitantes (Ramos & Valentim, 2012).

Tendo em vista que os municípios são entes com autonomia para decidirem sobre seus serviços, presencia-se a conformação de um cenário extremamente complexo no que diz respeito ao setor de saneamento no Brasil, no qual interesses conflitantes colocam-se em disputa, acarretando uma série de constrangimentos à adoção de políticas locais. As questões relativas ao campo de saneamento, como é o caso da política de fluoretação da água, não escapam de tal contexto.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observa-se que durante o seu percurso histórico, o setor de saneamento foi delineado segundo os interesses das classes e grupos que detinham o poder de decisão e influência sobre o orçamento público (oligarquia cafeeira, elite industrial, setores ligados aos militares, investidores privados etc.), originando um sistema com características mais alinhadas às necessidades do poder econômico, que aos anseios da população em geral. Deste modo, foram privilegiadas aquelas localidades que possuíam alguma importância para a concretização das pretensões das classes dominantes. Tal circunstância contribuiu para a introdução de severas assimetrias na distribuição das ações de saneamento, ocasionando uma carência destes serviços justamente nas comunidades menos favorecidas socialmente. Tais consequências se projetaram para a política da fluoretação da água de abastecimento público.

A instabilidade observada, ao longo da história, na autonomia da esfera municipal foi outro aspecto que dificultou o desenvolvimento estrutural dos municípios no que tange ao setor de saneamento. Ora dotados de poder de decisão, ora excluídos completamente, os governos locais precisaram se adaptar às circunstâncias a fim de preservarem um mínimo poder de ação. Por conseguinte se verifica uma infinidade de arranjos políticos, nos quais governos municipais, instituições estaduais, setor privado, departamentos estatais vinculados à União negociam seus interesses. Porém, em que pese a diversidade de arranjos, o poder de decisão no setor de saneamento acabou por concentrar-se nas mãos dos governos estaduais e dos municípios mais desenvolvidos economicamente.

Salienta-se que nesta disputa entre o poder dos governos estaduais e a autonomia dos municípios, as ações implementadas pelo estado para o controle do quadro sanitário, embora

aparentemente legítimas, eram muitas vezes interpretadas, como uma violência contra o poder de decisão dos governos municipais.

Vale também destacar as peculiaridades inerentes ao estado de São Paulo em relação às ações de saúde pública e saneamento, quando o comparamos com os outros estados brasileiros. A trajetória do saneamento neste estado se encontra marcada por um forte desenvolvimento entre 1892 e 1930, em virtude da saúde pública em São Paulo apresentar quase que total independência em relação ao governo federal. Tal autonomia possibilitou a implementação de um conjunto de estruturas e instituições muito mais avançado do que o verificado nos demais estados.

Portanto, deve-se considerar que embora sofrendo certo desmonte em decorrência das políticas varguistas entre as décadas de 1940 e 1960, que buscaram concentrar o poder nas mãos do governo federal, o setor referente à saúde pública e, no âmbito deste, a estrutura sanitária, em São Paulo sempre se colocou em um estágio mais avançado em relação ao resto da federação.

Ao vislumbrarmos a situação do estado de São Paulo atualmente verifica-se que os serviços de saneamento encontram-se, em grande parte, sob a responsabilidade de uma forte empresa estadual, cuja origem e trajetória foram descritas no presente texto. Além disso, também nos deparamos com alguns sistemas municipais sólidos, estruturados, sobretudo, na época do SESP e que se concentram nos grandes municípios.

Não se pode deixar de enfatizar que tal situação se deveu, em parte, ao caráter interventor adotado pelo governo estadual sobre os municípios, no que diz respeito à utilização dos órgãos relacionados à saúde pública como instrumento para a legitimação de ações impostas aos governos locais. Não obstante, as ações de saneamento concebidas como elemento estruturante da saúde pública, também foram influenciadas por tal lógica.

Mesmo as ações do SESP, extremamente importantes para a política de fluoretação da água, eram entendidas por autoridades e estudiosos como pertencentes a um conjunto de práticas destinadas ao fortalecimento do poder estadual e federal em detrimento da autonomia dos municípios.

Cabe destacar que sanitaristas da época criticavam as ações do SESP, uma vez que consideravam que a única forma de impactar a saúde pública em certos locais (sobretudo no interior do país) não era construindo redes tecnológicas de saúde, mas sim combatendo a pobreza.

Nestas primeiras décadas do século XXI, no universo macropolítico, existe certa expectativa de privatização dos serviços de saneamento, em especial, dos sistemas municipais

cujas concessões junto à companhia estadual estão expirando. Em meio a este cenário, onde diferentes projetos disputam espaço, nos deparamos com um conjunto numeroso de municípios com menos de 10 mil habitantes, de variadas capacidades técnicas e financeiras que, através dos mais diversos arranjos institucionais, procuram operar seus serviços de saneamento.

Deste modo, a situação da posse dos meios de produção da água no Brasil encontra-se extremamente indefinida. O amplo conjunto de interesses que configura as discussões neste campo, torna imprevisível seu desfecho. A presença de companhias estaduais de saneamento como a Sabesp, tradicionais na prestação de serviços aos municípios, como contraponto às pressões pela privatização dos serviços, estabelece um horizonte de incertezas capaz de colocar em risco a expansão da política de fluoretação da água em um futuro próximo.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, R. X; FERNADES, G. F; RAZZOLINI, M. T. P; FRAZÃO P; MARQUES, R. A. A; NARVAI, P. C. Evolução do acesso à água fluoretada no estado de São Paulo, Brasil: dos anos 1950 à primeira década do século XXI. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, S69-80, 2012. Suplemento 28.
- AVERSA, M. História institucional do saneamento na Grande São Paulo: trajetórias perdidas, conflitos inevitáveis? In: PEIXOTO, E. R; DERNTL, M. F; POLAZZO, P. P; TREVISAN, R (org.) **Tempos e escalas da cidade e do urbanismo**. Anais do XII Seminário de História da Cidade e do Urbanismo. Brasília, DF: Universidade de Brasília - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, 2014.
- BATALHA; B. L. Aspectos históricos e técnicos da fluoretação das águas. **Revista DAE**, São Paulo, v. 44, n. 136, p. 38-50, 1984.
- BERNARDINI, S. P. **Construindo infra-estruturas, planejando territórios**: Secretaria de Agricultura, Comércio e Obras Públicas do Governo Estadual Paulista (1892-1926). 616f. Tese (doutorado). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1999.
- BIER, A. G; PAULINI, L. M; MESSEMBERG, R. P. A crise do saneamento no Brasil: reforma tributária, uma falsa resposta. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 161-196, 1988.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado; 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010**: resultados principais. Brasília, 2010.
- BUENDIA, O. C. Situação atual da fluoretação de águas de abastecimento público no estado de São Paulo – Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 17, p. 226-232, 1983.
- BUENO, L. M de M. **O saneamento na urbanização de São Paulo**. Dissertação de mestrado. 212f. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- CAMPOS, C. A promoção e a produção das redes de águas e esgotos na cidade de São Paulo, 1875-1892. **Anais do Museu Paulista**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 189-232, 2005.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in Public Health, 1900-1999. Fluoridation of drinking water to prevent dental caries. **MMWR**, v. 48, n. 41, p. 933-940, 1999.
- EMMERICH, A; O experimento controlado da fluoretação no Baixo Guandu. In: EMMERICH, A; FREIRE, A. S. (org.) **Flúor e saúde coletiva**: cinquenta anos da fluoretação da água no Brasil. Vitória: EDUSP, p. 44-59, 2003.

FRAZÃO, P; NARVAI P. C. Fluoretação da água em cidades brasileiras na primeira década do século XXI. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n. 47, p. 1-11, 2017.

GLEIZER, S. **Ordenamento institucional da gestão dos serviços de saneamento** - o caso do município de Angra dos Reis. 124f. Dissertação de mestrado. Fundação Getúlio Vargas / Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 2001.

GRINPLASTCH, B. S. Fluoretação de águas no Brasil. **Boletim de La Oficina Sanitária Panamericana**, v. 76, n.4, p. 321-330, 1974.

LUCENA, A. F. As políticas de saneamento básico no Brasil: reformas institucionais e investimentos governamentais. **Revista Plurais**, Salvador, v.1, n. 2, p. 117-130, 2006.

MARIO JÚNIOR, R. J; NARVAI, P. C. Aspectos históricos e perspectivas da fluoretação de águas de abastecimento público no estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 8, n. 90, p. 24-29, 2011.

MASCARENHAS, R. S. História da saúde pública no estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.7, n. 4, p. 433-446, 1973.

MELO, M. A. B. C. O padrão brasileiro de intervenção pública no saneamento básico. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 84-102, 1989.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública**: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. São Paulo: Papirus, 1985.

MOTA, A. **Tropeços da medicina bandeirante**: medicina paulista entre 1892-1920. São Paulo: USP, 2005.

NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.381-392, 2000.

