



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Francisco Jorge Hilo Amora Sales

O CEARÁ E AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE BUCAL:
TEMAS, ATORES E DECISÕES.

Fortaleza - Ceará
2007

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

Francisco Jorge Hilo Amora Sales

**O CEARÁ E AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE BUCAL:
TEMAS, ATORES E DECISÕES.**

Dissertação do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE) apresentada como pré-requisito para a obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

**Fortaleza – Ceará
2007**

FICHA CATALOGRÁFICA

Sales, Francisco Jorge Hilo Amora.

O Ceará e Conferências de Saúde Bucal: temas, atores e decisões. – Fortaleza – 2007

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará -

Área de Concentração: Departamento de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

Descritores: 1. Conferência de Saúde. 2. Controle Social. 3. Política de Saúde – Ceará.

4. Saúde Bucal – Ceará.

O conhecimento é um patrimônio da humanidade, portanto este texto pode ser reproduzido, individual ou institucionalmente, sob qualquer forma, no todo ou em partes, sem necessidade de autorização do autor, desde que sem fins comerciais.

**Universidade Estadual do Ceará
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública**

O Ceará e as Conferências de Saúde Bucal: temas, atores e decisões.

Francisco Jorge Hilo Amora Sales

Defesa em: ____/____/____

Conceito obtido: _____

Nota obtida: _____

Banca Examinadora

José Jackson Coelho Sampaio Prof. Dr.
Orientador

Maria Eneida Leitão de Almeida Prof^a. Dr^a.

Ernani Vieira de Vasconcelos Filho Prof. Dr.

“A análise histórica da construção de uma subjetividade medicalizada em saúde revela a crescente submissão de indivíduos e coletividade às pautas sobre as quais possuem pouca possibilidade de decisão, o que limita o exercício do controle público da saúde... A partir desta constatação, a busca de relações democráticas baseadas em um compromisso ético, que se inicia na própria relação do indivíduo consigo mesmo e se estende ao outro, tanto permite avaliar as relações de poder que permeiam estas práticas, como pode se tornar a utopia que nos move a potencializar resistências já existentes, buscando relações de poder mais dialógicas e éticas”

Águeda Wendhausen, autora do livro “O duplo sentido do controle social: (des) caminhos da participação em saúde”.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Bernadete Amora Sales** (In Memoriam) e **José Magalhães Sales** (In Memoriam), pois eles me ensinaram o prazer da descoberta pelo estudo e “que ninguém pode tirar aquilo que você aprendeu”.

Aos meus irmãos, **Sheyla** (In Memoriam), **Synthia**, **Shandra**, **Socorro**, **Marcus** e **Solange**, pois com eles aprendi que o mais importante é termos uns aos outros.

Ao **Valder** e à **Morena** (Fátima), pelo incentivo e por participarem tão profundamente da minha vida.

Aos meus sobrinhos e sobrinhas e, especialmente, à **Aninha**, minha primeira sobrinha-neta.

E, finalmente, à funcionária do Curso de Mestrado **Mairla Pitombeira da Franca Alencar**, que sempre foi tão solícita e amável com todos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof Dr. José Jackson Coelho Sampaio, pela orientação e efetiva contribuição para a elaboração desta Dissertação.

À Prof^a. Dra. Maria Irismar de Almeida pela contribuição e sugestões no processo de qualificação do projeto de dissertação.

Ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, por me dar oportunidade de conviver entre lentes de reconhecido saber, além de me proporcionar os conhecimentos que facilitaram a elaboração desta Dissertação.

Ao Dr. Francisco Marcelo Dias, ex-Secretário de Saúde do Município de Itapipoca-CE, pela compreensão e pela força que me deu nos momentos críticos.

À Prof^a. Clélia Maria Nolasco Lopes pela grande contribuição com documentos e discussões acerca do tema.

Aos sujeitos da pesquisa pelas importantes informações, pois sem as quais não teria sido possível a realização dessa Dissertação.

Aos meus amigos do Mestrado Ana Vanúcia, Márcia, Cláudia, Soraia, Rui, Regina e Daniele pelo companheirismo e pelos bons momentos que passamos construindo e desconstruindo o conhecimento.

E, finalmente, a todos e a todas que contribuíram de forma direta e indireta para o meu êxito nesta pesquisa.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde, criado em decorrência dos arranjos constitucionais de 1988, tem como propósito acabar com a desigualdade da assistência à saúde no Brasil e é apoiado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação da comunidade. Com a garantia do princípio da participação da comunidade, o controle social é institucionalizado na área da saúde, devendo o mesmo ser exercido por meio das conferências e conselhos de saúde. As conferências de saúde bucal são instrumentos de participação popular usados pelo Estado para a legitimação de suas próprias ações e respeitando a cidadania dos sujeitos a quem as decisões se destinam. O presente estudo tem por objetivo geral analisar, criticamente, a presença das decisões emanadas das conferências estaduais cearenses no plano das conferências nacionais de saúde bucal e a capacidade das decisões das conferências de se tornarem práticas legais nas políticas públicas de saúde bucal coletiva do estado do Ceará. O período compreendido foi de 1993 a 2004. O enfoque dado por este estudo tem por finalidade trazer à tona, através da Técnica de Análise do Discurso de 10 informantes-chave e dos documentos, as discussões que fizeram parte na construção das propostas de políticas de saúde bucal na atenção básica do estado do Ceará. Os dados foram obtidos por meio da análise documental e de entrevistas, onde se comparou as proposições condensadas nos Relatórios Finais das I e II Conferências Estaduais de Saúde Bucal e as II e III Conferências Nacionais de Saúde Bucal. As principais conclusões são: as propostas geradas nas CESB ou, mesmo, nas CNSB não conseguiram sensibilizar o Governo Estadual na elaboração de políticas de Saúde Bucal no estado do Ceará, o caráter dispersivo, fragmentado das propostas locais nas CESB, a ausência de redes de coordenação efetiva entre os governos locais com outros níveis de governo, a ausência de mecanismos institucionais que garantam continuidade no âmbito local leva à fragmentação das experiências e à diferenciação negativa de ações, repetição de propostas, as políticas de Saúde Bucal no Ceará seguem um padrão retardatário em relação ao resto do país. Como estratégia para transformação dessa situação sugere-se o fortalecimento das entidades de representação popular, a construção de Políticas Públicas que visem reduzir as enormes desigualdades e que as discussões, materializadas nos relatórios finais das CNSB, sirvam realmente de base para a construção e a implementação de Políticas de Saúde Bucal, levando-se em conta as dimensões epidemiológicas, sociais e econômicas das diversas regiões do Brasil, além da construção de agendas locais coerentes com as especificidades de cada realidade.

Palavras – Chave: Conferência de Saúde; Controle Social; Política de Saúde – Ceará; Saúde Bucal – Ceará.

ABSTRACT

The Unified Health System, created as an outcome of the 1988 constitutional arrangements, has as its goal to end inequality by providing health care in Brazil and is supported by the principles of universality, completeness, fairness, decentralization, regionalization and communal participation. With the guarantee of the communal participation principle, the social control is institutionalized in the health area, and it should be exerted by means of conferences and health councils. The conferences of oral health are instruments of the popular participation and are used by the State to legitimate its proper action respecting the citizenship of those for whom decisions are taken. The present study has as its general aim to analyze the presence of the oncoming decisions in the Ceará state conferences in the plan of the national conferences of oral health and the strength of the decisions of the conferences to become legal practices in the domain of public policies for oral public health in the state of Ceará. The period of the conferences was between 1993 and 2004. The approach given in this study has the purpose to bring out discussions which were part in the formulation of proposal for oral health policies, through the Technique of Discuss Analysis and documents focusing basically on the State of Ceará. The data have been obtained by means of the documentary analysis, where the condensed proposals in the Final Reports of the 1st. and 2nd. State Conferences were compared with the 2nd. and 3rd. National Conferences on Oral Health in the time span from 1993 to 2004. The main conclusions are: the proposals generated in the SCOH or more exactly in the NCOH, nevertheless they could not push the State Government to put forward the elaboration of policies for oral health in the State of Ceará. The scattered character of the local proposals in the SCOH, the lack of coordination networks among the local governments and others levels of government, the lack institutional mechanisms that guarantee continuity in the local sphere lead to dispersion of experiences and negative differentiation of action, repetition of proposals; policies of oral Health in Ceará follow a delayed standard related to the rest of the country. As a strategy to change this background were suggested the strengthening of the popular entities representation, the construction of Public Policies that aim to reduce the enormous inequalities and the discussions, materialized in the final reports of the NCOH, really serve as a basis for the construction and implementation of Policies for Oral Health, taking in account the epidemiologic, social and economic dimensions from the several regions in Brazil, beyond the coherent local agenda construction comprising the specifications of each reality.

Key words: Conference on Health; Social Control; Politics of Health - Ceará; Oral health - Ceará.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABENO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO
ABO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA
ACD – ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO
AIS – AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
ALCA – ACORDO DE LIVRE COMÉRCIO DAS AMÉRICAS
APD – AUXILIAR DE PRÓTESE DENTÁRIA
CD – CIRURGIÃO-DENTISTA
CECTIS – CONFERÊNCIA ESTADUAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE
CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE
CEO – CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CERES – CÉLULA REGIONAL DE SAÚDE
CES – CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
CESAU – CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
CESB – CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL
CF – CONSTITUIÇÃO FEDERAL
CFO – CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA
CGT – CENTRAL GERAL DOS TRABALHADORES
CIB – COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
CLIS – COMISSÕES LOCAIS INTERINSTITUCIONAIS DE SAÚDE
CMS – CONSELHO MUNICIPAL SAÚDE
CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
CNSB – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL
CONAM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS ASSOCIAÇÕES DE MORADORES
CONASP – COMISSÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PREVIDÊNCIA
CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CONEP – CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA
CONTAG – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA
CPOD – ÍNDICE DE DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS
CSB – CONFERÊNCIAS DE SAÚDE BUCAL
CTO – CENTRO DE TREINAMENTO ODONTOLÓGICO
CUT – CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES
DERES – DELEGACIA REGIONAL DE SAÚDE
DNSB – DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL
EC – EMENDA CONSTITUCIONAL
ECEO – ENCONTRO CIENTÍFICO DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA
ENATESPO – ENCONTRO NACIONAL DOS TÉCNICOS E TRABALHADORES DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO
ESB – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
ESF – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ETA – ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE ÁGUA
FHC – FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
FMI – FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL
FNO – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ODONTOLOGISTAS
FNS – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO SESP – FUNDAÇÃO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA

IAPS – INSTITUTO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES
IDH – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
INAMPS – INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
INPS – INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSS – INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
IPECE – INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ
LOS – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE
MBRO – MOVIMENTO BRASILEIRO DE RENOVAÇÃO ODONTOLÓGICA
MPAS – MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE
NOAS – NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NOB – NORMA OPERACIONAL BÁSICA
OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
PAB – PISO DA ATENÇÃO BÁSICA
PACS – PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PDR – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO
PIASS - PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO
PPI – PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA
PREV-SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE
PROAD – PLANO DE REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PSF - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
RH – RECURSOS HUMANOS
SESA – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
SESP – SERVIÇOS ESPECIAIS DE SAÚDE PÚBLICA
SUDS – SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE
SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TC – TRATAMENTO COMPLETO
THD – TÉCNICO DE HIGIENE DENTAL
TPD – TÉCNICO DE PRÓTESE DENTÁRIA
UBASF – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UNE – UNIÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES
UNEO – UNIÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Relação dos sujeitos entrevistados que participaram de Conferências Estaduais e Nacionais de Saúde Bucal em 1993 e 2004.....	60
Quadro 02. Demonstrativo de participação na I CESB, 1993.....	66
Quadro 03. Número de propostas feitas pelo estado do Ceará para a II CNSB em 1993.....	69
Quadro 04. Demonstrativo de participação na II CNSB em Brasília, 1993.....	70
Quadro 05. Número de propostas aprovadas no Relatório Final da II CNSB em Brasília, 1993.....	76
Quadro 06. Demonstrativo de participação na III CESB, 2004.....	83
Quadro 07. Número de propostas enviadas pelo estado do Ceará para a III CNSB em 2004.....	91
Quadro 08. Demonstrativo de participação na III CNSB, 2004.....	91
Quadro 09. Número de propostas aprovadas no Relatório Final da III CNSB em Brasília, 2004.....	97

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
LISTA DE QUADROS.....	12
INTRODUÇÃO.....	15
1. Participação comunitária: o controle nas mãos do cidadão.....	19
2. O controle dos usuários sobre o sistema de saúde.....	23
3. Da participação da comunidade para o controle social.....	25
4. O movimento sanitário e a VIII Conferência Nacional de Saúde: o começo de tudo.....	28
5. As Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Bucal: origem, temas e Principais discussões.....	33
6. As políticas de Saúde Bucal no Brasil.....	42
7. As políticas de Saúde Bucal no Ceará.....	49
8. Objetivo Geral.....	52
9. Objetivos específicos.....	53
TRATAMENTO METODOLÓGICO.....	54
1. Procedimentos e instrumentos de investigação.....	54
2. Procedimentos e instrumentos de interpretação.....	57
3. Principais categorias teóricas.....	62
4. Formas de exposição.....	62
5. Ética da pesquisa.....	63
CAPÍTULO I – A contribuição do Ceará nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde Bucal: uma difícil tarefa.....	65
CAPÍTULO II – O desafio de transformar as propostas dos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde Bucal em políticas de Estado..	99
1. Principais categorias teóricas:.....	99
a) Participação.....	99
b) Cidadania.....	101
c) Poder.....	104
1. A participação da comunidade como princípio constitucional: as Conferências de Saúde Bucal e o processo de construção social.....	105
2. Cidadania: inexpressividade de um conceito.....	107
3. As relações de poder dentro das Conferências de Saúde Bucal: uma realidade.....	113
4. A concretização das diretrizes de políticas de Saúde Bucal: as Conferências de Saúde Bucal como um meio possível.....	116
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
1. Considerações gerais.....	120

2. Conclusões.....	122
3. Recomendações.....	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
APÊNDICES.....	137
Apêndice I – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	138
Apêndice II – Termo de compromisso do pesquisador.....	139
Apêndice III – Roteiro de entrevista não estruturada.....	140

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa surgiu do interesse do autor em conhecer como as decisões gestadas nas conferências estaduais de saúde bucal, e levadas, após aprovação, ao plenário das conferências nacionais de saúde bucal, eram implantadas e implementadas, tomando como base os relatórios finais das referidas conferências e as políticas de atenção à saúde bucal do estado do Ceará.