NOZAKI, V. T; **Análise do setor de saneamento básico no Brasil**. 109f. Dissertação de mestrado. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PINTO, V. C. **A privatização do saneamento básico**. Consultoria Legislativa, 29 de outubro de 2003. Disponível em [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br). Acessado em 29/07/2017.

PIRES-FILHO, F. M. **O processo de fluoretação das águas de abastecimento público no Rio Grande do Sul**: responsabilidade de quem? Porto Alegre: edição do autor, 2018.

RAMOS, M. M. de B; VALENTIM, L. S. O. Projeto promoção e qualidade de vida – fluoretação da água de abastecimento público no estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 9, n. 107, p. 11-17, 2012.

RIBEIRO, M. A. R. **História sem fim... Inventário da saúde pública**. São Paulo: UNESP, 1993.



SANCHES, O. A. A privatização do saneamento. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 89-101, 2001.

SÃO PAULO. Lei nº 43 de 18 de julho de 1842. Organiza o Serviço Sanitário Estadual. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**. 21 jul. 1892; seção 3557.

SCRIPTORE, J. S; JÚNIOR, R. T. A estrutura dos serviços de saneamento básico no Brasil: uma análise comparativa do desempenho de provedores públicos e privados. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 1479-1504, 2012.

SILVA, F. B; FRAZÃO, P. **Características das concessionárias e a fluoretação da água nos municípios do Brasil, 2008**. Apresentado no X Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Florianópolis, 2017.

SINGER, P. **Desenvolvimento econômico e evolução urbana**. São Paulo: Editora Nacional, 1974.

SOUZA, A. C. A. de. **Política de saneamento no Brasil: atores, instituições e interesses**. 88f. Tese (doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA, C. M. N; COSTA, A. M; MORAES, L. R. S; FREITAS, C. M. **Saneamento: promoção da saúde, qualidade de vida e sustentabilidade ambiental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

TELAROLLI JR, R. **Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo**. São Paulo: UNESP, 1996.

VALENTIM, L. S. O; ELMEE, A. M; MARIO JÚNIOR, R. J; BATAIERO, M. O. Novos cenários de produção e de vigilância da qualidade da água para consumo humano – 20 anos de Pró-água no estado de São Paulo – parte II. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v.9, n. 100, p. 29-39, 2012.

### 4.3 ARTIGO 3<sup>4</sup>

#### **Operadores da linha de frente de políticas intersetoriais de saúde: o caso da fluoretação da água de abastecimento público em pequenos municípios**

#### **Street-level operators of population-based health policies: the case of water fluoridation supply in small towns**

#### **RESUMO**

Foi realizado um estudo a partir de material empírico com o objetivo de se compreender a participação dos agentes operadores nos resultados do processo de implementação da política de fluoretação da água de abastecimento público. Para tanto, foram entrevistados profissionais de dois pares de pequenos municípios da região de São José do Rio Preto, SP, cujos resultados do processo de implementação da política examinada apresentavam diferenças. Foi possível verificar que diversos fatores interferem no comportamento dos agentes operadores, como as condições institucionais, o conhecimento a respeito da política a ser implementada, a presença de mecanismos de controle sobre o processo de implementação e os valores e concepções predominantes.

Palavras-chave: Operadores do nível de rua. Políticas públicas. Fluoretação da água.

#### **ABSTRACT**

A field study was carried out with the aim to understand the participation of operational agents in the results of the implementation process of the fluoridation policy in the water public supply. Therefore, professionals from two pairs of small municipalities in the region of São José do Rio Preto, SP, whose results from the implementation process of the policy analyzed showed differences, were interviewed. It was possible to conclude that a diverse number of factors influence the operational agents' behaviour, such as the institutional

---

<sup>4</sup> Este artigo foi formatado conforme as normas do Guia de Apresentação de Teses da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CUENCA et al. 2006), versão atualizada de 2017.

conditions, the knowledge about the policy to be implemented, the presence of control mechanisms over the implementation process, and their predominant values and conceptions.

Keywords: Operators at the street level. Public policies. Water fluoridation.

## **INTRODUÇÃO**

O reconhecimento crescente das limitações dos serviços de saúde para enfrentar o envelhecimento populacional e o aumento da morbimortalidade associada às doenças não transmissíveis fez surgir a expressão determinantes de saúde, que diz respeito às condições sociais, econômicas, ambientais, comportamentais que influenciam o estado de saúde das populações, e a necessidade de respostas integradas envolvendo diferentes setores de ação governamental e não governamental para assegurar a formulação, implementação e avaliação das políticas intersetoriais de saúde (WHO, 1997).

Os motivos pelos quais determinadas políticas intersetoriais não alcançam os resultados idealizados na etapa de formulação, podem estar ligados ao processo de implementação. Um dos fatores determinantes do processo de implementação das políticas públicas, consiste no poder discricionário dos operadores de linha de frente (FERREIRA & MEDEIROS, 2016).

Investigando os serviços oferecidos pelo poder público, Lipsky (1980) mostrou que sua qualidade era fundamentalmente determinada pela escolha dos responsáveis diretos pela prestação dos serviços (professores, policiais, entre outros) identificados como burocratas de nível de rua, os quais, dotados de um poder discricionário, baseavam suas decisões não apenas em normas institucionais, mas, sobretudo, em valores e crenças individuais.

Em decorrência das transformações econômicas e sociais das últimas décadas, as políticas públicas não são implementadas somente por meio de burocracias estatais, mas também por organizações sociais, empresas privadas e uma miríade de arranjos público-privado, fazendo emergir a necessidade de novas estratégias e ferramentas de gestão setorial e intersetorial (BERNARDI et al. 2010).

No setor do saneamento básico, a fluoretação da água de abastecimento público pode ser considerada uma política intersetorial de saúde não apenas por sua importância para a saúde bucal, mas, sobretudo, pela multiplicidade de interesses associados, pela complexidade das decisões envolvidas e pelos requisitos administrativos e de gestão relacionados com sua implementação (FRAZÃO & NARVAI, 2017).

Considerada uma das dez maiores conquistas alcançadas no campo da saúde pública no século XX nos Estados Unidos da América, sua efetivação depende de ações intersetoriais, sobretudo, aquelas referentes ao saneamento básico (CDC, 1999; KOZLOWSKI & PEREIRA, 2003; FRAZÃO et al. 2013).

Entre os dez países mais populosos, Estados Unidos e Brasil apresentam as maiores taxas de cobertura de fluoretação da água de abastecimento público. No entanto, disparidades importantes dentro desses países revelam que o acesso ao benefício é menor em municípios pequenos (CDC, 1999; FRAZÃO & NARVAI, 2017).

Investigar os pontos de apoio e as barreiras para a implementação dessa tecnologia de saúde pública nos pequenos municípios é importante para subsidiar a coordenação intersetorial dessa política de saúde, considerando que sua implementação pode ser mais difícil em estados federalistas, como o caso brasileiro, do que em estados unitários, a despeito da medida ser obrigatória nos locais que dispõe de estações de tratamento de água (BRASIL, 2009). Além disso, os resultados podem auxiliar na compreensão dos desafios implicados na implementação de políticas intersetoriais que exigem a participação dos diferentes entes de uma federação.

O objetivo deste estudo foi analisar como atuam os operadores de linha de frente em relação ao processo de implementação da política de fluoretação da água de abastecimento público em pequenos municípios, a fim de identificar e discutir os fatores que influenciam seu comportamento discricionário.

## **MÉTODOS**

Considerando que não seria possível, a partir de dados quantificáveis, a interpretação do objeto sob análise no interior do contexto em que ocorre, foi conduzido um estudo de cunho qualitativo (ANDRADE, 2010; GIL, 2002; MINAYO & SANCHES, 1993; OLIVEIRA, 2007).

Para tanto, foi utilizada uma amostra intencional de entrevistados selecionados em dois pares de cidades pequenas, cada par composto por um município que oferecia o benefício da fluoretação da água e por outro que não havia implementado a política. Os dois pares de cidades foram selecionados com base no estudo realizado pelo Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP) em 105 municípios paulistas com menos de 30 mil habitantes, no ano de 2013, que mostrou que em 27 deles, os níveis de concentração de fluoreto na água encontravam-se em desacordo com o parâmetro estabelecido na legislação

para assegurar a prevenção da cárie dentária (CROSP, 2014). As quatro cidades pertenciam a região de São José do Rio Preto, noroeste do Estado de São Paulo, unidade da federação onde a política de fluoretação da água de abastecimento público alcançou um nível de implementação extremamente satisfatório, uma vez que o estado chegou à primeira década do século XXI com mais de 90% de sua população abastecida com água fluoretada (MÁRIO JÚNIOR & NARVAI, 2011). A região foi selecionada em decorrência do número de municípios com menos de 30 mil habitantes e também do número de unidades com teores de fluoretos em desacordo com os parâmetros previstos na legislação.