As motivações sempre são fruto do encontro entre a história do pesquisador e a história do problema, em certo momento. Neste caso, o fato de ser Cirurgião-Dentista da Fundação Nacional de Saúde-FUNASA, desde 1994, e ex-Coordenador de Saúde Bucal no município de Itapipoca-CE, de 2001 a 2003, permitiu ao autor viver, como trabalhador e como gestor, um período fértil de implantação de políticas públicas de saúde. E sempre foi muito difícil perceber as contribuições do Ceará às Conferências de Saúde Bucal e como foram politicamente implantadas e implementadas as decisões construídas no âmbito das Conferências. Empiricamente, a publicação de trabalhos científicos sobre o tema também parecia frágil.

O interesse pelo tema foi crescendo a partir de sua participação, como delegado do setor gestor/prestador, na III Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em Brasília, nos dias 29, 30 e 31 de agosto de 2004, além de outras participações como expectador de Conferências Estaduais de Saúde. Participou, também, da I Conferência Municipal de Saúde Bucal, realizada no município de Itapipoca-CE, em 10 de maio de 2004 e da II Conferência Estadual de Saúde Bucal, nos dias 10, 11 e 12 de junho de 2004, em Fortaleza.

O estado do Ceará tem se destacado no cenário nacional como inovador no que diz respeito às políticas públicas de saúde. Vale destacar as ações precursoras do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, em 1987, no Governo Tasso Jereissati, o Programa Saúde da Família-PSF, em 1993 e a Programação Pactuada e Integrada-PPI, formalizada pela NOB/SUS 01/96.

É mister que se dê importância ao trabalho desenvolvido pelos formuladores de políticas de saúde que discutem e lutam para implantar ações que só venham melhorar a vida dos cidadãos deste estado.

A formulação e a implantação de políticas públicas de saúde bucal são envolvidas por interesses, contradições e antagonismos, como qualquer ato da cena política. As linhas de conflito passam pelos gestores, sejam prefeitos, governadores ou presidentes, secretários de saúde municipais ou estaduais, ministros da saúde ou coordenadores da área de saúde bucal, municipal, estadual e federal. Também passam pelos trabalhadores, equipes de saúde da família, de saúde bucal, médicos, enfermeiros, odontólogos, e a sociedade a ser cuidada, a população de um território adstrita a uma equipe de saúde bucal, que fazem parte uma realidade social, política e cultural determinada e determinante (PEQUENO, 2005).

Para Paim (2002), as políticas públicas são o resultado histórico das relações estabelecidas entre a sociedade e o Estado. A sociedade intervém, por meio das instituições e do próprio Estado, sobre sua realidade, buscando o bem-estar, a emancipação e o desenvolvimento saudável, e utilizando as diversas dimensões econômicas, políticas, sociais, culturais e psicológicas. Então, política pública, nada mais é do que um conjunto articulado de princípios, diretrizes e ações estratégicas, emanado de um segmento do poder público, em determinado momento histórico, em benefício de uma sociedade que estabelece o fundamento real do poder.

É garantia constitucional que a população, através de suas entidades representativas, participe do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Isto acontece por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. As conferências são gerais ou setoriais, como as Conferências de Saúde Bucal, também realizadas em todos os níveis. As conferências são periódicas e têm a função de definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde, no caso específico, saúde bucal.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, na área da saúde, institui as conferências e os conselhos, em cada esfera do governo, como instâncias colegiadas do SUS, sem prejuízo do Poder

Legislativo. Nesta mesma lei ficou estabelecido que as conferências nacionais de saúde seriam realizadas a cada quatro anos, “com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde” (§1º).

A composição dos participantes das conferências na referida lei ficou vaga - “representação dos vários segmentos sociais” - em comparação à dos conselhos de saúde, que foi determinada como “representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários” (§ 2º). Mas a Lei nº 8.142 estabeleceu que tanto nos conselhos de saúde quanto nas conferências “a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (§4º).

Nota-se que a legislação foi muito mais específica em relação aos conselhos de saúde do que sobre as conferências de saúde.

Ainda em relação à representatividade, o Conselho Nacional de Saúde-CNS elaborou e aprovou três resoluções sobre Diretrizes para Criação, Reformulação, Estruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde, que são: a Resolução 33, de 23 de dezembro de 1992; a Resolução 319, de 7 de novembro de 2002; e a Resolução 333, de 4 de novembro 2003 (BRASIL, 1992, 2002, 2003). Essas três resoluções dedicam-se, principalmente, aos conselhos de saúde. A Resolução 33/92 estabelece, entre as competências dos conselhos de saúde, “propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais” e realizar “outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde e pela IX Conferência Nacional de Saúde”.

A Resolução 319/02 do Conselho Nacional de Saúde regulamenta, em sua terceira diretriz, que “o número de conselheiros será indicado pelos plenários dos Conselhos e Conferências de Saúde, devendo ser definido em lei”. A Resolução 33/92 confirma que a distribuição das vagas será “consoante às recomendações da X e da XI Conferências Nacionais de Saúde” mantendo da seguinte forma: 50% de entidades dos usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação do governo, entidades ou instituições de prestadores de serviços, filantrópicos e privados.

As entidades de classe que compõem o processo participativo têm o dever de oferecer informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde nas discussões e decisões votadas nas Conferências.

O caráter dado às Conferências de Saúde Bucal, como instâncias de discussão de políticas específicas na área de saúde bucal e Odontologia, remete ao dever de discutir a necessidade de diferenciar um termo do outro. Na definição de cada vocábulo, segundo Botazzo (2003), há a necessidade de dar significado e de estabelecer as relações entre estas definições e a dinâmica histórico-societária na qual estão inseridos. Hoje, a Saúde Bucal, como conceito e como prática, assume uma relevância nunca antes imaginada devido ao crescimento do poder de participação da sociedade brasileira, à complexidade dos deveres do poder público, ao perfil demográfico-sanitário que exhibe necessidades de proteção, prevenção, promoção e educação, antes impensáveis.

A demanda sanitária de saúde bucal coletiva, resultando em demanda politicamente articulada, tem resultado na implantação de estratégias como a das Equipes de Saúde Bucal-ESB na atenção primária e grandes programas como o Brasil Sorridente. As exigências sociais e o desenvolvimento destes programas encontram uma profissão focada na assistência individual, sem formação adequada para a saúde pública, habituada corporativamente ao modelo liberal de exercício profissional, o que oferece campo adequado para uma grande crise.

A prática da Saúde Bucal Coletiva está inserida no campo da Saúde Pública, porém, por sua vez, insere a Odontologia, esta última centrada na assistência a boca e dentes, daí gerando um universo de investigações e de técnicas clínicas. Saúde Bucal, portanto, constitui-se como radicalmente intersetorial e interdisciplinar e está inserida no campo das práticas coletivas, sanitárias, sociais ou de investigação, voltada para populações, serviços de saúde e movimentos sociais, que se transformam criticamente e, por sua vez, a transformam (PEQUENO, 2005).

As Conferências são, portanto, de Saúde Bucal, e não de Odontologia, pois são instrumentos de participação popular usados pelo Estado para a legitimação de

suas próprias ações e respeitando a cidadania dos sujeitos a quem as decisões se destinam.

A temática abordada por este estudo é de grande importância, pois é necessário compreender o processo de democracia participativa no campo das políticas públicas de saúde, iniciado pelas conferências, de modo dinâmico, com resultados e impacto reais. De outro modo, teríamos uma cena teatral vazia, um simulacro do processo democrático. Constata-se, também, a ocorrência bastante sumária de trabalhos científicos que equacionem o problema. Os Relatórios Finais são documentos oriundos das discussões, votados e aprovados nas plenárias das Conferências de Saúde Bucal, e constituem textos primários, de grande riqueza, procurando estudos explanatórios.

O presente estudo tem por finalidade preencher esta lacuna deixada pelos poucos trabalhos que tentam identificar o poder emanado por esse fórum que traça diretrizes construídas pelo poder cidadão. O enfoque dado por este estudo tem por finalidade trazer à tona, através da análise dos discursos dos sujeitos e dos documentos, as discussões que fizeram parte na construção das propostas de políticas de saúde bucal na atenção básica do estado do Ceará. Principalmente àquelas colocadas como prática legal.

1. Participação Comunitária: o controle nas mãos do cidadão

Um processo lento, mas permanente, de expansão das políticas sociais ocorreu no Brasil desde a década de 1930 até os anos 1980. Essas políticas foram deixando de ser privilégio dos trabalhadores do setor formal para abranger setores mais amplos da população. Com a Constituição de 1988 esse movimento foi aprofundado e os direitos de cidadania passaram a ser universais, ao menos do ponto de vista legal (DRAIBE, 1988).

Na Constituição Brasileira de 1988 houve a abertura para novas experiências de exercício da cidadania, à medida que instituiu espaços de participação na formulação de políticas públicas e instrumentos de controle de sua implementação.

Essa nova esfera pública da cidadania conta atualmente com uma grande diversidade de conselhos e colegiados bastante diferentes quanto à sua composição e seu grau de autonomia frente ao Poder Executivo. A existência dessas instâncias, sem dúvida, reflete concepções que são resultado das mudanças das relações Estado-Sociedade engendradas tanto pelo processo da transição política como pela reforma do Estado.

Com a instituição do Sistema Único de Saúde e, primeiramente, com a Constituição Federal de 1988, é que a participação dos movimentos sociais se fez presente na elaboração das políticas de saúde. Entende-se aqui, como movimentos sociais aqueles relacionados com os movimentos em saúde, que pela denúncia de “ausências ou omissões” dos serviços lutaram para a construção de um espaço para o exercício do controle regular da gestão em saúde. Principalmente pelos Conselhos de Saúde e, sazonalmente, pelas Conferências de Saúde, enquanto representação popular no controle do Estado.

No movimento da reforma sanitária, o direito à saúde, é tido como questão que perpassa intrinsecamente a participação dos setores populares na gestão das políticas de saúde. O movimento da reforma sanitária foi um movimento que teve início desde a década de 1970 e que abrigava no seu bojo cientistas, artistas, políticos, trabalhadores em saúde e todos aqueles que estavam engajados na luta por um sistema de saúde mais justo e universal. Sofreu influências de movimentos internacionais, principalmente das reformas acontecidas no Canadá e Inglaterra. A *policy community*¹, por exemplo, influenciou fortemente os reformadores do sistema brasileiro de saúde.