As localidades foram selecionadas de modo que os integrantes dos pares apresentassem características semelhantes entre si. Neste sentido foi observado o número de habitantes (um par foi composto por cidades com menos de 10 mil e outro por municípios com populações entre 20 e 25 mil habitantes); a localização geográfica dentro da região (as quatro localidades se situavam nas proximidades de São José do Rio Preto); e a qualidade de vida sugerida através do IDH (os quatro municípios apresentavam IDH próximo de 0,75).

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas em profundidade e do uso de um diário de campo. A entrevista em profundidade é uma técnica na qual o entrevistador, a partir de um tema central, estabelece uma linha de diálogo com o entrevistado, com vistas à obtenção de informações pertinentes ao objeto de estudo. O diário de campo foi utilizado com o objetivo de registrar aspectos da relação entre os conteúdos das entrevistas e o contexto em que foram obtidas (CERVO, BERVIAN & SILVA, 2007; POPE & MAYS, 2009; VERGARA, 2009).

O ingresso no campo de pesquisa ocorreu por meio de um contato prévio com a coordenação de saúde bucal do Departamento Regional de Saúde de São José de Rio Preto - XV (DRS-XV). A escolha se baseou no pressuposto de que a coordenação estadual consistiria em um ótimo ponto de partida para se acessar informantes concernentes ao âmbito municipal, podendo também fornecer dados de grande valia aos propósitos desta pesquisa.

A partir deste contato foram identificados possíveis informantes com disponibilidade e potencial para contribuir para o reconhecimento dos condicionantes presentes no processo de implementação da política estudada. Características dos informantes encontram-se descritas na próxima seção.

Visando preservar o sigilo dos municípios no decorrer da apresentação dos resultados, aqueles de menor porte (par com menos de 10 mil habitantes) foram denominados P1 e P2, sendo P1 o município com teores de fluoretos abaixo dos níveis recomendados e P2 aquele com teores dentro dos valores estabelecidos. Em relação aos municípios de maior porte (par

entre 20 e 25 mil habitantes), foi utilizado M1 para o município com teores de fluoretos abaixo do recomendado e M2 para aquele com teores de fluoretos conforme o preconizado.

Deste modo, os entrevistados foram identificados através de suas funções e da sigla referente à localidade em que atuavam (Coordenador P2, Articuladora M1 etc.).

As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo posteriormente extraídos os trechos mais significativos ao objeto da pesquisa. A interpretação dos dados foi realizada com base na teoria da burocracia do nível de rua (LIPSKY, 1980). A codificação do material discursivo obtido a partir dos depoimentos dos entrevistados foi feita em torno de categorias temáticas específicas definidas a priori (GOMES, 2008).

Essas categorias foram definidas com base em aspectos que segundo a literatura podem influenciar o comportamento dos agentes implementadores, como os valores e interesses individuais e os conceitos e regras estabelecidas institucionalmente (LIPSKY, 1980; FERREIRA & MEDEIROS, 2016).

Para tanto, o material empírico (resultados das entrevistas e registros do diário de campo), em um primeiro momento, foi exaustivamente examinado no intuito de permitir a identificação e a seleção dos trechos que melhor representavam as ideias predominantes nos discursos dos entrevistados. Ao final desta primeira etapa foram estabelecidos eixos interpretativos, baseados tanto no resultado da leitura do material empírico, quanto nos aspectos apontados na literatura como possíveis moduladores do comportamento dos implementadores. Posteriormente, os dados foram organizados de acordo com cada eixo a fim de facilitar sua apresentação. O projeto de pesquisa que deu origem ao presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, conforme o Parecer Consubstanciado nº 1219939.

## **RESULTADOS**

Os dados tiveram origem em onze entrevistas abrangendo três profissionais responsáveis pelo abastecimento de água; três coordenadores de saúde bucal; um cirurgião-dentista pertencente à atenção básica e ex-coordenador de saúde bucal; dois profissionais articuladores da atenção básica<sup>5</sup>, um auxiliar de saúde bucal pertencente à atenção básica e ex-

---

<sup>5</sup> Os Articuladores da Atenção Básica são profissionais de saúde vinculados à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, selecionados para apoiar as gestões municipais na identificação e soluções de problemas locais. A função foi criada por meio da Resolução SS-187 de 5/12/2008 (DORICCI, GUANAES-LORENZI & PEREIRA, 2017).

coordenador de saúde bucal; e um profissional integrante da equipe de vigilância sanitária estadual.

Os trechos mais significativos, destacados a partir do material discursivo, estão representados conforme as categorias temáticas nas FIGURAS 1, 2 e 3. Na FIGURA 1 encontram-se sistematizadas as narrativas referentes às condições estruturais que determinam o processo de trabalho dos implementadores. Na FIGURA 2 estão sistematizados os aspectos pertinentes às ideias predominantes dos entrevistados a respeito da política sob análise, sendo considerado neste sentido, o conhecimento dos entrevistados e a importância atribuída pelos governos locais à implementação de tal medida. Finalmente na FIGURA 3, foram reunidos os depoimentos pertinentes aos mecanismos de controle utilizados para o monitoramento do processo de implementação da política estudada, tanto no nível municipal, quanto estadual.

#### **FIGURA 1 – Condições estruturais e processo de trabalho dos implementadores**

- “É um sistema de pastilhas, se fosse de bomba seria melhor. Dá muita variação”. “Eu não tenho laboratório para trabalhar. Não consigo fazer a análise. Tenho um equipamento portátil pra fazer no carro”. “O ano passado eu tirei férias e aí não teve análise”. (**Técnico P1**)
- “Eu lembro que a secretária (do município P1) estava desesperada por que estavam querendo criar porco onde se tem a água. Não dá pra acreditar que vai criar porco em volta do negócio que a gente cercou pra colocar água”. (**Articuladora P1, P2, M2**)
- “Aí, eu e o técnico acompanhamos tudo de perto. Colocamos as bombas e até hoje elas estão aí”. “Ele fez um trabalho muito bom. Eu participei, mas ele que fez de fato”. (**Coordenador P2**, referindo-se ao técnico responsável pelo tratamento de água)
- “Este laboratório é muito bom. Facilita o meu trabalho. Dá gosto. Uma equipe”. “Ah, o doutor (referindo-se ao Coordenador P2) sempre acompanhava como estava a fluoretação. O laboratório ficava lá na bucal. A gente fazia tudo junto”. (**Técnico P2**)
- “Veja que são seis bombas recebidas e nenhuma instalada. Ele recebeu e não instalou na fluoretação. Instalou no cloro” (referindo-se ao comportamento do município M1 em relação às bombas recebidas pelo estado). “Foi oferecido recurso para os municípios e muitos não estavam nem aí. O pessoal do município M2 aproveitou bem. A coordenação de bucal acompanhou tudo. Já na época eles ligavam a odontologia à fluoretação”. (**Autoridade Vigilância**)
- “A gente costuma trabalhar com um sistema integrado porque se tiverem três poços jogando água na mesma caixa o tratamento vai ser da caixa, então a gente trabalha com uma lagoa de tratamento. A prefeita se interessou e muita gente queria fazer. Ficou muito bom”. (**Técnico M2**)
- “Quando eu comecei a trabalhar lá (no município M2) eu quis conhecer a lagoa de tratamento. E aí percebi que era importante todos os profissionais de saúde conhecer a lagoa. Aí montei uma equipe e fui lá conhecer”. (**Articuladora P1, P2, M2**)

Por meio dos excertos apresentados na FIGURA 1, nota-se que os sistemas de abastecimento dos municípios investigados se caracterizam pela captação de águas profundas de poços operados por um único técnico. As diferenças se restringem às estratégias de organização dos sistemas, onde, diante de condições semelhantes, alguns municípios desenvolvem formas mais sofisticadas e eficazes de operacionalização.

Os equipamentos disponíveis para análise da água acompanham a simplicidade estrutural dos sistemas e revelam-se, em certos casos, insuficientes para assegurar um controle operacional eficaz.

Observou-se variação no nível de interesse das administrações locais em relação às condições necessárias para assegurar a realização adequada da fluoretação da água, constatando-se situações graves como o caso da criação de porcos nas imediações do sistema do município P1, o desvio das bombas destinadas à fluoretação verificada no município M1, e a recusa do município P1 em utilizar os recursos disponibilizados pelo governo do estado para a modernização de seu sistema.

Quanto à organização do processo de trabalho, se averiguam importantes diferenças no concernente à relação entre profissionais responsáveis pelo abastecimento de água e coordenadores de saúde bucal. Nos municípios onde os teores de fluoretos se encontram adequados, esta relação é mais estreita. Além disso, os discursos apontam que, institucionalmente, não há um padrão de operação estabelecido pelas gestões municipais, ficando a operacionalização do sistema, em grande parte, submetida às decisões dos operadores de linha de frente.