Para Cortes (2002), era necessário que a sociedade utilizasse os fóruns participatórios como um meio de controlar as decisões no novo sistema de saúde que estava sendo criado. Assim,

os reformadores do sistema brasileiro de saúde consideravam como uma questão de princípio que a sociedade civil tivesse

¹ *Policy community* é entendida como uma comunidade orgânica de atores políticos organizados em torno de um projeto comum de política social (Jordan e Richardson, 1982:83). Um importante ator dessa comunidade é a elite política setorial, composta por profissionais e acadêmicos que colaboram decisivamente para a elaboração de projetos reformistas (Grindle e Thomas, 1991:20). No caso da reforma do sistema brasileiro de saúde, havia os ativistas dos movimentos sociais, ansiosos por influenciar a formulação e implementação das políticas do setor. Havia, também, uma elite de reformadores tentando criar alianças e coalizões para influenciar o processo de tomada de decisões dentro do governo (Melo, 1993:130-136).

controle sobre o sistema. Ao mesmo tempo, os grupos de interesse mobilizados através de fóruns de participação poderiam auxiliar para expandir os apoios políticos ao processo de reforma.[...] A estratégia geral era construir um sistema universal e único de saúde, financiado com recursos da seguridade social – criada pela nova Constituição – e dos orçamentos federal, estaduais e municipais. A maior parte da provisão direta e da regulação dos serviços financiados com recursos públicos ficaria a cargo dos municípios (Cortes, 2002:32–33).

A Constituição da República, promulgada em outubro de 1988, reconhece, no Art. 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Por entender que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a Constituição caracterizou, no seu Art. 197, como sendo "de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado".

No Art. 198, a Constituição estabelece que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Com o advento da lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, reconhece-se a participação da comunidade na gestão do SUS, mediante a criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

Na lei 8.142 de 28/12/1990, há explicação de como deve ser efetivada a participação comunitária, como se pode ver o conteúdo do disposto no artigo 1º da referida lei:

Art. 1º - Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

Nem a Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988 (BRASIL, 1988) tampouco a Lei Orgânica da Saúde—LOS refere-se à participação popular ou controle social, mas em participação comunitária. Os termos amplamente utilizados hodiernamente são controle social e participação popular.

A noção de participação, tal como fora inicialmente concebido pelos defensores dos cuidados primários de saúde, era muito vaga, e seu significado variava conforme as peculiaridades da organização social e política de cada país, ou do posicionamento político-ideológico do ator político que abraçava a idéia. De acordo com Grindle e Thomas (1991), nos países em desenvolvimento, os tipos de relações, que normalmente se estabelecem entre instituições políticas e sociedade civil, dificultariam a constituição de mecanismos participatórios.

Historicamente, o termo cidadania assume várias formas, sempre de acordo com o contexto em que esteja inserido. O conceito de cidadania, enquanto direito a ter direitos, tem se prestado a diversas interpretações. Marshall (1967), generalizou a noção de cidadania e de seus elementos constitutivos. A cidadania seria composta dos direitos civis e políticos, que seriam direitos de primeira geração, e dos direitos sociais, classificados como direitos de segunda geração.

Para Vieira (1997), existe uma tensão interna no que se refere à relação entre os direitos de cidadania e o Estado. Enquanto os direitos de primeira geração (civis e políticos) exigiram, para sua plena realização, um Estado mínimo, os direitos de segunda geração (sociais) requerem um Estado mais forte para serem realizados.

E o Estado Democrático de Direito não se limitou a reconhecer e proteger os direitos de primeira e segunda geração, mas declara e garante os chamados direitos fundamentais de terceira geração, direitos difusos, transindividuais, desvinculados de critérios patrimoniais, como o direito ao meio ambiente equilibrado, à paz e ao desenvolvimento. Encontrando-se hoje em construção, os direitos fundamentais de

quarta geração, basicamente direitos relacionados à vida das gerações futuras, tendo em vista as recentes descobertas da engenharia genética, como a possibilidade de clonagem.

2. O controle dos usuários sobre o sistema de saúde

No Brasil, no início da década de setenta, num contexto em que qualquer mobilização social, mesmo em nível local, era vista como subversiva, a participação da população nas decisões sobre o sistema de saúde entrou na agenda política. A participação comunitária na formulação, implementação e avaliação de programas de saúde era uma das diretrizes dos chamados projetos de extensão de serviços de saúde, concebidos para responder a pressões crescentes por serviços e para promover integração nacional.

A participação comunitária, desde essa época, passou a fazer parte do discurso do setor de saúde, tornando-se preceito constitucional em 1988. Derivada das concepções sobre desenvolvimento comunitário, a participação comunitária se referia à busca de maior envolvimento de populações locais na implementação de programas de atenção primária.

Neste contexto, o conceito de participação comunitária, embora continuando a fazer parte do discurso oficial, era freqüentemente substituído pelo conceito de participação popular. Participação popular dizia respeito à participação das classes populares, excluídos da participação política e de grande parte das riquezas produzidas pela sociedade (STRALEN, 2001).

Esta concepção influenciou em diversas localidades as práticas de Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde-CLIS, na década de 1980 quando da implementação das Ações Integradas de Saúde-AIS. Comissões locais procuravam se articular com a representação política e com entidades populares, além de se envolver com o controle da execução de serviços pelos Centros de Saúde.

Mesmo com o destaque dado à participação comunitária e popular, até a inauguração da chamada Nova República, o impacto sobre os serviços de saúde foi em

geral relativamente pequeno. Quase sempre se reduzia a um mero discurso, visando mais à legitimação de programas de saúde do que à efetiva melhoria do sistema de saúde. Isto se devia, entre outros fatores, à falta da criação de procedimentos institucionais para representar interesses. Como Immergut (1992) enfatiza, qualquer que seja a fonte de pressões sociais, demandas sociais devem ser canalizadas através de instituições políticas, se quiserem ter impacto.

Desta forma, como comenta Stralen (2001:122),

analisar o controle social dos usuários meramente em termos numéricos, seria insuficiente, pois não podemos partir do ponto de vista de que o resultado final de demandas é proporcional à força da demanda inicial. A maciça campanha pelas diretas já, no início da década de oitenta que não obteve o resultado almejado, evidencia bem claramente que a mera expressão de demandas não é eficiente.

O movimento sanitário compreendeu a importância de canalização institucional e deixou de promover apenas um discurso ideológico sobre participação e se mobilizou para a criação de canais institucionais de participação. Ao regulamentar o preceito constitucional da participação da comunidade como diretriz do SUS, a Lei N° 8.142 de 28 de dezembro de 1990 criou as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como canais institucionais de participação. As conferências de saúde, previstas em cada nível administrativo do SUS, reúnem-se pelo menos a cada quatro anos para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde (Lei 8.142/90). Os conselhos de saúde são instâncias permanentes e deliberativas que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Nota-se que estas instâncias colegiadas claramente privilegiam a participação dos usuários, ao atribuir-lhes a metade das vagas.

O direito à saúde, defendido na Reforma Sanitária, traz, intrinsecamente à sua constituição, o apoio, a participação e a pressão dos setores populares. Em outras palavras, o direito social de ter garantido a condição de saúde de uma população supõe o próprio movimento dessa população em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito.

Para Assis (2003), há diferença em controle social e participação social, principalmente em sua constituição e campo de atuação.

Controle social consiste, para Assis (2003), num campo de relações sociais, no qual os sujeitos participam por meio de distintas articulações, que são processadas no âmbito interno e externo dos espaços institucionais, na busca de identificação de necessidades dos trabalhadores de saúde e grupos da comunidade em co-responsabilidade com as instâncias governamentais-Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. São, portanto, canais institucionais de participação na gestão governamental com a presença de novos sujeitos coletivos nos processos decisórios, não se confundindo com movimentos sociais que permanecem autônomos em relação ao Estado.

Controle social, por sua vez, é definido por Assis (2003) como:

um campo em construção com múltiplas escolhas, de organização autônoma da sociedade civil, por meio das organizações independentes do Estado, tais como as associações de moradores, conselhos de saúde, associações de docentes, grupos de mulheres, que poderão confluir ou não suas intervenções para uma atuação direta junto aos órgãos de controle previstos em lei (Assis, 2003: 377).

A forma de como se dá a efetivação do controle social na organização do SUS é através dos conselhos e conferências de saúde. São nessas duas instâncias em que se protagonizam a participação da comunidade na gestão do sistema, como um processo de articulação entre atores sociais que têm olhares distintos sobre a realidade e que são portadores de interesses diversos, nem sempre convergentes e harmônicos. Um lugar em que estão presentes as disputas de poder, os conflitos e as negociações, mesmo que os processos de discussão busquem o consenso e a defesa dos princípios e diretrizes de um sistema público equânime e que tenha resolubilidade.

3. Da participação da comunidade para o controle social

Em 1992, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, que substituiu o conceito de participação da comunidade pelo conceito de controle social, sendo este

um dos temas oficiais. Esta passagem para controle social implicou uma ressignificação do conceito. O que tradicionalmente se entende por controle social é bem expresso pela definição dada por Garelli, no Dicionário de Política editado por Bobbio, Mateucci e Pasquino (1986), quando afirma que:

Por controle social entende-se o conjunto de meios de intervenção, quer positivos quer negativos, acionados por cada sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, de impedir e desestimular os comportamentos contrários a mencionadas normas, de restabelecer condições de conformação, também em relação a uma mudança do sistema normativo (Garelli, 1986: 283).

O conceito de controle social introduzido na área da saúde, porém, diz respeito ao controle que a sociedade exerce não sobre comportamentos desviantes de indivíduos, mas sobre a atuação das instituições do Estado, notadamente em relação aos princípios do SUS. Na definição do controle social se resguardou elementos do conceito de participação comunitária. No caderno de textos para conselheiros editado em 1994 pelo Ministério da Saúde sob o nome “Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS”, refere-se ao direito de participação de todos os segmentos envolvidos com os o sistema de saúde e a participação de todos esses segmentos no processo de tomada de decisões sobre as políticas que são definidas no seu nível de atuação, assim como no controle sobre a execução.

Para Bleicher (2002), o controle social aqui descrito é do Estado sobre a Sociedade. Há, entretanto, outra acepção para esse termo, atualmente adotada, em que cabe à sociedade controlar o Estado.

O conceito de controle social rompeu, sim, com o conceito de participação popular. Enquanto este último leva em consideração diferenças sociais e procura envolver os grupos sociais excluídos, o referencial do primeiro conceito é, sem distinção, a população que usa, direta ou indiretamente, os serviços do SUS.

A passagem do conceito de participação comunitária para o de controle social não se reduz a uma mera ressignificação do conceito de controle social. Parece acompanhar o próprio desenvolvimento das instâncias colegiadas no SUS. A inclusão dos segmentos sociais mais significativos no setor da saúde, usuários, profissionais de saúde, gestores públicos e privados, num mesmo fórum e o poder deliberativo atribuído

aos conselhos, sugere uma tentativa de criar um novo sistema de representação de interesses de inspiração neocorporativista. Ao fazer parte de instâncias deliberativas, sindicatos de profissionais de saúde, organizações populares, associações de prestadores tomariam parte no poder do Estado e de meros grupos de interesse se tornariam instituições governantes, ou seja, parte de um Estado ampliado (HAM E HILL, 1988:37). Esta concepção continua presente no já citado caderno de textos para conselheiros, onde se lê, por exemplo:

(Os Conselhos de Saúde) são órgãos colegiados do SUS, onde se manifestam, com maior ou menor representatividade, os interesses dos diferentes segmentos sociais e que possibilitam a negociação de propostas que pretendem direcionar os recursos para prioridades diferentes (p. 40).

Entretanto, na prática, a concepção não vingou. Alegando uma sub-representação, os representantes de prestadores privados e de entidades médicas pouco têm participado dos Conselhos ou, na prática, tem se retirado dos mesmos. Esta ausência aliada à ampla ausência de representantes de sindicatos de trabalhadores urbanos mais mobilizados, provavelmente por estes disporem de planos de saúde, tem frustrada a proposta de tornar os Conselhos mediadores de interesses e instituições governantes numa perspectiva neocorporativista. Assim, passou a ganhar maior destaque o papel de fiscalização das ações do poder executivo.

Favorecida pelo processo da transição política, a Reforma Sanitária logrou criar Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde com a finalidade de ampliar o controle dos usuários numa perspectiva de direitos sociais.

Estes Conselhos e Conferências, que não apenas canalizam demandas, mas também as estruturam, continuam sendo objeto de disputas políticas à medida que os diversos atores lutam para adequar estas instituições aos seus interesses. Neste processo, os conselhos têm passado de instâncias deliberativas para instâncias reivindicativas. Desta forma, tem privilegiado questões que afetam os usuários de forma mais imediata. Isto tem pressionado para a criação de mecanismos de controle social específicos.

Para um melhor entendimento desse processo é necessário que se conheça como surgiu o movimento sanitário brasileiro e o seu principal marco, que foi a VIII CNS.

4. O movimento sanitário e a VIII Conferência Nacional de Saúde – o começo de tudo

O processo de redemocratização do Brasil, na década de 1980, com a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, produziu a ampliação das demandas sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado. Para Mendes (1995), o que vai caracterizar, fundamentalmente, as políticas de saúde no período 1980-90 é o seu desenvolvimento no contexto de uma profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do país. O período compreendido de 1980 a 1990, “produziu e presenciou transformações profundas no sistema de saúde brasileiro, intrinsecamente determinada pela evolução político-institucional do país” (ANDRADE, 2001).

Somente a partir dos anos de 1980, mudanças econômicas e políticas ocorridas no país, passaram a exigir a substituição do modelo médico-assistencial privatista por um outro modelo de atenção à saúde. O movimento da Reforma Sanitária reuniu personagens vindos das mais diversas lides pensantes e os reuniu em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela integralidade e equidade da atenção e pela universalização do acesso aos serviços de saúde. Essa luta pela construção da cidadania marcou o final do regime militar.

Os primeiros sinais de mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil, surgiram com a criação, em 1979, do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-PIASS a partir de alguns projetos pilotos de medicina comunitária.

Em 1983, se implantou as Ações Integradas de Saúde-AIS, o primeiro desenho estratégico de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde. As AIS visavam dar maior racionalidade, integração e controle às ações de saúde, com uma programação e proposta de orçamento para a saúde, integração das

ações do setor público e conveniado, e o controle de recursos para o setor privado contratado.

A crise econômica que se abateu sobre o país era decorrente de um processo que se arrastava desde o início da década de 1980, definida por Mendes (1995) como a “década perdida”, pois a instabilidade e a crise estrutural vão desaguar na ruptura do Estado desenvolvimentista que, desde os anos 1930 era sustentado por uma aliança liberal-desenvolvimentista com um viés conservador.

Na política, há a derrota do governo nas eleições de 1982, o que ocasionou uma ruptura interna do regime autoritário e a ascensão das forças de oposição que se articularam numa Aliança Democrática, que elegeria, um Presidente da República civil, mas através de um Colégio Eleitoral.

O contexto político também favoreceu o crescimento do debate setorial onde o processo de “transição democrática” trazia novas perspectivas e, o começo do governo da Nova Republica, em 1985, deu início a um processo acelerado de mudanças na saúde.

Em 1986, no Governo de José Sarney, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde-VIII CNS, que se constituiu num marco da Saúde Pública, pois deflagrou o Movimento da Reforma Sanitária no país. No ano seguinte, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS, que representou a desconcentração das atividades do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde.

A VIII CNS configurou o ápice de todo o movimento de negociação, resultado de forte pressão dos “reformistas da saúde” para a legitimação da reforma. A Conferência contou com a presença de mais de quatro mil pessoas e a participação de grupos sociais de diversos segmentos, que propuseram uma sistematização para a política de saúde brasileira. Uma das propostas foi a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a constituição de um comando único do sistema, com a transferência imediata do INAMPS para o Ministério de Saúde e a separação progressiva dos recursos para financiamento da Previdência, visando encerrar o debate entre os Ministérios Previdência Social e o Ministério da Saúde na disputa por poder e recursos.

De 10 a 12 de outubro de 1986, foi realizada na Capital Federal, a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, patrocinada pelo Ministério da Saúde e

Universidade de Brasília, com apoio do INAMPS, Conselho Federal de Odontologia e algumas Secretarias Estaduais de Saúde.

O referido evento, que contou com mais de 1.000 participantes, foi a culminação de todo um processo de discussão iniciado na maioria dos estados brasileiros, através da realização de Pré-Conferências que receberam significativa presença de diversos segmentos da população e da categoria odontológica. Do total dos participantes, 286 eram delegados oficiais com direito a voz e voto, representando a Odontologia propriamente dita (Conselhos Regionais, das Associações Brasileira de Odontologia e Sindicatos), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, INAMPS, Associação Brasileira de Ensino Odontológico-ABENO, Fundação SESP, Centrais de Trabalhadores (CGT e CUT), Associações de Moradores (CONAM) e Estudantes (BRASIL, 1986).

Na história da Odontologia Brasileira, não há registro de momento semelhante, sob o ponto de vista democrático, onde a problemática de saúde bucal da população tenha sido exposta e discutida de forma tão pluralista. Desta vez, não se tratava simplesmente de um encontro exclusivo de Cirurgiões-Dentistas. A população, principal interessada no assunto, também estava presente, participando e manifestando-se (BRASIL, 1986).

Apesar de a maioria dos delegados ser constituída por Cirurgiões-Dentistas (186 dos 286 = 65%), setores conservadores do meio odontológico, certamente comprometidos com a ditadura que agrediu o país por 21 anos, levantaram suspeitas quanto à representatividade e à transparência da I Conferência, acusando a Comissão Organizadora (BRASIL, 1986) de centralização e autoritarismo. Na plenária final, que durou aproximadamente nove horas ininterruptas, todos os presentes que se manifestaram, tiveram garantido o direito de expressão.

Desta maneira, as conclusões da I Conferência Nacional de Saúde Bucal constituem o que de mais democrático e progressista a Odontologia produziu até aquela data sobre saúde bucal, especificamente, saúde bucal coletiva.

A Constituição Federal de 1988 incorporou, parcialmente, as propostas estabelecidas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira criou o SUS,

regulamentado dois anos depois pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde–LOS) e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990).

O sistema público de saúde existente na época, que oferecia assistência apenas à parcela da população que era integrada ao mercado de trabalho formal, passou a atender a demanda de todos os cidadãos brasileiros, num contexto econômico desfavorável, que incluía a restrição do gasto público. Sem investimentos que permitissem ampliar as condições da oferta e com a compreensão dos valores de remuneração aos prestadores públicos e privados, o resultado foi uma degradação da qualidade dos serviços oferecidos.

Foram necessários três anos, após a promulgação da LOS, para que fosse desenhada uma estratégia mais clara para o processo de descentralização. A 1ª Norma Operacional Básica (NOB/SUS 01/93) estabeleceu “normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização de gestão das ações e serviços de saúde”, considerando apenas superficialmente a diversidade de situações sócio-político-sanitárias existentes no país: populacional, econômica, natureza de gestão da saúde – incipiente, parcial e semiplena.

Somente na condição de gestão semiplena é que os estados e municípios passavam a ter responsabilidade integral sobre a gestão da prestação de serviços. Em contrapartida, passavam a receber, mensalmente, do Ministério da Saúde, o total de recursos correspondente aos tetos estabelecidos para o custeio das ações. A maior limitação da NOB 01/93 era a de tratar apenas da descentralização da assistência médico-hospitalar.

Em novembro de 1996, com a aprovação da NOB 01/96, mudanças fundamentais foram introduzidas. As formas de gestão municipal reduziram-se a gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde. A criação do gestor da atenção básica permitiu que inúmeros municípios brasileiros – que tinham condições de assumir a gestão integral do sistema –pudessem, ao menos, habilitar-se à gestão do nível mais básico da atenção à saúde. Outros aspectos positivos foram:

- manutenção do processo democrático inaugurado pela NOB 01/93;

- ampliação da descentralização de recursos ao incluir além dos recursos destinados à assistência médica, outros para controle de doenças transmissíveis, vigilância sanitária e epidemiológica;
- criação do Piso Assistencial Básico-PAB;
- o apoio ao PSF e PACS;
- criação da Programação Pactuada Integrada-PPI como instrumento para garantir equidade no acesso aos níveis de atenção em saúde.

A heterogeneidade dos municípios brasileiros em relação ao tamanho populacional e às condições econômicas e de oferta de serviços não permitiu que municípios mais pobres pudessem ofertar serviços de alta complexidade, uma vez que estes não possuíam condições de montar, em suas bases territoriais, sistemas auto-suficientes em relação às necessidades de atendimento da população. Na tentativa de solucionar esse problema, foram criados Consórcios Intermunicipais de Saúde, situação em que diversos municípios se associavam para prover determinados serviços. Contudo, essas formas associativas mostraram-se instáveis e incapazes de resolver o problema da falta de uma coordenação/articulação sistêmica mais geral no âmbito estadual (DUARTE, 2000).

Nesse jogo contraditório, de interesses e de diferenças regionais e locais, não pode haver, portanto, um modelo único de descentralização, pois as desigualdades regionais e a história de cada contexto, com seus diferentes sujeitos sociais e cenários específicos e singulares, conformam modelos diferenciados de descentralização. E ao tomar o campo da saúde, como eixo de análise, não se pode negar que há mais de duas décadas o Brasil vem experimentando reformas e re-ordenamentos do seu sistema de saúde, na busca de uma nova ordem social, fundada nos princípios da universalidade, integralidade e descentralização.

As Conferências de Saúde e de Saúde Bucal são espaços nos quais as políticas de saúde são discutidas e, nas quais, procura-se achar diretrizes para a solução desses problemas.

5. As Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Bucal: origem, temas e principais discussões.

As Conferências Nacionais de Saúde, assim como, as Conferências Nacionais de Educação foram criadas durante a ditadura de Getúlio Vargas, pelo Ministério de Educação e Saúde. As finalidades de tais conferências eram conhecer as atividades desenvolvidas nessas duas áreas, e assim, propor subsídios para as orientações governamentais na promoção de práticas e financiamentos públicos (PEREIRA, 2005).

De acordo com a Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937 (Brasil, 1937), as conferências deveriam ser convocadas pelo Presidente da República e, tendo como objetivo “orientar o governo federal na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federal” (PEREIRA, 2005).

Houve adiamento das referidas conferências, visto que somente após quatro anos, o decreto nº 8.090 de 22 de outubro de 1941 define datas para que a I Conferência Nacional de Educação seja realizada, estipulando a data de 3 a 8 de novembro de 1941, e a I CNS seja realizada no período de 10 a 15 de novembro daquele ano. A exposição de motivos foi enviada pelo então ministro Gustavo Capanema para o Presidente Getúlio Vargas, que sugeria o seguinte plano de trabalho para a I CNS:

I. A Primeira Conferência Nacional de Educação deverá: A) Iniciar o estudo das bases de organização de um programa nacional de educação, síntese de objetivos da educação nacional e sistemas dos meios de atingi-los pelo esforço comum de ação oficial e da iniciativa privada (...) B) Examinar a situação em que se encontra no país o ensino profissionalizante e técnico, de todos os ramos (industrial, agrícola, comercial, etc.), para o fim de ser estabelecido p processo de sua adequação às necessidades nacionais (...) II. A Primeira Conferência Nacional de Saúde deverá: A) Estudar as bases de organização de um programa nacional de saúde e de um programa nacional de proteção à infância, síntese dos objetivos a serem atingidos e dos meios a serem mobilizados (...) B) Estudar e definir o sistema de organização e de administração sanitárias e assistenciais, nas órbita estadual e municipal; C) Considerar, de modo especial, as campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose (...) (BRASIL/ME/MS, 1941).

Originalmente, as conferências foram reduzidas a um encontro técnico-administrativo, com polarização interna, do Ministério e dos estados, para assessorar as decisões políticas do campo da saúde. Elas compartilhavam o processo de extrema centralização político-administrativa, que caracterizou o Estado brasileiro neste período.

Ao longo do tempo, as Conferências Nacionais de Saúde passaram por transformações que lhes deram novos sentidos e as firmaram como um fórum político privilegiado, governamental, com participação de vários segmentos da sociedade civil e política, onde são debatidas e traçadas as grandes questões sanitárias do país (PEREIRA, 2005).

As Conferências e os Conselhos de Saúde são algumas das mais ativas instâncias de participação social em saúde na administração pública brasileira. As Pré-Conferências Municipais e Estaduais se transformaram em espaços democráticos, nos quais representantes de todos os segmentos sociais se manifestam com a finalidade de analisar os avanços e retrocessos do SUS e as propostas oriundas do Movimento da Reforma Sanitária.

A luta pela Reforma Sanitária configurou-se como grande movimento de âmbito nacional em defesa da saúde, remontando desde o início da década de 1970. Originalmente, foi fundamentada na crítica de grupos de profissionais ao modelo de saúde implementado pelos governos militares e denúncia de situação sanitária brasileira. A piora das condições de vida da população e a falência do sistema, no ambiente de redemocratização vigente à época, propiciaram um maior espaço de manifestação das bandeiras do movimento sanitário, demarcado sua importância política, culminada com a realização da VIII CNS (MARANHÃO, 2004).