### **FIGURA 2 – Conhecimento dos implementadores e priorização da política de fluoretação da água por parte dos gestores locais**

- “Eles (população) têm uma visão ruim. Falam assim: - você vai colocar veneno na água? Os caras tão metendo a boca na internet”. “O pessoal reclama se não tem atendimento, principalmente de urgência”. “Da água? Nem sabem disso.” (**Coordenador P1**)
- “É verdade que o flúor tem uma atuação no dente de zero a dois anos e depois não tem mais?” “Colocar cloro eu sei que precisa. O flúor é só pra criança, não é? Então se você coloca pra todo mundo, gasta dinheiro. Por que não coloca só na escola, na creche?” “Pra adulto não precisa. Eu coloco porque tem que colocar. A lei manda, não é?” (**Técnico P1**)
- “A pior área nossa, entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas era a dos dentistas. Porque o dentista se achava no mesmo nível hierárquico do secretário de saúde. Eu sou o coordenador de saúde bucal e o secretário de saúde não manda em mim”. “Eu sempre tive muita dificuldade com esse município” (referindo-se ao município P1). “Gestão local. Os dentistas dominam. Fazem o que querem”. “Ela era uma visitadora. Fica difícil encarar médico, dentista”. “Ela fala que já desistiu da odontologia”. “Mas tem coordenadores diferentes. Uns são envolvidos como



a do município M2, mas outros...” “A Dra. (referindo-se à coordenação regional) tem muita cidade pra cuidar e muita cidade pobrezinha”. (**Articuladora P1, P2 e M2**)

- “Eu sei que mal não faz. Antes eu pensava que só fazia bem pra criança, mas a doutora (referindo-se à coordenadora) disse que também funciona em adulto...” “Mas eu acho importante porque a doutora sempre fala que é importante manter tudo certinho e é ela que entende disso...” (**Técnico M2**)
- “Preciso fazer as próteses dos velinhos. Às vezes me falam para eu me dedicar à coordenação, mas conforme vou atendendo vou resolvendo as coisas”. “Eu falo que é tão importante como qualquer outra coisa da bucal (se referindo à fluoretação da água)”. (**Coordenador M2**)
- “Olha, a gestão lá está se virando para dar conta da urgência. Tem que ver o mais importante”. (**Articuladora M1**)
- “O município devolveu o dinheiro. Eles não queriam a bomba (bomba destinada à fluoretação, ofertada pelo governo estadual). Acho que a secretária nem ficou sabendo direito sobre isso”. (**Autoridade Vigilância**, referindo-se ao município P1)

A partir dos dados dispostos na FIGURA 2 pode-se admitir que parte dos atores envolvidos no processo de implementação demonstraram não possuir segurança quanto ao papel do flúor na prevenção da cárie dentária. Esta falta de domínio de conhecimentos básicos sobre esta tecnologia de saúde pública não se restringiu aos profissionais responsáveis pelo abastecimento, sendo observada também nos discursos dos articuladores da atenção básica e, surpreendentemente, nos relatos de alguns cirurgiões-dentistas.

Quanto ao município M1 verificou-se durante a reunião ocorrida na coordenação estadual da região de São José do Rio Preto, um desconhecimento por parte do cirurgião-dentista responsável pela área técnica (na época não havia um coordenador formal) a respeito do processo de fluoretação da água. De modo análogo ao apurado no município P1, operadores do abastecimento e profissionais da saúde bucal nunca haviam se encontrado. No caso do município M1 os membros da equipe de saúde bucal presentes na reunião revelaram ignorar que o município adicionava flúor à água.

De modo geral parece não haver um empenho institucional voltado à garantia da implantação da política de fluoretação da água. Percebe-se que tal processo se mantém apenas baseado na imposição da lei ou a custa da ação individual de alguns atores, como é o caso do Técnico P2 e da Coordenadora M2. Também não se verificou uma efetiva aproximação entre as equipes de saúde bucal e o cotidiano do processo de fluoretação.

Em todos os municípios pesquisados, foram observados indícios do predomínio de uma concepção de assistência como eixo central da atenção à saúde bucal, sendo tal situação verificada mesmo nos municípios cujos teores de fluoretos se mantinham de acordo com o

recomendado. Os discursos também indicaram que, no interior da esfera da saúde, a área odontológica não figurava entre as prioridades das gestões locais.

### FIGURA 3 – Mecanismos de monitoramento do processo de implementação

- “Quando a gente nota que tem algum problema, aí a gente chama, liga pra ele (técnico da vigilância municipal). Mas o município hoje, ele tem autonomia”. “Pra fazer uma vistoria lá, nós temos que pedir pra vigilância deles nos acompanhar... Se você vai fazer uma atuação mais séria, dar início a um processo administrativo, por exemplo, eles (gestão municipal) têm que fazer isso, não nós”. “Eles acham que se passar pra Sabesp vão perder a eleição. Tem prefeitura que não cobra a água... E colocando a Sabesp vão ter que cobrar”. “Sempre é a má gestão do município. Nem cronograma, às vezes, eles mandam. Tem municípios que realmente fazem porque tem um técnico que tem consciência.” (**Autoridade Vigilância**)
- “Foi fechado um pacote com a prefeitura. Eles fornecem a análise mais as pastilhas. O que é também aquele negócio: a raposa tomando conta do galinheiro (risos)”. (**Técnico P1**)
- “Eu, como articuladora, não tenho muito contato com o povo da bucal.” “Eu fiquei mais por dentro desse troço do flúor por causa da lagoa do município M2. Aí eu comecei a pensar nos outros municípios pequeninhos, a pensar que tratamento da água tem a ver com saúde”. (**Articuladora P1, P2, M2**).
- “Ele fazia as análises e tinha o capricho de me enviar todo mês”. (**Coordenador P2**, referindo-se ao técnico responsável pelo tratamento de água)

Quanto aos mecanismos de monitoramento do processo de fluoretação da água, observou-se que os profissionais do abastecimento atuam sem a presença de uma supervisão formal. Por conseguinte, o controle do município sobre a qualidade da água produzida é efetuado pelo próprio encarregado por seu tratamento.

No que se refere ao ente estadual, os articuladores da atenção básica não se mostraram familiarizados com a política de fluoretação da água nas localidades em que atuam. As atividades da vigilância sanitária regional parecem constituir o único mecanismo institucional de acompanhamento da política pesquisada no âmbito externo aos municípios, apesar de reconhecerem as limitações impostas pela autonomia dos governos locais. Foi verificado que a coordenação de saúde bucal regional se empenha para apoiar administrativamente as coordenações municipais. Apesar de tal esforço, no que tange à política de fluoretação da água, os resultados observados sugerem que os mecanismos de interação são insuficientes para exercer alguma influência sobre o comportamento dos implementadores da política intersetorial.

## DISCUSSÃO

Os resultados observados mostraram que as condições estruturais dos sistemas de abastecimento de água tiveram importante implicação no processo de implementação da fluoretação da água nos municípios investigados. Conforme destacam Ferreira & Medeiros (2016), caso as condições institucionais se apresentem inadequadas, os operadores de linha de frente poderão se recusar a atuar em tais circunstâncias ou poderão agir de acordo com suas próprias referências, as quais nem sempre são suficientes para alcançar os objetivos estabelecidos.

Oliveira (2012) salienta que a definição de modelos institucionais destinados à organização do processo de trabalho das equipes pode ser extremamente útil para se evitar que os atores envolvidos na implementação de certa política se comportem de maneira descompromissada perante uma medida que desacreditem ou que não admitam como prioritária. O autor destaca que as relações de trabalho são essenciais para o estabelecimento de prioridades conjuntas que considerem todos os atores da cadeia de operação. Por conseguinte, o distanciamento entre técnicos operadores e integrantes das equipes de saúde bucal demonstrado pelos resultados da FIGURA 1 pode ser visto como um obstáculo para a construção de equipes de trabalho com objetivos comuns e bem definidos.

O estabelecimento de metas e dispositivos que possam indicar o resultado das etapas intermediárias de um processo e a determinação de espaços para que as equipes possam avaliar e redirecionar suas ações, constituem elementos apontados por Draibe (2001), como fundamentais para que o processo de implementação produza os resultados pretendidos.

Os discursos reunidos na FIGURA 1 apontam para a ausência destes mecanismos, reforçando um cenário marcado pelo isolamento dos operadores, os quais passam a definir o padrão de certos procedimentos técnicos dos sistemas a partir de sua própria concepção da política. Neste caso, segundo Draibe (2001), o risco deriva da maneira como estes atores interpretam e priorizam a política em questão, sendo que, caso os profissionais encarregados de sua operação e monitoramento a percebam com ressalvas, não será possível assegurar sua adequada implementação.

A insegurança dos técnicos operadores sobre os benefícios da política de fluoretação da água, observada no conjunto de discursos presente na FIGURA 2, representou um obstáculo para sua implementação, uma vez que, conforme afirma Souza (2003), o fato de serem dotados de discricionariedade e, por conseguinte, da liberdade de tomarem decisões, os

operadores precisam apresentar certa qualificação técnica para que haja coerência entre as decisões tomadas e os objetivos da política em implementação.

Deficiência de conhecimento a respeito da política de fluoretação da água foi constatada por Ferreira et al. (2013), que investigando a percepção de lideranças da área da saúde em relação ao uso de fluoretos em saúde pública, verificaram o quanto gestores e profissionais (inclusive pertencentes à saúde bucal) desconheciam as especificidades inerentes à política de fluoretação da água. Deste modo, é necessária a criação de dispositivos para a elevação do nível de informação da sociedade sobre as questões relativas ao uso de fluoretos, sobretudo, junto aos atores envolvidos com sua utilização em saúde pública.

Coordenadores e membros das equipes de saúde bucal também demonstraram inconsistências em relação ao domínio acerca dos benefícios dos fluoretos para a prevenção da cárie dentária. Refletindo sobre o processo de implementação, Arretche (2001) denomina de crise de liderança quando os implementadores não se sentem apoiados por atores reconhecidamente superiores tecnicamente. Desta forma, a autora destaca que as autoridades envolvidas na condução de uma política devem desfrutar de legitimidade junto aos agentes operadores, o que parece não ocorrer nos municípios em que os níveis de fluoretos se encontram inadequados.

O distanciamento das equipes de saúde bucal do processo de implementação e a presença de indícios do predomínio de uma concepção de modelo de atenção limitada à assistência individual foram aspectos associados aos operadores de linha de frente que refletem indiferença quanto aos resultados da política pública sob estudo (OLIVEIRA, 2012; LIMA & D'ASCENZI, 2017).

Uma condição necessária para que o processo de implementação de determinada política possa transcorrer de forma a produzir os resultados esperados, consiste em sua priorização no conjunto de ações desenvolvidas pelos governos, ou seja, se esta política encontra-se inscrita na agenda dos gestores locais (Howlett, Ramash & Perl 2013). No presente estudo verifica-se que, no âmbito local, o subsetor odontológico era concebido como um conjunto de ações assistenciais, completamente apartado da política de fluoretação da água. Concepção, esta, compartilhada até mesmo por integrantes das equipes de saúde bucal.

Quando não totalmente convencidos a respeito dos benefícios de determinada política, os agentes responsáveis pela implementação poderão atuar de forma a dificultar sua efetivação, o que exigiria algum tipo de monitoramento sobre seu trabalho (LIPSKY, 1980; LOTTA, 2012). Os resultados apresentados indicaram a precariedade dos mecanismos de monitoramento destinados a avaliar o processo de implementação da política de fluoretação

da água nas cidades pesquisadas, o que, segundo Lotta (2012), faz com que a implementação passe a depender demasiadamente do poder discricionário dos operadores da linha de frente.

Oliveira (2012) aponta que o sucesso de determinada política também depende da amplitude do poder discricionário dos operadores de linha de frente, uma vez que não é adequado que o conjunto de ações que determina sua implantação derive das decisões de poucos agentes. Segundo o autor, situações mostradas no presente estudo aumentam a probabilidade dos operadores deixarem de executar, conforme previsto, as tarefas que lhes forem designadas.

Em relação à política de fluoretação da água, reconhece-se a importância dos mecanismos regulares de heterocontrole sobre os teores de fluoreto, uma vez que o controle operacional (controle executado pelo próprio operador do sistema), conforme o verificado nos municípios pesquisados, não se mostra suficiente para assegurar a efetividade desta medida (NARVAI, 2000).

Outro aspecto mostrado pelos resultados refere-se à dificuldade de se estabelecer mecanismos de coordenação intersetorial e interfederativo que assegurem a autonomia concedida aos entes nacionais pelo desenho do Estado federal brasileiro e, ao mesmo tempo, garantam a implementação das políticas públicas no nível local. Em um estudo relativo à análise da implementação local de uma política nacional voltada à humanização dos serviços de saúde se verificou que, entre outros aspectos, a ausência de coordenação de esforços para executar as atividades esperadas, como por exemplo, um processo planejado de capacitação em relação aos objetivos e às táticas da política, ensejou um entendimento peculiar dos objetivos e das estratégias da política ajustada à estrutura normativa, preferências e necessidades locais (LIMA & D'ASCENSI, 2017).

No que pese a existência de linhas de financiamento federal específicas, a fluoretação da água de abastecimento público, não é um programa federal, mas uma política nacional, instituída por Lei aprovada pelo Poder Legislativo e sancionada pelo Poder Executivo da União. Os resultados indicaram que, tanto a existência deste aparato legal, como a presença de esforços no âmbito estadual, não foram suficientes para assegurar a implementação da medida em determinados municípios. No Brasil, cerca de 14 milhões de habitantes residem em municípios com menos de 10 mil habitantes. Estimativas de 2008, indicavam que, em cerca de 42,4% desses municípios, a população não tinha acesso ao benefício (FRAZÃO & NARVAI, 2017), cabendo indagar, se uma maior disseminação das informações relativas a qualidade da implementação da política pública, poderia ou não interferir nesse quadro a

favor da expansão do benefício nos locais que ainda não a implementaram, principalmente nos pequenos municípios.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Retomando o propósito deste estudo em analisar a atuação dos operadores de linha de frente no processo de implementação da política de fluoretação da água, constata-se que sua principal contribuição foi a identificação e análise dos fatores apontados na literatura como determinantes do comportamento destes operadores. Isto porque a discussão de tais fatores colabora para a compreensão das bases que orientam a dinâmica da implementação da política de fluoretação da água, no âmbito municipal.

Classificados em institucionais (estrutura física dos sistemas, relações de trabalho e dispositivos de monitoramento) e individuais (conhecimento e concepções dos atores a respeito da política) os aspectos analisados são aqueles que mais influenciam a ação dos operadores de linha de frente, reforçando a ideia de que a implementação de políticas intersetoriais depende de um diversificado conjunto de condições para que possa alcançar os resultados pretendidos. Condições estas, quase sempre de difícil controle.

No que se refere ao contexto de pequenos municípios, os resultados revelam que os principais obstáculos encontrados pelas localidades abordadas neste estudo para a implantação da política de fluoretação da água consistem nas fragilidades administrativas das gestões, na pouca prioridade a ela atribuída localmente, no predomínio de uma prática odontológica marcada pela ênfase nas ações assistenciais e na amplitude exagerada do poder discricionário dos operadores de linha de frente.

Sustenta-se, portanto, a hipótese de que, no caso brasileiro, o poder discricionário dos operadores de linha de frente constitui elemento fundamental para a implementação de políticas que dependam da colaboração dos três entes federativos.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. M. de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 10ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.
- ARRETCHE, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In BARREIRA, M. C. R. N; CARVALHO, M. C. B. de. (org.) **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: PUC, p. 45-55, 2001.
- BERNARDI, A. P; D'ANDRÉA, A. I. R; ZAMPIROLO, D. A; PERINI, S; CALVO, M. C. M. Intersetorialidade – um desafio de gestão em saúde pública. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 137-142, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, 2009.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in Public Health, 1900-1999. Fluoridation of drinking water to prevent dental caries. **MMWR**, v. 48, n.41, p. 933-940, 1999.
- CERVO, A. L; BERVIAN, P. A; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6ª edição. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- CROSP - CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO. Reportagem sobre a inadequação dos teores de flúor em municípios paulistas. **CROSP em notícia**. Edição 142, ano XXXI, p. 3-5, 2014.
- DORICCI, G. C; GUANAES-LORENZI, C; PEREIRA M. J. B. O Programa Articuladores da Atenção Básica: uma proposta inovadora para qualificação da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2073-2082, 2017.
- DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In BARREIRA, M. C. R. N; CARVALHO, M. C. B. de. (org.) **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: PUC, p. 13-41, 2001.
- FERREIRA, R. G. L. A; MARQUES, R. A. A; MENEZES, L. M. B; NARVAI, P. C. Múltiplos aspectos do uso do flúor em saúde pública na visão de lideranças da área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2139-2146, 2013.
- FERREIRA, V. R. S; MEDEIROS, J. J. Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas. **Caderno EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.776-793, 2016.
- FRAZÃO, P; NARVAI P. C. Fluoretação da água em cidades brasileiras na primeira década do século XXI. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n. 47, p. 1-11, 2017.
- FRAZÃO, P; SOARES, C. da S; FERNANDES, G. F; MARQUES, R. A. de A; NARVAI, P.C. Fluoretação da água e insuficiências no sistema de informação da política de vigilância à

saúde. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 67, n. 2, p. 94-100, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (org.) **Pesquisa social: teoria, método, criatividade**. Petrópolis: Vozes, p. 25-44, 2008.

HOWLETT, M; RAMESH, M; PERL, A; **Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Tradução da 3ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KOZLOWSKI, F. C; PEREIRA, A. C; Métodos de utilização do flúor sistêmico. In: PEREIRA, A. C. (org.) **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, p. 266-274, 2003.

LIMA, L; D'ASCENZI, L. O papel da burocracia de nível de rua na implementação e (re) formulação da Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde de Porto Alegre (RS). **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 46-63, 2017.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service**. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

LOTTA, G. O papel das burocracias do nível de rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A. (org.) **Implementação de políticas públicas. Teoria e prática**. Belo Horizonte: PUCMINAS, p. 21- 30, 2012.