Apresenta-se, a seguir, as principais discussões nas CNS:

- **I CNS – 1941:** defesa sanitária da população, assistência social aos indivíduos e às famílias, proteção da maternidade, da infância e da adolescência – concepção curativa e não preventiva;
- **II CNS – 1950** – estabelecimento de legislação referente à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes;

- **III CNS – 1963:** foi a primeira Conferência após a criação do Ministério da Saúde. Representou a proposta inicial de descentralização na área de saúde (municipalização). Propôs que fossem definidas as atribuições do governo federal, estaduais e municipais no campo das atividades médico-sanitaristas, para que, inspirados nos pressupostos da reforma estudada, colocassem em prática a descentralização executiva dos serviços, com a efetiva participação dos municípios na solução dos problemas de saúde pública;
- **IV CNS – 1967:** estímulo à formação de centros de treinamento para pessoal auxiliar; descarte do modelo campanhista vertical; sugestão da adoção de centros médico-sanitários (PEREIRA, 2005).
- **V CNS – 1975:** elaboração de uma política nacional de saúde; programa nacional de saúde materno-infantil; racionalidade na distribuição da força de trabalho em saúde.
- **VI CNS – 1977:** controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde; agravamento do déficit previdenciário; ações preventivas e educacionais perdem espaço para as formas privatistas e curativas na saúde (PEREIRA, 2005).
- **VII CNS – 1980:** implantação do Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE); reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, incluindo as áreas de saneamento e habitação; ampliação das ações preventivas e ênfase nos problemas de saúde coletiva;
- **VIII CNS – 1986:** marco da história das CNS; ampliação do conceito de saúde (mais tarde inserido na Constituição Federal); preocupação com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS; papel central na construção dos princípios do Sistema Único de Saúde-SUS;
- **IX CNS – 1992:** retifica as propostas da VIII CNS; necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS, destacando a necessidade de formação e capacitação profissional.

- **X CNS – 1996:** gestão e organização dos serviços de saúde; enfoque sobre a qualidade de vida; controle social na saúde, em questões relacionadas à consolidação e ampliação do poder da autonomia dos conselhos de saúde; financiamento da saúde, dispendo sobre a origem, a utilização, o controle e a fiscalização dos recursos do SUS;
- **XI CNS – 2000:** elevação do SUS – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social; a assistência à saúde e as estratégias de organização e formação profissionais mais discutidas foram o Programa Agente Comunitários de Saúde-PACS e o Programa de Saúde da Família-PSF.
- **XII CNS – 2003: CONFERÊNCIA SÉRGIO AROUCA.** Pela primeira vez na história da saúde pública brasileira, o Governo Federal antecipa o período de quatro anos entre uma Conferência e outra e convoca a XII Conferência Nacional de Saúde, submetendo o seu Programa de Governo à apreciação direta da sociedade, pela convicção de que a gestão democrática do Estado contribui para a sua qualidade e eficiência e para a melhoria do nível de cidadania da população (BRASIL, 2004).

O Conselho Nacional de Saúde aprovou, no início de 2003, o tema central: “Saúde: um Direito de Todos e um Dever do Estado – A Saúde que Temos, O SUS que Queremos”. Além disso, elaborou um texto de apoio aos debates denominado “O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e a reafirmação dos seus princípios e diretrizes”. O objetivo geral era avaliar o que fora feito nos 15 anos antecedentes e decidir as novas diretrizes nacionais para o SUS (BRASIL, 2004).

Uma inovação importante, que difere das outras conferências, foi a definição prévia e precisa pelo Conselho Nacional de Saúde dos 10 temas de caráter geral, nacional, que seriam discutidos e votados em Brasília. Os eixos temáticos sobre os quais existem indefinições, dilemas e divergências, que estavam a exigir definição atualizada para orientar os que trabalham pelo SUS no Brasil (BRASIL, 2003).

Os dez Eixos Temáticos estabelecidos, a partir do tema central, são:

- 1) O Direito à Saúde,
- 2) A Seguridade Social e a Saúde,
- 3) A Intersetorialidade das Ações de Saúde,
- 4) As três esferas de Governo e a construção do SUS,
- 5) A organização da Atenção à Saúde,
- 6) Controle Social e Gestão Participativa,
- 7) O Trabalho na Saúde,
- 8) Ciência e Tecnologia e a Saúde,
- 9) O Financiamento da Saúde, e
- 10) Informação e Comunicação em Saúde.

Outra inovação importante é o recebimento, pelos delegados nos estados, do documento referente aos temas, esclarecendo a posição do Ministério da Saúde e focando os debates, as emendas ou as novas propostas. Esses assuntos foram debatidos no âmbito municipal, estadual e em Brasília (BRASIL, 2004), seguindo o trâmite das conferências.

Em relação às Conferências Nacionais de Saúde Bucal-CNSB, a primeira conferência foi realizada de 10 a 12 de outubro de 1986, em Brasília-DF, como parte integrante da VIII Conferência Nacional de Saúde, e foi dividida em quatro temas:

- Tema I: Saúde como dever de todos e dever do Estado;
- Tema II: Diagnóstico de saúde bucal no Brasil;
- Tema III: Reforma Sanitária: inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde;
- Tema IV: Financiamento do setor de saúde bucal (BRASIL, 1986).

As conclusões, baseadas nos quatro temas supra citados da I conferência constituíram uma produção democrática e progressista sobre a saúde bucal, realizada pela odontologia e pela sociedade civil do país. Tais conclusões apontaram para o início de um amadurecimento social técnico e político, com a responsabilização no combate aos índices epidemiológicos caóticos constatados em todo o Brasil. Trouxe ainda a questão das prioridades e do confronto entre a “nova” proposta, contida no relatório final da I CNSB, tendente à universalização, e a “antiga” forma de se planejar,

definindo, apenas em bases epidemiológicas e *a priori*, pequenos segmentos da população como público a ser coberto pelos programas a serem implantados (BRASIL, 2006).

O relatório da I CNSB propôs uma nova forma de planejar a saúde bucal. Uma das falhas identificadas foi relacionada à representatividade dos usuários, pois esta era formada, em grande parte, por Cirurgiões-Dentistas, o que manteve uma racionalidade técnica no documento. Ainda assim, a I CNSB marcou uma nova postura da categoria diante da sociedade ao defender os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Desta forma, os delegados e demais participantes da I Conferência Nacional de Saúde Bucal concluíram que deveriam ser asseguradas garantias explícitas aos direitos de toda a população sobre sua saúde na futura Constituição, cabendo aos setores sociais organizados lutar por uma efetiva implementação dos mecanismos capazes de garantir esses direitos (BRASIL, 1986).

Por ter sido realizada conjuntamente com VIII CNS, a I CNSB não é considerada como uma conferência que seguiu todos os pré-requisitos necessários para sua realização, ou seja, foi mais uma grande reunião de classe do que propriamente uma conferência. De forma democrática, a I CNSB retratou a posição dos participantes – CDs, THDs, ACDs, usuários e acadêmicos – representando ABO, CFO, FNO, CUT, CGT, CONAM, CONTAG, UNE e UNEO, o que permitiu a legitimação da posição e do compromisso do subsetor com a Reforma Sanitária Brasileira. Como resultado desse acontecimento, foi elaborado um documento de referência para as decisões e as definições da assistência à saúde bucal em todo o país.

Para Zanetti (1996), na história da odontologia brasileira, não há registro de momento semelhante, sob o ponto de vista democrático, onde a problemática de saúde bucal da população tenha sido exposta e discutida de forma tão pluralista. Desta vez, não se tratava simplesmente de um encontro exclusivo de cirurgiões-dentistas. A população, principal interessada no assunto, também estava presente, participando e manifestando-se.

A realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal consagrou os princípios defendidos por todos aqueles que se empenharam durante mais de três décadas nas mudanças do modelo hegemônico de assistência odontológica.

A II CNSB foi realizada em 1993, de 25 a 27 de Setembro de 1993 e manteve o papel de constituir um fórum superior de debate democrático sobre a Saúde Bucal no país. Foram 792 delegados, sendo 388 representantes de usuários e 404 dos demais segmentos (Governo, Profissionais de Saúde e Prestadores de Serviços), escolhidos nas suas entidades nacionais e em 24 Conferências Estaduais, estas precedidas de centenas de Conferências Municipais. Além disso, mais de 300 participantes credenciados em todo o país juntaram-se aos delegados nas discussões de grupos e na plenária (BRASIL, 1993).

Esta Conferência Nacional de Saúde Bucal foi uma deliberação da IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, tendo à frente as entidades nacionais de Odontologia, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, CONASS, CONASEMS e as representações nacionais de usuários.

As discussões da II CNSB permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, levando em conta: a saúde bucal como direito de cidadania; um novo modelo de atenção em saúde bucal; os recursos humanos; o financiamento e o controle social. A efetiva inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde teria a proposta de desmistificar modelos de programas verticais e de políticas ainda existentes que não levavam em consideração a realidade. Dessa forma, foi aprovado que essa inserção se daria por meio de um processo sob controle da sociedade (Conselhos de Saúde) descentralizado e no qual se garantiria a universalidade do acesso e a equidade da assistência odontológica, associadas a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social (BRASIL, 2006).

Os usuários, representantes da população organizada, deixaram claro que não abririam mão da sua cidadania em saúde bucal e que lutariam por ela. A implementação das resoluções da II CNSB dependeria do trabalho com os conselhos de saúde, para que as resoluções fossem absorvidas como diretrizes políticas e, a partir daí, fossem definidas as prioridades e os programas locais de trabalho com o Ministério Público, para que se cumprisse a Constituição quanto ao dever do Estado de

proporcionar saúde, além do trabalho com os governos estaduais e municipais para que a saúde bucal fosse incluída entre as ações de saúde.

A II CNSB foi uma resposta legítima da sociedade civil de não aceitar uma situação iatrogênica, excludente e ineficaz.

Os participantes da II CNSB apresentaram suas conclusões à sociedade brasileira em geral, às autoridades de saúde, aos profissionais e aos servidores de saúde, aos dirigentes municipais, estaduais e federais, às diversas instituições do poder público no Brasil e aos diversos organismos internacionais de saúde.

A III CNSB foi realizada no dia 29 de julho a 1º de agosto de 2004, com o tema central “Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”, com destaques em quatro eixos temáticos:

- Educação e construção da cidadania.
- Controle social, gestão participativa e saúde bucal.
- Formação e trabalho em saúde bucal.
- Financiamento e organização da atenção em saúde bucal.

A III CNSB foi realizada mais de dez anos depois da realização da II CNSB. Esta representou a deflagração de um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas entre a sociedade civil e os movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Nesse processo, cerca de 90 mil pessoas participaram diretamente da execução das etapas municipal e estadual, culminando na etapa nacional, na qual participaram cerca de 1.200 pessoas (entre usuários, trabalhadores, prestadores e gestores da saúde).

No contexto em que se realizou a Conferência, foram ressaltados contrastes sociais e a exclusão de parcela expressiva da população do acesso aos mais elementares direitos sociais. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre a saúde bucal, dando origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais realizadas por profissionais competentes, requer políticas

intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e o enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com o envolvimento de instituições das três esferas de governo, como, aliás, determina com toda a clareza a nossa Carta Magna (BRASIL, 2006).

As condições de saúde bucal e o estado dos dentes foram considerados sinais de exclusão social e de precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país, decorrentes de problemas de saúde localizados na boca ou pela dificuldade para conseguir acesso aos serviços assistenciais. A partir dessas considerações, os participantes da III CNSB tiveram como desafio identificar os principais problemas do país na área da saúde bucal e encontrar meios e recursos voltados à definição de estratégias para superá-los (BRASIL, 2006).

O Relatório Final da III CNSB foi aprovado em sucessivas sessões plenárias por 883 delegados eleitos para a etapa nacional nas conferências de saúde bucal de 26 estados e do Distrito Federal. Esses delegados (447 representantes dos usuários dos serviços de saúde; 228 representantes de trabalhadores da saúde; e 208 representantes de gestores e prestadores de serviços de saúde) analisaram proposições provenientes de todo o país, resultantes das 2.542 conferências municipais ou regionais de saúde bucal e das 27 conferências correspondentes à etapa estadual, das quais resultou um consolidado com 651 páginas. O documento-referência submetido ao debate na etapa nacional foi extraído do consolidado, e desse esforço de construção coletiva de novos rumos para a política nacional de saúde bucal resultaram as proposições para orientar as decisões da sociedade e do Estado brasileiro, de modo que pudessem ser produzidas as mudanças necessárias para assegurar a todos o acesso às ações e serviços de saúde bucal com qualidade.

Pelo exposto, nota-se que todo o processo de construção das políticas de saúde e, especialmente de saúde bucal, ainda está se estruturando, além do que a participação comunitária como rege a Carta Magna do Brasil ainda se manifesta uma tênue capacidade de mudança, em que os princípios da equidade, integralidade e universalidade sejam alcançados em sua plenitude.

Para o entendimento desse processo de construção é necessário conhecer como se desenvolveram as políticas de saúde bucal no Brasil e no estado do Ceará.

6. As políticas de Saúde Bucal no Brasil

A Odontologia insere-se na assistência pública, quando, em 1912, acontece a primeira experiência com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo (CARVALHO e LOUREIRO, 1997). A partir desse marco, nota-se que o atendimento escolar no Brasil, até 1952, mostrou-se rudimentar, principalmente no que diz respeito ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado, caracterizado pela falta de avaliação, pela ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, pelo preparo inadequado de profissionais para a execução de tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo no serviço público o mesmo tipo de atenção dado nos consultórios particulares (WERNECK, 1994).