MARIO JÚNIOR, R. J; NARVAI, P. C. Aspectos históricos e perspectivas da fluoretação de águas de abastecimento público no estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v.8, n. 90, p. 24-29, 2011.

MINAYO, M.C.S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 381-392, 2000.

OLIVEIRA, A. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p.1.551-1.573, 2012.

OLIVEIRA, M. M. de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2007.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 3ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOUZA, C. Estado do campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, 2003.

VERGARA, S. C. **Métodos de coleta de dados**. São Paulo: Atlas, 2009.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Intersectoral action for health:** a cornerstone for health for all in the 21st century. Halifax, Canada: WHO; 1997



## 5 INSTIGANDO NOVAS REFLEXÕES

Deve-se considerar que o processo de implementação de uma política pública depende de fatores que transcendem as normas jurídicas e institucionais. Embora o planejamento adequado e o estabelecimento de um arcabouço legal contribuam para que o processo de implementação se aproxime do plano concebido no campo teórico, é preciso reconhecer que esta fase se encontra permeada por aspectos difíceis de serem controlados.

Ao optar pelo estudo da etapa de implementação, esta pesquisa pretendeu reunir elementos que pudessem colaborar para uma melhor compreensão de tais fatores, procurando chamar a atenção para a importância desta etapa do ciclo de política, para o alcance dos resultados desejados.

Observa-se que o desenho político-institucional do Estado federal brasileiro produz implicações na forma como os municípios operam as políticas públicas, sobretudo, aquelas elaboradas nas esferas estadual e federal. Sua origem marcada pela concentração de poder nas mãos da União e das províncias mais ricas, como Minas Gerais e São Paulo, e sua trajetória repleta de períodos autoritários, conduziu a um cenário caracterizado por municípios diametralmente desiguais quanto à capacidade de exercerem a autonomia a eles concedida, após a Constituição Federal de 1988.

Administrações precárias tecnicamente, insuficiência de fontes próprias de recursos e a predominância de práticas como o patrimonialismo e o clientelismo podem colocar em risco os resultados das políticas, mesmo que estas se apresentem bem fundamentadas juridicamente. Apesar de todo movimento realizado no final dos anos 1980, no sentido de se promover uma forte descentralização administrativa, por meio da elevação do município a ente federado, inúmeras localidades diante das condições materiais de que dispõem, ainda se revelam profundamente dependentes tecnicamente dos entes estaduais e federal.

Em contrapartida, embora apresentem certa dependência técnico-administrativa em relação aos demais entes, do ponto de vista político, o fato dos municípios possuírem autonomia, lhes confere a possibilidade de vetarem medidas que não lhes parecerem interessantes, gerando assim, a necessidade da configuração de um cenário de negociações e barganhas entre as esferas governamentais que, nem sempre, vão ao encontro do normatizado institucionalmente.

O federalismo praticado pelo Estado brasileiro ao longo de sua história, não foi capaz de produzir um conjunto homogêneo de municípios no concernente ao exercício da

autonomia, sendo que as localidades mais providas de recursos representam o conjunto com melhores condições técnicas e administrativas, ficando os pequenos municípios, em diversas ocasiões, submetidos às imposições das esferas superiores.

No que se refere à política de saneamento desenvolvida no Brasil, verifica-se que este desenho político-administrativo do Estado resultou na implantação de sistemas sanitários de diversas complexidades, sendo que, assim como o observado em relação à estrutura das administrações públicas, os sistemas mais sofisticados ficaram concentrados nas grandes cidades. Por conseguinte, foi configurada uma rede heterogênea de sistemas, na qual sua operação pode encontrar-se tanto sob a responsabilidade de poderosas companhias estaduais, como de singelos departamentos municipais. Tais diferenças tendem a dificultar a implementação de políticas que exijam a colaboração de todos os entes federados e, em especial, quando a política em implantação demandar certa padronização operacional.

No caso da política de fluoretação da água de abastecimento público pode-se admitir que seus resultados ainda não são satisfatórios mesmo diante dos esforços empregados pelas autoridades, sobretudo, em municípios de menor porte. Percebe-se que os modelos de implementação em algumas destas localidades apresentam peculiaridades que devem ser consideradas para que se alcance os resultados pretendidos. Os arranjos políticos e a forma como as administrações públicas se configuram nestes municípios imprimem características próprias a cada localidade, exigindo que sejam adotadas estratégias em conformidade com o contexto em questão.

Constata-se que as normas, quando elaboradas fora da instância municipal, nem sempre conseguem impor uma forma padronizada para a operação dos sistemas, tendo em vista que os atores presentes neste processo são dotados de valores e interesses próprios. Neste sentido, deve-se admitir que a inscrição de certa política na agenda dos entes estadual e federal não garante que, naturalmente, tal política passe a fazer parte da agenda local. Aliás, a pouca prioridade concedida à política de fluoretação da água por parte dos responsáveis por sua implementação no nível local, se constituiu em um aspecto relevante da análise configurada a partir dos dados obtidos no campo.

Tendo em vista o poder discricionário dos implementadores, chama a atenção o fato de muitos profissionais, incluindo cirurgiões-dentistas, apresentarem lacunas de conhecimento em relação à política abordada, condição que coloca em risco sua plena implantação e, por conseguinte, a saúde bucal das populações destas localidades. Resulta, portanto, o desafio de propiciar um aprofundamento das discussões a respeito da política de fluoretação da água no

sentido de se esclarecer seus benefícios e, deste modo, aproximar a dinâmica de implementação encontrada no âmbito local dos objetivos traçados no planejamento.

Para se enfrentar o desafio da implantação de políticas públicas que necessitem da articulação dos três entes federativos, não se deve deixar de considerar estratégias que possam conduzir a um comprometimento dos implementadores com sua efetivação, provocando sua inclusão no rol de prioridades dos governos locais.

Por conseguinte, espera-se que este estudo contribua para aprofundar a compreensão dos condicionantes que atuam sobre o processo de implementação de políticas públicas em pequenos municípios brasileiros e, em especial, sobre a implementação da política de fluoretação da água de abastecimento público, tendo em vista tal conhecimento se constituir em um elemento importante para o enfrentamento dos obstáculos que se interpõem a sua implantação.

Além disso, as reflexões sistematizadas neste relatório de pesquisa contribuem para o desenvolvimento de um olhar crítico a respeito do significado das ações de saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde, da forma como estes serviços são concebidos pela população e de como a fluoretação da água é priorizada no interior do próprio conjunto das ações odontológicas.

Finalizando, espera-se que essas contribuições possam desafiar as autoridades interessadas, a reorganizar as estratégias adotadas até o momento, no sentido de se garantir a implementação da política sob exame nas localidades em que sua efetivação ainda não foi concretizada, possibilitando que seus benefícios alcancem todos aqueles que dela necessitem.

## 6 REFERÊNCIAS

ABRUCIO, L. F. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira.** São Paulo: Hucitec, 1998.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.

ALVES, R. X; FERNADES, G. F; RAZZOLINI, M. T. P; FRAZÃO P; MARQUES, R. A. A; NARVAI, P. C. Evolução do acesso à água fluoretada no estado de São Paulo, Brasil: dos anos 1950 à primeira década do século XXI. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, S69-80, 2012. Suplemento 28.

AMORIM, M. S. S. Cultura política e estudos do poder local. **Revista Debates**, Porto Alegre, v.1, n.1, p 99-120, 2007.

ANDRADE, M. M. de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação.** 10ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

ARRETCHE, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In BARREIRA, M. C. R. N; CARVALHO, M. C. B. de. (org.) **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais.** São Paulo: PUC, p. 45-55, 2001.

ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 3, p. 455-479, 2002.

AVERSA, M. História institucional do saneamento na Grande São Paulo: trajetórias perdidas, conflitos inevitáveis? In: PEIXOTO, E. R; DERNTL, M. F; POLAZZO, P. P; TREVISAN, R (org.) **Tempos e escalas da cidade e do urbanismo.** Anais do XII Seminário de História da Cidade e do Urbanismo. Brasília, DF: Universidade de Brasília - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, 2014.

BATALHA; B. L. Aspectos históricos e técnicos da fluoretação das águas. **Revista DAE**, São Paulo, v. 44, n. 136, p. 38-50, 1984.

BERNARDINI, S. P. **Construindo infra-estruturas, planejando territórios: Secretaria de Agricultura, Comércio e Obras Públicas do Governo Estadual Paulista (1892-1926).** 616f. Tese (doutorado). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo: Ática 1999.

BERNARDI, A. P; D'ANDRÉA, A. I. R; ZAMPIROLO, D. A; PERINI, S; CALVO, M. C. M. Intersetorialidade – um desafio de gestão em saúde pública. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 137-142, 2010.

BIER, A. G; PAULINI, L. M; MESSEMBERG, R. P. A crise do saneamento no Brasil: reforma tributária, uma falsa resposta. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 161-196, 1988.

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

BRASIL. Lei Federal 6.050. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 27/5/1974, Página 6021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**: 2004. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002 – 2003: resultados principais. Brasília, 2004b.

BRASIL. Lei Federal 6.050. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 27/5/1974, Página 6021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010**: resultados principais. Brasília, 2010.

BUENDIA, O. C. Situação atual da fluoretação de águas de abastecimento público no estado de São Paulo – Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 17, p. 226-232, 1983.

BUENO, L. M de M. **O saneamento na urbanização de São Paulo**. Dissertação de mestrado. 212f. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

CAMPOS, C. A promoção e a produção das redes de águas e esgotos na cidade de São Paulo, 1875-1892. **Anais do Museu Paulista**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 189-232, 2005.

CARVALHO, J. M. Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 32-45, 1997.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in Public Health, 1900-1999. Fluoridation of drinking water to prevent dental caries. **MMWR**, v. 48, n.41, p. 933-940, 1999.

CERVO, A. L; BERVIAN, P. A; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6ª edição. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CORRALO, G. da S; O poder municipal na federação brasileira: reflexão sobre a autonomia municipal e o federalismo. **História: debates e tendências**, Passo Fundo, v. 15, n. 1, p. 128-139, 2015.

COSTA, V. M. F. Federalismo e relações intergovernamentais: implicações para a reforma da educação no Brasil. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 31, n. 112, p. 729-748, 2010.

CROSP - CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO. **Ofício presidencial 5756/2013**. Ago. 2013.

CROSP - CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO. Reportagem sobre a inadequação dos teores de flúor em municípios paulistas. **CROSP em notícia**. Edição 142, ano XXXI, p. 3-5, 2014.

CUENCA, A. M. B; ANDRADE, M. T. D; NORONHA, D. P; FERRAZ, M. L. E. de F; BUCHALLA, C. M; ESTORNILO FILHO, J. E. **Guia de Apresentação de Teses**. 2ª edição, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2017.

DAGNINO, R. A política de C&T brasileira: três alternativas de explicação e orientação. **Revista Brasileira de Inovação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 373-403, 2007.

DORICCI, G. C; GUANAES-LORENZI, C; PEREIRA M. J. B. O Programa Articuladores da Atenção Básica: uma proposta inovadora para qualificação da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 6, p. 2073-2082, 2017.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In BARREIRA, M. C. R. N; CARVALHO, M. C. B. de. (org.) **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: PUC, p. 13-41, 2001.

EMMERICH, A; O experimento controlado da fluoretação no Baixo Guandu. In: EMMERICH, A; FREIRE, A. S. (org.) **Flúor e saúde coletiva: cinquenta anos da fluoretação da água no Brasil**. Vitória: EDUSP, p. 44-59, 2003.

FARIA, C. A. P. Idéias, conhecimento e políticas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29, 2003.

FERREIRA, R. G. L. A; MARQUES, R. A. A; MENEZES, L. M. B; NARVAI, P. C. Múltiplos aspectos do uso do flúor em saúde pública na visão de lideranças da área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 18, n. 7, p. 2139-2146, 2013.

FERREIRA, V. R S; MEDEIROS, J. J. Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas. **Caderno EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 776-793, 2016.

FRAZÃO, P; PERES, M. A; CURY, J. A. Qualidade da água para consumo humano e concentração de fluoreto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 964-73, 2011.

FRAZÃO, P; SOARES, C. S; FERNANDES, G. F; MARQUES, R. A. A; NARVAI, P. C. Fluoretação da água e insuficiências no sistema de informação da política de vigilância à saúde. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 67, n. 2, p. 94-100, 2013.



FRAZÃO, P; NARVAI P. C. Fluoretação da água em cidades brasileiras na primeira década do século XXI. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n. 47, p. 1-11, 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2002.

GLEIZER, S. **Ordenamento institucional da gestão dos serviços de saneamento** - o caso do município de Angra dos Reis. 124f. Dissertação de mestrado. Fundação Getúlio Vargas / Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 2001.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. (org.) **Pesquisa social: teoria, método, criatividade**. Petrópolis: Vozes, p. 25-44, 2008.

GRINPLASTCH, B. S. Fluoretação de águas no Brasil. **Boletim de La Oficina Sanitária Panamericana**, v. 76, n. 4, p. 321-330, 1974.

HOWLETT, M; RAMESH, M; PERL, A; **Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Tradução da 3ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

JACOBI, P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n.1, p. 31-48, 1999.

KOZLOWSKI, F. C; PEREIRA, A. C; Métodos de utilização do flúor sistêmico. In: PEREIRA, A. C. (Org.) **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, p. 266-274, 2003.

LIMA, L; D'ASCENZI, L. O papel da burocracia de nível de rua na implementação e (re) formulação da Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde de Porto Alegre. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 46-63, 2017.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service**. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

LOTTA, G. S., **Implementação de políticas públicas: o impacto de fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas do nível de rua no Programa de Saúde da Família**. 295f. Tese (doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LOTTA, G. O papel das burocracias do nível de rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A. (org.) **Implementação de políticas públicas. Teoria e prática**. Belo Horizonte: PUCMINAS, p. 21-30, 2012.

LUCENA, A. F. As políticas de saneamento básico no Brasil: reformas institucionais e investimentos governamentais. **Revista Plurais**, Salvador, v.1 n. 2, p. 117-130, 2006.

MACHADO, J. A. Gestão de políticas públicas no estado federativo: apostas e armadilhas. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 433-457, 2008.

MARIO JÚNIOR, R. J; NARVAI, P. C. Aspectos históricos e perspectivas da fluoretação de águas de abastecimento público no estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v.8, n. 90, p. 24-29, 2011.

MASCARENHAS, R. S. História da saúde pública no estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.7, n. 4, p. 433-446, 1973.

MASSUANGANHE, I. J. O poder local, as autoridades tradicionais e a reforma da governação local: as relações de poder e os desafios no quadro da descentralização. **Justiça do direito**, Passo Fundo, v. 1, n. 2, 2011 - Edição especial - p. 111-155.

MELO, M. A. B. C. O padrão brasileiro de intervenção pública no saneamento básico. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 84-102, 1989.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo**. São Paulo: Papyrus, 1985.

MINAYO, M.C.S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MOTA, A. **Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920**. São Paulo: USP, 2005.

NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 381-392, 2000.

NARVAI, P. C. **Vigilância sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público no município de São Paulo, Brasil, no período 1900-1999**. 148 f. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

NARVAI, P. C. FRIAS, A. C; FRATUCCI, M. V. B; ANTUNES, J. L. F; CARNUT, L; FRAZÃO, P. Fluoretação da água em capitais brasileiras no início do século XXI: a efetividade em questão. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 562-571, 2014.

NOZAKI, V. T; **Análise do setor de saneamento básico no Brasil**. São Paulo. 109f. Dissertação de mestrado. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, M. M. de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2007.

OLIVEIRA, A. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 1.551- 1.573, 2012.

PINTO, V. C. **A privatização do saneamento básico**. Consultoria Legislativa, 29 de outubro de 2003. Disponível em [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br) . Acessado em 29/07/2017.

PIRES-FILHO, F. M. P. **O processo de fluoretação das águas de abastecimento público no Rio Grande do Sul: responsabilidade de quem?** Porto Alegre: edição do autor, 2018.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 3ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 2009.

RAMOS, M. M. de B; VALENTIM, L. S. O. Projeto promoção e qualidade de vida – fluoretação da água de abastecimento público no Estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 9, n. 107, p. 11-17, 2012.

RIBEIRO, M. A. R. **História sem fim... Inventário da saúde pública**. São Paulo: UNESP, 1993.

ROCHA, V. C. Significados e tendências do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha. In HOCHMAN, G; FARIA, C. A. P. (org.) **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 29-63, 2013.

SANCHES, O. A. A privatização do saneamento. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 89-101, 2001.

SANO, H. & ABRUCIO, L. F. Federalismo e articulação intergovernamental: os conselhos de secretários estaduais. In HOCHMAN, G; FARIA, C. A. P. (org.) **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 213-246, 2013.

SANTIN, J. R; FLORES, D. H. A evolução histórica do município no federalismo brasileiro, o poder local e o estatuto da cidade. **Justiça do direito**, Passo Fundo, v. 20 n. 1 p. 56-69, 2006.

SÃO PAULO. Lei nº 43 de 18 de julho de 1842. Organiza o Serviço Sanitário Estadual. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**. 21 de jul. 1892; seção 3557.

SCRIPTORE, J. S; JÚNIOR, R. T. A estrutura dos serviços de saneamento básico no Brasil: uma análise comparativa do desempenho de provedores públicos e privados. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 1479-1504, 2012.

SERAFIM, M. P; DIAS, R. de B. Análise de política: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 121-134, 2012.

SILVA, F. B; FRAZÃO, P. **Características das concessionárias e a fluoretação da água nos municípios do Brasil, 2008**. Apresentado no X Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Florianópolis, 2017.