As primeiras atividades odontológicas desenvolvidas pelo setor estatal de saúde no Brasil, com base em programas, datam precisamente de 1952, com o então Serviços Especiais de Saúde Pública-SESP¹. Para Serra (1998), a assistência planejada, voltada para os escolares, introduzidas pelo SESP no início da década de 1950, de certa forma rompeu com a rigidez da demanda espontânea do modelo hegemônico da atenção odontológica, porém manteve as características flexnerianas (SERRA, 1998).

Os programas desse serviço eram principalmente de odontologia sanitária² desenvolvidos inicialmente nas regiões sudeste, norte e nordeste, no entanto esses programas não se preocupavam em questionar a prática hegemônica no país e as suas implicações para a organização dos serviços de saúde e a formação de recursos humanos (NARVAI, 1994).

Essa intervenção organizada, segundo Peres (1995:3) ocorre quando:

¹ SESP: Serviço criado em 1942 era mantido através de um acordo de cooperação técnica entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos. (Narvai, 1994).

² Odontologia sanitária: Surgiu a partir dos anos 1950, com o propósito de ser contra hegemônica a odontologia de mercado, aquela que se baseava apenas na parte curativa. (NARVAI, 1994).

... a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública – FSESP implanta o primeiro sistema de fluoretação de águas de abastecimento público no Brasil, no município de Baixo Guandu-ES em 1953 e uma rede de saúde bucal no país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, e em alguns estados de outras regiões do país dirigida à população adotando o sistema incremental de atendimento de atendimento odontológico que acabaria configurando-se em paradigma de assistência odontológica no Brasil por décadas.

O Sistema Incremental é definido por Pinto (2000:110) como:

um método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas.

O Sistema Incremental é citado por Narvai (1992) como um programa que visava a completa eliminação das necessidades básicas de tratamento, como exodontias e restaurações, essencialmente, através do denominado tratamento completo inicial (TC-I) nas crianças da população-alvo. Esse programa difundiu-se com tal intensidade a ponto de tornar-se sinônimo de programas odontológicos escolares.

Narvai (1994) refere que nos anos 1960, mais especificamente após a criação do Instituto Nacional da Previdência Social-INPS, a expansão da assistência odontológica foi crescente no setor estatal, culminado pela aprovação do Plano de Reorientação da Assistência Odontológica-PROAD³, que tendo mesmo ainda sido implementada pela previdência social de forma centralizadora, impulsionou largamente nos anos de 1980 a criação e desenvolvimento de centenas de programas de saúde bucal pelas secretarias estaduais e municipais de saúde. Mas apesar do avanço isto não representou melhoramento nas condições de saúde bucal da população.

Zanetti (1992) observa que nos primeiros anos da ditadura militar os padrões de criação e de operacionalização dos mecanismos de proteção sanitário-bucal seguiram as tendências setoriais de ampliação da intervenção governamental, via previdência social, concomitantemente com o fenômeno da privatização do Estado. E

³ Criado pelo decreto Nº 86.329 de 1981, aumentando a cobertura dos serviços odontológicos pela previdência social (NARVAI, 1994) e tendo como objetivo a universalização e descentralização das ações de saúde (ABREU & WERNECK, 1998).

só em 1966 o serviço odontológico veio ter diretrizes gerais com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões-IAPS no INPS.

A existência de serviços odontológicos é apenas uma das variáveis dos padrões de doenças bucais de uma população, e em geral não se situa entre as mais importantes. Devendo ainda se considerar a presença de fatores adversos diretamente ligados aos próprios serviços odontológicos. Não basta possuir serviços odontológicos em quantidade suficiente e razoavelmente bem distribuídos. É preciso também que estejam corretamente organizados (PINTO, 2000).

Na década de 1970 o Brasil experimentou, assim como vários países da América Latina, de várias experiências críticas à prática odontológica vigente. Um desses experimentos denominava-se Odontologia Simplificada, que para Mendes e Badeia (1985), permitia, por meio da padronização, da diminuição dos passos e elementos e da eliminação do supérfluo tornar mais simples e barata a Odontologia. Essas simplificações tornavam viáveis os programas de extensão de cobertura.

Na metade da década de 1970, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS, e a contratação de serviços privados, houve um aumento significativo da oferta dos serviços odontológicos. Neste período, 80% dos serviços odontológicos eram realizados por clínicas e consultórios particulares.

Em 1975, com a lei do Sistema Nacional de Saúde, as ações em saúde bucal tornam-se centradas em procedimentos curativos e no privilégio do setor privado. Isto torna significativa a oferta de serviços odontológicos através de clínicas e consultórios privados, alcançando quase 80% os serviços realizados por prestadores não pertencentes ao Estado. Por sua vez o Estado, nessa época, era o grande financiador, sendo nacionais os prestadores de serviços e, produtores de insumos, os produtores privados internacionais. Zanetti (1992) afirma que, nesta época, o modelo cristalizou-se dentro das instituições, tornando-se, por duas décadas, incontrolável seu gerenciamento, pois “a sua implementação deu-se ao nível do mercado sem o aporte institucional público para coordenação e fiscalização das atividades” (ZANETTI, 1992:11).

A diretriz pública de maior dimensão nessa época foi a fluoretação das águas que se tornou obrigatória no Brasil, onde existia Estação de Tratamento de Água-ETA.

Tal obrigatoriedade foi estabelecida pela lei federal 6.050, de 24/5/74, regulamentada pelo decreto 76.872, de 22/12/75. O estabelecimento de normas legais sobre o assunto foi decisivo para esclarecer dúvidas, dar sustentação ao processo de fluoretação em todo o país e facilitar a alocação de recursos a tais empreendimentos.

Na década de 1980 houve uma grande expansão da fluoretação das águas no Brasil, decorrente de decisão governamental federal de apoiar financeiramente iniciativas nessa área (VIANNA et al., 1983).

Na década de 1980 a Odontologia ocupa efetivamente espaço no setor saúde, principalmente nos encontros e conferências nacionais, estaduais e municipais. A prática odontológica é citada e analisada no Relatório Final da VII CNS, realizada em 1980. Já existem críticas à prática hegemônica realizada pela Odontologia. Nesse contexto, há a formação de diversos movimentos sociais que lutam por um modelo diferente. O descontentamento por parte dos trabalhadores da saúde de um modo geral e em particular da Odontologia, fez com que outros cenários fossem criados para a discussão da situação de saúde no Brasil, entre eles, o Encontro Nacional dos Técnicos e Trabalhadores do Serviço Público Odontológico-ENATESPO, criado em 1984, e outros como, por exemplo, o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica-MBRO e os Encontros Científicos de Estudantes de Odontologia-ECEO. No processo da Reforma Sanitária Brasileira, a Odontologia não ficou à margem, pois teve participação efetiva, com grande significado e contribuição para o movimento (SERRA, 1998).

A Divisão Nacional de Saúde Bucal-DNSB, em 1988, edita um documento intitulado Política Nacional de Saúde Bucal, em que fundamenta os cinco princípios: universalização, participação da comunidade, descentralização, regionalização e integração institucional (BRASIL, 1989). Neste documento afirma, ainda, que as ações de saúde bucal são responsabilidade do setor público que os prestará, além de definir as regras de sua organização com os objetivos de:

1. alcançar uma cobertura das crianças de 06 a 12 anos;
2. prevenir doenças bucais, ênfase na cárie dental, em toda população, à partir do nascimento;
3. enfatizar ações de educação para a saúde bucal, em todos os níveis;
4. prestar cuidados essenciais onde houver uma comunidade;

5. prestar atenção especializada a casos encaminhados pela rede básica de saúde bucal;
6. expandir gradativamente a prestação de serviços resolutivos aos grupos em segundo e terceiro graus de prioridades: 13 a 19 anos e 2 a 5 anos de idade (BRASIL, 1989: 1).

O mesmo documento define os seguintes objetivos específicos:

- a) reduzir em 50% a prevalência da cárie dental em crianças e adolescentes no prazo de dez anos;
- b) combater as doenças periodontais, aumentando os índices de higiene em todas as faixas etárias;
- c) reduzir significativamente os índices de edentulismo e o número de extrações na população jovem e adulta;
- d) democratizar o acesso aos serviços odontológicos através do aumento da oferta, atenção a grupos prioritários, e ampla participação da comunidade;
- e) estruturar uma rede nacional de serviços básicos em saúde bucal;
- f) promover ações continuadas de educação para a saúde bucal, de forma a nortear todas as atividades do setor;
- g) apoiar a formação de recursos humanos de nível superior, técnico e auxiliar compatíveis com o quadro epidemiológico, com a situação econômico-social, e com padrões de crescimento populacional do país (BRASIL, 1989:4).

Em 1988 é publicado o documento técnico intitulado Fluoretação da Água de Consumo Público: estratégia de apoio e perenização no Brasil pela Divisão Nacional de Saúde Bucal, no qual cita os problemas para a interrupção da fluoretação das águas, bem como dá solução para o custeio e faz sugestões para a manutenção do teor de flúor na água de consumo humano.

O INAMPS publica no Diário Oficial da União, em 8 de dezembro de 1988, uma portaria regulamentando os procedimentos odontológicos constantes da tabela do Sistema de Informação Ambulatorial-SIA/SUS. Nesta tabela há a inclusão dos Procedimentos Coletivos (PC), discriminados da seguinte forma:

- a) PC-I: levantamento epidemiológico, educação em saúde, bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada;

- b) PC-II: exame clínico para diagnóstico e terapia intensiva com flúor;
- c) PC-III: remoção de cálculos e polimento dentário, escariação e selamento de cavidade com cimento provisório, aplicação de selante, remoção de raízes residuais e aplicação de carióstático.

Após a constituição de 1988, e a conseqüente criação do SUS, vários instrumentos vêm sendo editados com o objetivo de regulamentá-lo e organizá-lo. Estes instrumentos são as Normas Operacionais Básicas-NOBs, editadas nos anos de 1993 e 1996, e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde-NOAS, dos anos de 2000 e 2002. Nestes instrumentos a atenção à saúde bucal, vem sendo dividida em dois grupos: o primeiro é o grupo da atenção básica em saúde bucal, que envolve todas as ações preventivas, tratamento curativo básico e o atendimento às urgências, e o outro é a atenção especializada em Odontologia, que envolve as ações curativas de maior complexidade. Os municípios habilitados na atenção básica ficam responsáveis em gerir todas as estratégias e ações do primeiro grupo, cabendo ao estado prover a população deste município as ações do segundo grupo. Já os municípios em gestão plena devem garantir aos seus munícipes os dois grupos de ações.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, editado em 2004 apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. O documento ressalta que é o resultado

...de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004:2).

O dia 17 de março de 2004 entra para a história da odontologia brasileira, pois nesse dia, na cidade de Sobral/CE, o Presidente Lula, lança o “BRASIL SORRIDENTE”. Esse programa foi lançado antes da III CNSB, o que ocasionou críticas às políticas adotadas pelo Governo do Sr. Luís Inácio “Lula” da Silva, pois esta Política não foi amplamente debatida pela sociedade² e, até o presente momento, não se

² Em agosto de 2004 realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, foro apto a discutir as Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal proposto naquele ano pelo Governo do Sr. Luís Inácio “Lula” da

consubstanciou num importante instrumento para o resgate da dívida social neste campo.

O “BRASIL SORRIDENTE” é um conjunto de ações que compõem o projeto estratégico do Governo Lula para a saúde bucal e que estão articuladas às políticas de saúde e às demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Um dos eixos estruturantes do programa é à busca do acesso universal à assistência odontológica, com a adoção de ações voltadas para todas as faixas etárias.

Atualmente, no Brasil, embora nenhum sistema se tenha estabelecido como hegemônico, existem algumas tendências que se replicaram em diversos locais (OLIVEIRA et al, 1999). Dentre estas tendências destacam-se o Sistema da Inversão da Atenção, a atenção precoce em saúde bucal e os modelos estruturados a partir do núcleo familiar como o PSF (ZANETTI, 1993; NARVAI, 1994; ZANETTI et al, 1996).

Garrafa (1994) afirma que, apesar de a Odontologia haver chegado ao final do século XX dominando a intimidade das doenças mais frequentes da área estomatológica, especialmente a cárie e a doença periodontal, bem como as medidas técnicas coletivas adequadas para preveni-las e curá-las, continuou percorrendo de forma insistente uma via individual e de mão única, que tem beneficiado apenas as poucas pessoas que podem pagar por ela. Ainda assim, a criação do SUS trouxe um grande avanço social e político: seu arcabouço jurídico-institucional definiu novas atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal; criou novos espaços para a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil e estabeleceu novas relações entre as esferas administrativas de governo e instituições do setor. Como resultado, a busca de respostas ao desafio político-sanitário do SUS produziu uma série de opções programáticas que, em alguns aspectos, romperam com o modelo de programação proposto pelo SESP (ZANETTI et al., 1996).

Para Martins-F^o (2003) as políticas nacionais de saúde bucal têm ocorrido de modo retardatário, marginal às políticas maiores do campo da saúde e de baixo impacto. E, principalmente no estado do Ceará, que sempre esteve à margem das políticas nacionais de Saúde Bucal.

Silva. E, nelas, as queixas surgiram, dado o lançamento da Política ter ocorrido cinco meses antes do evento próprio para avaliar e legitimar.

7. As políticas de Saúde Bucal no Ceará

No Ceará, as políticas de saúde bucal obedecem ao que é decidido em âmbito central, principalmente quanto à implantação do SUS. Apesar de demonstrar grande capacidade de criação e grande vontade política.

As políticas de saúde bucal no estado do Ceará foram iniciadas em 1936, pelo Dr. Hyder Correia Lima, que estruturou um serviço voltado para a saúde do escolar. Este serviço funcionava na estrutura da então Diretoria de Saúde Pública e contava com a seguinte organização:

1. Inspetor sanitário e médico chefe do serviço;
2. Serviço de inspeção médico-escolar, com dois médicos;
3. Visitação escolar, com uma visitadora chefe e nove visitadoras escolares;
4. Higiene dentária, com uma visitadora chefe, nove dentistas escolares e nove auxiliares.

Na organização desse serviço, a capital foi dividida em distritos escolares. Para cada distrito escolar tinha por sede um grupo escolar, onde funcionava um consultório médico e um gabinete dentário com uma visitadora escolar (LIMA E ALENCAR, 1953). Uma das características principais do serviço era ser órgão executor da saúde pública estadual, com atitude dinâmica, visando estabelecer uma perfeita ligação entre o lar, a escola, a família e a saúde pública local. Outra característica desse serviço era abandonar o conceito de impor ao trabalho sanitário com o grupo etário escolar obrigações de higiene pura, tendo-se assim instituído a prática de assistência médica curativa aos economicamente desfavorecidos (LIMA e ALENCAR, 1953).

A política estadual de saúde bucal segue o padrão das políticas nacionais de saúde, nas quais a preocupação era focada na assistência.

Somente na década de 1970 é que surge uma supervisão do serviço odontológico nos postos de saúde e a criação dos Centros de Treinamento Odontológico-CTO (MARTINS-Fº, 2001).

A Fundação SESP realizava o atendimento também nas escolas, neste período, o que perdurou até o início da década de 2000, quando houve a

municipalização de suas ações e serviços, já com o nome de Fundação Nacional de Saúde-FNS.

Em 1978, há a criação do Programa de Odontologia Sanitária, que era responsável pela saúde bucal nas treze Delegacias Regionais de Saúde e “tinha responsabilidade de elaborar normas e procedimentos técnicos, no sentido de dar uma melhor orientação e obter maior produtividade, através da integração e estruturação do programa de odontologia sanitária do estado do Ceará” (MARTINS-Fº, 2001: 46).

O Programa de Odontologia sanitária tinha como propósitos “oferecer saúde oral à população do Estado, como fator de desenvolvimento sócio-econômico e assegurar a redução dos indicadores epidemiológicos das doenças orais” (CEARÁ, 1983:8) e tinha como objetivos:

1. proteger a integridade dental evitando a perda de unidades e falhas nas arcadas dentárias.
2. Remoção de focos dentais residuais protegendo a saúde geral.
3. proteger a população com ações profiláticas e educativas.
4. coleta de dados.

A década de 1980 é marcada pelo início da era dos empresários no poder (PARENTE e ARRUDA, 2002). É iniciada em 1986 pela eleição ao governo do Ceará do Sr. Tasso Ribeiro Jereissati, empossado em 1987. Para Martins-Fº (2001), o início do governo Tasso Jereissati apresenta, no campo da saúde, uma situação que parece indicar uma lógica estatista, moderna e progressista, “através da incorporação ao *staff* diretivo de conhecidos representantes do movimento da reforma sanitária no Ceará, como o Sr. Carlyle de Holanda Lavor, médico sanitarrista, nomeado Secretário de Saúde e que permanece no cargo de 1987 a 1988” (Martins-Fº, 2001:65).

Em 1989 é lançado o Manual de Instruções e de Orientação Técnico-Administrativa para o Subsistema de Odontologia do Estado do Ceará. O referido manual é o segundo documento oficial que tem a intenção de dirigir as políticas de saúde bucal no estado.

No Plano de Saúde – 1991/1995 – “Geração Ceará Melhor” está definido o programa de saúde bucal, no qual tem o objetivo de “reverter o quadro nosológico da cárie dentária em nosso estado, através de ações odontológicas voltadas para a prevenção, diagnóstico e tratamento, limitação do dano e reabilitação oral. Para tanto

define, entre outras metas, realizar levantamento epidemiológico da cárie dentária no estado do Ceará, estender a aplicação de flúor em bochecho de modo a atingir 100% dos municípios e 60% com aplicação de flúor gel, elevar os percentuais de cobertura de 50% para 80% em relação às ações realizadas em Odontologia e implantar em cada Distrito sanitário uma Unidade Odontológica de Referência” (CEARÁ, 1991).

Em 1994, implantou-se no Ceará um projeto de atenção à saúde bucal com a proposição de cumprir três fases: fase 1: subprojeto de “Capacitação de equipes locais para implantação do programa de saúde bucal” (1994/1995); fase 2: subprojeto de Construção de modelos locais de saúde bucal” (1996/1997) e fase 3: subprojeto de “Saúde Bucal – um modelo de atenção no PSF” (CEARÁ, 1999).

Nesse período, definiu-se como competência da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará-SESA/CE a “formulação e a coordenação da política estadual de saúde bucal, com a construção de modelos assistenciais nesta área, que contribuam de fato para a melhoria da qualidade de vida da população” (CEARÁ, 2002:107).

O documento “Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará”, elaborado em 1998, no anexo 7, que tratava da saúde bucal, lançava a proposta da saúde bucal em novo modelo de atenção, inserido no PSF, elaborando estratégias de reorganização da atenção primária e secundária. A orientação passa a ser de implementação das ações coletivas e individuais de promoção, prevenção e recuperação para a saúde bucal, com base no modelo de atenção voltado para vigilância e construção social da saúde suportadas na análise de dados geográficos, demográficos, socioeconômicos, de recursos disponíveis e epidemiológicos, no dimensionamento de recursos necessários e na construção do plano de ação. As ações coletivas e individuais estavam contempladas pela NOB-SUS 01/96, como elenco de procedimentos garantidos pelo Piso da Atenção Básica-PAB, e no caso das ações coletivas, deveriam ser realizadas no âmbito da Equipe de Saúde da Família-ESF, com atuação do THD, em espaços sociais e núcleos familiares em articulação com agente comunitário de saúde; assim como, no caso das ações individuais, serem realizadas em espaços clínicos da Unidade Básica de Saúde da Família-UBASF, com atuação do Cirurgião-Dentista-CD, Técnico de Higiene Dental-THD e Auxiliar de Consultório Dentário-ACD (CEARÁ, 1998).

De acordo com a revisão documental dos planos de governo e relatórios de gestão no período 1999/2002, o grande objetivo do governo era inserir o CD no PSF.

A partir de dezembro de 2000, conforme orientação do governo federal, é possível a inclusão de uma Equipe Saúde Bucal-ESB, como denominou o Ministério da Saúde-MS, para cada duas ESF, o que foi posto em prática somente no decorrer de 2001, em decorrência na definição da forma de financiamento dessa nova equipe. O Ceará, que já possuía experiências isoladas de inserção do CD no PSF, conseguiu, em 2001, qualificar e cadastrar 459 ESB, em relação ao total de 1.055 ESF (CEARÁ, 2005).

Em fevereiro de 2003, foi criado pelo Governo do Ceará o “Programa Dentista da Família”, baseado no princípio da equidade, esse programa elegeu o critério de pior Índice de Desenvolvimento Humano-IDH para a seleção de municípios. No início foram 10 municípios e, em janeiro de 2004, mais 10 municípios. A segunda fase foi intitulada “Projeto Dentista da Família II” (CEARÁ, 2004).

A meta de saúde bucal contida no plano do atual governo, sob a liderança do Sr. Lúcio Alcântara, restringe-se à redução da proporção de exodontias em relação aos demais procedimentos individuais da atenção básica em saúde bucal, o que não contempla a informação, melhoria do acesso, da qualidade do atendimento e, principalmente a meta estruturante da inclusão social. É necessário e urgente que se tome medidas para que os princípios contidos na LOS, como a igualdade, a integralidade e universalidade sejam tomadas como básicos para a construção de uma sociedade mais justa.

A partir da problemática identificada, o presente estudo traçou os seguintes objetivos geral e específicos:

8. Objetivo geral.

Analisar, criticamente, a presença das decisões emanadas das conferências estaduais cearenses no plano das conferências nacionais de saúde bucal e a capacidade das decisões das conferências de se tornarem práticas legais nas políticas públicas de saúde bucal coletiva do estado do Ceará.

9. Objetivos específicos.

- Contextualizar historicamente as conferências estaduais cearenses e as conferências nacionais de saúde bucal, de 1993 a 2004.
- Identificar, nas propostas feitas pelos delegados do Ceará e expressas nos relatórios finais estaduais, o que foi incorporado ao texto das conferências nacionais de saúde bucal, de 1993 a 2004.
- Identificar, no plano das conferências estaduais cearenses e no plano das conferências nacionais de saúde bucal, as decisões que se transformaram em prática legal de saúde bucal coletiva, de 1993 a 2004.

TRATAMENTO METODOLÓGICO

Embora seja possível identificar influência significativa das discussões cearenses no âmbito dos relatórios finais das conferências nacionais de saúde bucal, não parece evidente o retorno das decisões sobre a realidade das políticas locais de saúde bucal.

O presente estudo assumiu como tema as Conferências Nacionais e Estaduais de Saúde Bucal e dirigiu seu foco para a Influência das conferências estaduais de saúde bucal do Ceará nas conferências nacionais respectivas e seus desdobramentos práticos.

O desenvolvimento do presente estudo visou responder às seguintes perguntas norteadoras:

1- O que, das propostas de política de saúde bucal, das conferências cearenses, foi incorporado ao relatório final das conferências nacionais?

2- O que, das propostas e recomendações registradas nos relatórios das conferências, foi posto como prática legal?

1. Procedimentos e instrumentos de investigação

A proposta da presente pesquisa desenvolveu-se segundo a lógica qualitativa, a partir de um processo descritivo, analítico-crítico e histórico, por meio de revisões bibliográficas, documentais e de testemunhos significativos. A perspectiva orientadora básica deu-se, portanto, na dialética de fundamentação marxiana³.

A escolha pelo método qualitativo deve-se a ser ele o que melhor se adequou à lógica do objeto e dos objetivos, pois permite que seja apreendida a concepção dos

³ A dialética marxista, de Marx, e marxiana, de seus discípulos, postula que as leis do pensamento correspondem às leis da realidade. A dialética não é só pensamento: é pensamento e realidade a um só tempo. Mas, a matéria e seu conteúdo histórico ditam a dialética do marxismo: a realidade é contraditória com o pensamento dialético. A contradição dialética não é apenas contradição externa, mas unidade das contradições, identidade: "a dialética é ciência que mostra como as contradições podem ser concretamente (isto é, vir-a-ser) idênticas, como passam uma na outra, mostrando também porque a razão não deve tomar essas contradições como coisas mortas, petrificadas, mas como coisas vivas, móveis, lutando uma contra a outra em e através de sua luta" (HENRI LEFEBVRE. Lógica formal/ Lógica dialética, trad. Carlos N. Coutinho, 1979:192).

atores envolvidos em relação às suas atuações nas Conferências Nacionais de Saúde Bucal e, especificamente, nas Conferências Estaduais de Saúde Bucal. Além de proporcionar subsídios para a análise das falas dos sujeitos em relação às políticas que foram propostas após as referidas conferências, a contextualização das políticas de saúde bucal à época e o momento histórico em que foram gestadas.

Para Minayo (2004), a pesquisa qualitativa procura mostrar o vivido, isto é, a experiência que é captada não como predicado de um objeto, mas como um fluxo de cuja essência tem-se consciência em forma de lembranças: atitudes, motivações, valores e significados subjetivos.

O método qualitativo, para Minayo (1996), no campo da investigação social, é o que melhor trabalha o universo dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes no espaço mais profundo das relações. Portanto, as lógicas e os procedimentos do método qualitativo são aqueles:

capazes de incorporarem a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (p.10).