SILVA, M. Poder local: conceito e exemplos de estudos no Brasil. **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, v. 20, n. 2, p. 69-78, 2008.

SINGER, P. **Desenvolvimento econômico e evolução urbana**. São Paulo: Editora Nacional, 1974.

SOARES, C. L. M; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974, 2011.

SOUZA, A. C. A. de. **Política de saneamento no Brasil**: atores, instituições e interesses. 88f. Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA, C. M. N; COSTA, A. M; MORAES, L. R. S; FREITAS, C. M. **Saneamento**: promoção da saúde, qualidade de vida e sustentabilidade ambiental. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

SOUZA, C. Estado do campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, 2003.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 105-121, 2005.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

STEPAN, A. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do demos. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, 1999.

TELAROLLI JR, R. **Poder e saúde**: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Editora UNESP, 1996.

VALENTIM, L. S. O; ELMEE, A. M; MARIO JÚNIOR, R. J; BATAIERO, M. O. Novos cenários de produção e de vigilância da qualidade da água para consumo humano – 20 anos de Pró-água no estado de São Paulo – parte II. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v.9, n. 100, p. 29-39, 2012.

VERGARA, S. C. **Métodos de coleta de dados**. São Paulo: Atlas, 2009.

VIANA, A. L D; LIMA, L. D; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VICTORA, C. Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n.1, p.104-112, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Intersectoral action for health**: a cornerstone for health for all in the 21st century. Halifax, Canada: WHO; 1997.



## ANEXO 1 Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE SAÚDE  
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Fluoretação das águas de abastecimento público em municípios pequenos: condicionantes do processo de implementação em uma região do estado de São Paulo.

**Pesquisador:** Anderson Gomes Mota

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 47850015.5.0000.5421

**Instituição Proponente:** Faculdade de Saúde Pública USP/SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.219.939

**Apresentação do Projeto:**

A mesma.

**Objetivo da Pesquisa:**

Mantidos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Risco mínimo mantido.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Na versão anterior do TCLE havia frase que poderia sugerir indução do participante a colaborar com a pesquisa. Recomendou-se retirá-la, o que foi acatado pelo proponente.

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

O novo TCLE encontra-se adequado.

**Recomendações:**

Nada a acrescentar.

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

Pela aprovação.

**Endereço:** Av. Doutor Arnaldo, 715

**Bairro:** Cerqueira César

**CEP:** 01.246-004

**UF:** SP

**Município:** SÃO PAULO

**Telefone:** (11)3061-7779

**Fax:** (11)3061-7779

**E-mail:** coep@fisp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE  
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO



Contribuição do Parecer: 1.219.939

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Acatado parecer do relator pela aprovação.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Doutorado 1.doc	04/05/2015 21:00:21		Acelto
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	04/05/2015 21:02:48		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	07/09/2015 09:32:00	Anderson Gomes Mota	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 487266.pdf	07/09/2015 09:32:34		Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 09 de Setembro de 2015

Assinado por:

Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo  
(Coordenador)

## ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**  
 Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Anderson Gomes Mota, cirurgião-dentista e aluno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), nível doutorado. Estou realizando uma pesquisa sob orientação do Prof. Doutor Paulo Frazão, denominada “*Fluoretação das águas de abastecimento público em pequenos municípios: condicionantes da implementação em uma região do estado de São Paulo*”.

A presente pesquisa tem o propósito de analisar aspectos referentes à implementação da política de fluoretação da água de abastecimento público em municípios de pequeno porte do estado de São Paulo. Para que o objetivo proposto seja alcançado, além do exame de documentos, estão previstas entrevistas com cidadãos e lideranças nestas localidades e sua participação é muito importante para que esta pesquisa tenha valor científico.

Esclareço que seu nome não será divulgado de nenhuma forma e que as respostas serão confidenciais e utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. Sua participação é voluntária, sendo que você poderá desistir em qualquer momento da pesquisa. As informações e opiniões expressas por você não causarão nenhum dano ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto das demais entrevistas exclusivamente para fins acadêmicos, sendo a pesquisa considerada de risco mínimo aos participantes. Não está previsto pagamento ou ressarcimento de despesa para o entrevistado, mas você poderá ser indenizado no caso da violação de algum preceito ético.

Colaborar ou não com a pesquisa, não acarretará em benefício indevido, nem prejuízo. Você também não precisa responder às perguntas que não quiser. Você poderá obter esclarecimentos sobre os procedimentos da pesquisa sempre que desejar, entrando em contato comigo através do telefone (11) 9 9676 6714, ou enviar uma mensagem pela internet para o e-mail: [pasamota@ig.com.br](mailto:pasamota@ig.com.br).

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser dirigidas ao Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP no endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, CEP: 01246-904. São Paulo, SP – Telefone: (11) 3061-7779, E-mail: [coep@fsp.usp.br](mailto:coep@fsp.usp.br)

Agradeço sua cooperação e me coloco à disposição.

---

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informado (a) sobre os objetivos, procedimentos e relevância da pesquisa intitulada “*Fluoretação das águas de abastecimento público em pequenos municípios: condicionantes da implementação em uma região do estado de São Paulo*”.

Aceito participar da pesquisa, concordando com a realização e a gravação da entrevista. Estou ciente de que os resultados serão tratados de forma sigilosa, tendo garantido meu anonimato. Estou ciente de que terei liberdade em retirar este consentimento em qualquer etapa da pesquisa. Em concordância com os termos da pesquisa, aceito participar e assino abaixo.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



**ANEXO 3 - Comprovante de submissão do artigo 1**



**ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO**

**Saúde Educação Ciência**  
Cultura Tecnologia  
Ciência Trabalho Saúde

SistemaManuscritosHabilitar perfil de PareceristaDados PessoaisInstruções aos AutoresAlterar Senha

**Manuscritos Aceitos e em Avaliação**

Código	Título	Data da Submissão	Ver
0204.2018	O FEDERALISMO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM NÍVEL LOCAL: LIÇÕES DO CASO BRASILEIRO	31/03/2018	

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

## CURRÍCULO LATTES

### Currículo Lattes candidato –

#### *Anderson Gomes Mota*

- [Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/3250949589049922](http://lattes.cnpq.br/3250949589049922)
- Última atualização do currículo em 26/12/2017

---

Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia Camilo Castelo Branco (1988) e licenciatura em Biologia pelo Centro Universitário Claretiano (2011). Especializou-se em Saúde Pública pela Universidade São Camilo (1994) e em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo (2000). É mestre em Ensino das Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (2007) e cursa doutorado em Saúde Pública na Universidade de São Paulo. Atua como docente nas seguintes instituições de ensino: Universidade Metodista de São Paulo, Universidade Santa Cecília de Santos e Escola Técnica de Saúde Pública Professor Makiguti (Cidade Tiradentes - SP). Também é cirurgião-dentista concursado da Prefeitura Municipal de Ribeirão Pires - SP, desde 1990, onde exerceu diversas funções, dentre as quais a de Coordenador de Saúde Bucal (1999 / 2005) e Assessor Técnico de Saúde Bucal (2005 / 2016). Atualmente integra o departamento de Vigilância Sanitária do município. **(Texto informado pelo autor)**

### Currículo Lattes orientador –

#### *Paulo Frazão*

##### *Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2*

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0336022787699316>  
Última atualização do currículo em 29/03/2018

---

Paulo Frazão é Professor Titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP. Concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo em 1999. Obteve título de Livre Docente pela USP em 2009. Foi consultor do Ministério da Saúde. Foi Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, e atualmente é Vice-Chefe do Departamento de Política, Gestão e Saúde da FSP-USP. Publicou 92 artigos em periódicos especializados e apresentou 142 trabalhos em eventos técnico-científicos. Possui 32 capítulos de livros e 2 livros publicados e 2 organizados e um posfácio. Participou de 6 eventos no exterior e 152 no Brasil. Orientou 16 dissertações de mestrado e 7 teses de doutorado, e supervisionou 8 monografias de especialização e 5 trabalhos de iniciação científica nas áreas de Saúde Coletiva e Odontologia. Recebeu 16 prêmios e/ou homenagens. Entre 1987 e 2004 participou da condução de 10 projetos de pesquisa. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase na Vigilância da Saúde Bucal, linha de pesquisa na qual coordena projetos de interesse da Saúde Bucal Coletiva. É coordenador de projetos do Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância em Saúde Bucal da FSP-USP e participa da Rede Brasileira de Vigilância da Fluoretação da Água de Abastecimento Público. É membro da Comissão de Políticas Públicas do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo. Em suas atividades profissionais interagiu com 71 colaboradores em coautorias de trabalhos científicos. Em seu currículo Lattes os termos mais frequentes na contextualização da produção científica e tecnológica são: Epidemiologia, Saúde Bucal, Cárie Dentária, escolares, Saúde Pública, Políticas Planejamento e Adm Sistemas e Serviços de Saúde, Má oclusão, Pessoal Auxiliar Odontológico, Cooperação Interprofissional, Sistemas locais de saúde. **(Texto informado pelo autor)**