A dimensão descritiva deste estudo caracterizou a representação de pessoas, espaços, sentimentos, situações e experiências. Quem descreve pretende provocar no receptor uma imagem semelhante à impressão real captada por ele no momento de sua ação primeira de conhecimento, de exploração. O texto descritivo tem o propósito básico de informar acerca de como é, ou foi, algo.

Para Lakatos e Marconi (1996:76), uma pesquisa descritiva pode ser um estudo de verificação de hipóteses, o qual contém hipóteses explícitas a serem verificadas, derivadas da teoria, consistindo-se em caso de associação de variáveis. Trata-se, portanto, de uma modalidade de pesquisa cujo objetivo principal é descrever, analisar ou verificar as relações entre fatos e fenômenos, ou seja, tomar conhecimento do que, com quem, como e qual a intensidade do fenômeno em estudo. A parte descritiva de uma pesquisa pode também ser utilizada para avaliação de programas;

sendo que tais estudos podem ou não trabalhar com a formulação de hipóteses e muitas vezes podem servir de base para estudos de relações causais.

A pesquisa caracterizou-se como analítico-crítica, pois se baseou na crítica dos dados empíricos coletados pelas falas dos sujeitos envolvidos. A análise⁴ opõe-se à síntese, que é o ato de se unir, em um todo, diversos elementos dados separadamente. É o procedimento pelo qual se fornece a explicação sensata de um conjunto complexo. A crítica⁵ é a atitude que não admite nenhuma afirmação sem se conhecer sua legitimidade racional. A hifenação destes verbetes nos mostra a importância que foi dada ao tratamento dos achados da pesquisa, pois se procurou dar ênfase a ambos os termos.

O estudo analítico, segundo o pensamento cartesiano, consiste em desmontar fenômenos complexos em pedaços a fim de compreender o comportamento do todo a partir das propriedades de suas partes. “Ao utilizarmos o rigor analítico podemos tornar explícito o que se afigura difuso, nebuloso, intransparente (...) [Então,] de posse dessa ‘démarche analítica’, podemos, mediante o refinamento da análise, ascender com mais segurança ao universo dos fatos” (PEQUENO, 2003:22).

O estudo também é crítico, pois escolhe com critério, aceita ou rejeita valores do conhecimento humano dentro dos limites da experiência, contextualiza os fenômenos estudados e os reconstrói, teoricamente, usando a lógica dialética, na perspectiva da totalidade. A abordagem da dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos (Minayo, 2004); busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo, a interiorização e a exteriorização como constituintes dos fenômenos; e assim, considera que o fenômeno social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos.

A característica retrospectiva do estudo se dará dentro da lógica do método histórico, que para Lakatos e Marconi (1995: 82),

... consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar suas influências na sociedade de hoje, pois as instituições alcançaram sua forma atual através alterações

⁴ Análise (do grego *analysis*, de *analyein*) desligar, decompor um todo em suas partes. (Japiassú e Marcondes, 1990:18).

⁵ Crítica (do grego *kritiké*) arte de julgar. (Japiassú e Marcondes, 1990:62).

de suas partes componentes ao longo do tempo. Influenciadas pelo contexto cultural de cada época.

Desse modo, esse método permitiu que se analisassem todas as propostas em saúde bucal por ocasião das duas Conferências Estaduais de Saúde Bucal e das duas Conferências Nacionais de Saúde Bucal, levando-se em conta o contexto histórico em que foram gestadas, principalmente a partir de 1993.

Para Sampaio (1994:13), as datas podem significar “fraturas estruturais” e que podem expor “o funcionamento sócio-econômico desnudado dos velamentos ideológicos habituais”, e para que as datas signifiquem algo e tenham “poder simbólico” é necessário que se congreguem fatos políticos, econômicos e sociais, diretos ou indiretamente ligados ao fenômeno que se quer estudar.

A periodização, a partir da II Conferência Nacional de Saúde Bucal, permitiu fazer um paralelo entre o contexto em que se realizou cada Conferência Estadual, explicitando os marcos mais importantes no âmbito das políticas de saúde do estado do Ceará.

2. Procedimentos e instrumentos de interpretação

Para a análise das entrevistas foi utilizada a Análise de Discurso, proposta por Orlandi (1996:11), a qual é definida como “uma proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas” e “considera como um fato fundamental e relação necessária entre a linguagem e o contexto de sua produção”.

Para Gill (2002:244), a “Análise de Discurso” rejeita a noção de que a “linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo”, mas tem “uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social”.

O sentido das palavras não está nelas mesmas, mas aquém e além delas. Orlandi (1999:42) corrobora com esta afirmação quando diz que: “... o sentido (das palavras) não existe (nelas) mesmas, mas é determinado pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio-histórico em que as palavras são produzidas”.

Minayo (1996:211) descreve que o objetivo básico da Análise de Discurso é:

...realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais

diferentes campos: religioso, filosófico, jurídico e sócio-político. Ela visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social dos sentidos.

O material será trabalhado obedecendo às etapas propostas por Orlandi (1999), assim dispostas:

1ª Etapa: Passagem da Superfície Lingüística (Texto) para o Discurso. O analista tem o primeiro contato com o texto, procura ver nele sua discursividade, onde faz sua primeira análise de natureza lingüístico-enunciativa, havendo a desnaturalização da palavra-coisa.

2ª Etapa: Passagem do Objeto Discursivo para a Formação Discursiva. O analista relaciona as formações discursivas distintas, que será delineada pelo sentido dado às palavras e que vai ser analisado e observado no processo de significação (paráfrase e sinonímia, por exemplo) com a formação ideológica que rege essas relações. Ao longo de todo o procedimento analítico, também cabe ao analista observar o efeito metafórico.

3ª Etapa: Passagem do Processo Discursivo para a Formação Ideológica. O analista formula os processos discursivos responsáveis pelos efeitos de sentido produzidos pelo material simbólico. A análise e interpretação dos discursos e dos documentos serão feitas após a transcrição de todas as entrevistas gravadas.

Os procedimentos adotados foram iniciados pela pesquisa virtual de relatórios e textos nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde-BVS e pela coleta de documentos e revisão da literatura, onde se utilizou de “conferências de saúde”, “período histórico”, “políticas de saúde” e “saúde bucal” como palavras-chave, leitura de documentação arquivada no Conselho Estadual de Saúde-CESAU e na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará-SESA a respeito do assunto. O período compreendido foi de 1993, ocasião da I Conferência Estadual de Saúde Bucal e II Conferência Nacional de Saúde Bucal, até 2004, onde ocorreram a II Conferência Estadual de Saúde Bucal e da III Conferência Nacional de Saúde Bucal. A I CNSB ocorrida em 1986 não é considerada, pois a mesma não partiu de deliberação do Conselho Nacional de Saúde, logo não houve a I Conferência Estadual de Saúde Bucal, no Ceará, naquela data.

Os documentos foram analisados após serem reunidos. A organização e o fichamento dos documentos deram-se antes das transcrições das gravações com os

informantes-chave. Após a transcrição das gravações, iniciou-se a análise dos mesmos. Este procedimento antecedeu, obrigatoriamente, cada etapa.

Os informantes-chaves foram selecionados da seguinte forma:

1. representantes de entidades de trabalhadores da saúde, cargo ocupado pelo presidente do Sindicato dos Odontologistas do Estado do Ceará, em junho de 2006, além de profissionais de saúde que foram delegados;
2. representantes de usuários, que foram escolhidos por meio dos nomes que constam no Relatório Final da III CESB, ocorrida em 2004, no total de 18 delegados;
3. representantes do governo, entidades ou instituições de prestadores de serviços, filantrópicos e privados, que ocupam ou ocuparam o cargo de coordenadores de saúde bucal do Estado do Ceará e/ou do município de Fortaleza, representado pelos Coordenadores de Saúde Bucal do estado do Ceará e do município de Fortaleza, em junho de 2006.

A escolha dos informantes-chave, para a aplicação de entrevistas, obedeceu aos seguintes requisitos:

1. ter participado de, pelo menos, uma das duas conferências estaduais de saúde bucal e de, pelo menos, uma das duas conferências nacionais de saúde bucal, representando, como delegado com direito de voz e voto, o setor gestor/prestador, o setor profissional de saúde ou o setor usuário do serviço;
2. ter feito parte dos grupos de discussão de qualquer eixo temático, apresentando propostas, aprovadas ou não;
3. a representação final dos escolhidos deverá contemplar pelo menos um representante de cada setor que compõe a composição paritária das conferências. Conhecimento prévio das listas de representantes indica a possibilidade de um universo entre seis e dez entrevistados.

Para garantir o sigilo, os 10 entrevistados serão referidos pelos segmentos que representaram e classificados por códigos, como demonstrado no **Quadro 01**:

QUADRO 01

Relação dos sujeitos entrevistados que participaram de Conferências Estaduais e Nacionais de Saúde Bucal em 1993 e 2004.

CATEGORIA DO DELEGADO	Nº DE ENTREVISTADOS	CÓDIGO
GESTOR/PRESTADOR	02	G/P 01
		G/P 02
PROFISSIONAL DE SAÚDE	04	PS 01
		PS 02
		PS 03
		PS 04
USUÁRIO	04	US 01
		US 02
		US 03
		US 04

Aplicaram-se as entrevistas com a sucessão dos procedimentos de análise e síntese, contextualização histórica e crítica teórica, de cada entrevista, da comparação entre elas e da comparação com o resultado dos mesmos procedimentos realizados em relação aos documentos.

O levantamento bibliográfico, por meio de fontes secundárias, compreendeu a bibliografia tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, textos mimeografados e livros, até monografias, dissertações e teses que abordassem o assunto.

Realizou-se o levantamento documental utilizando-se a legislação e outros textos de caráter oficial, produzidos pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará-SESA e pelo Conselho Estadual de Saúde-CESAU, bem como textos mimeografados produzidos por pesquisadores e por pesquisa virtual no sítio eletrônico do Ministério da Saúde e, na SESA, por meio de pesquisa real. A análise documental permite a compreensão das expressões, conceitos, estruturas organizativas, bem como das relações estabelecidas entre o discurso oficial e a prática operacional (PEQUENO, 2005).

Redigiu-se um roteiro de perguntas a foram feitas aos informantes-chave escolhidos e que compôs o *check list* da entrevista a aplicada. O roteiro constou de uma lista de temas e perguntas que foram formuladas aos entrevistados, conforme modelo em anexo (**Apêndice III**). A modalidade de entrevista utilizada tem roteiro mínimo de perguntas para facilitar a comunicação, pois, como pensa Minayo (1996:99), deve haver um “instrumento para orientar uma ‘conversa com finalidade’ que é a entrevista, [um] facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”.

As entrevistas abertas ou não estruturadas foram realizadas com os informantes-chave (n=10) envolvidos na formulação das propostas e/ou implementação das políticas de saúde bucal no estado do Ceará, com participação nas conferências, segundo os critérios de inclusão estabelecidos. A entrevista com informantes-chave configura uma conversa técnica que visa capturar e compreender opiniões, crenças, atitudes e práticas da população sobre um tema determinado. Minayo (1996:57) defende o procedimento quando afirma que “a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. [Pois] através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais”.

Utilizou-se o diário de campo, que consiste em um caderno de notas do pesquisador, e que faz o papel de um informante-chave especial, tendo um caráter complementar, além de ter a finalidade de registrar o clima das entrevistas e ajudar na análise dos aspectos que caracterizam o contexto doador de significados. Esta prática possibilita fidelidade, no que diz respeito ao esclarecimento de significados e, simultaneamente, na retomada da entrevista, recuperando lapsos de memórias. Deste modo, as anotações foram feitas logo após os encontros ou durante as entrevistas, e retomadas no momento da transcrição das gravações.

O diário de campo, para Minayo (1996: 100), é um...

caderno [onde] constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa.

3. Principais categorias teóricas

Como afirma Eni Orlandi (1990:14), “os discursos estabelecem uma história”. Dessa forma, é preciso atentar para o “apagamento dos sentidos pela sobreposição de um discurso a outro” através da produção da linguagem, a qual deve ser interpretada. É necessário “compreender os processos de significação” contidos na linguagem, a fim de verificar os discursos ali instalados.

Neste trabalho faz-se uma reflexão sobre as categorias de suma importância dentro do dispositivo teórico da Análise do Discurso (língua, história, ideologia, sentido, sujeito). O encadeamento destas categorias conceituais cheias de sentidos é absolutamente necessário para que se possa desenvolver qualquer tipo de análise dentro da Análise do Discurso proposta por Eni Orlandi.

As principais categorias teóricas que surgiram após as análises foram:

- Poder
- Participação
- Cidadania

4. Formas de exposição.

Para que se possa compreender melhor a amplitude do contexto em que se insere o objeto deste estudo fez-se necessário criar uma estrutura formal adequada, capaz de sustentar o resultado da análise das informações coletadas, sendo apresentada conforme as seguintes partes:

A Introdução registra, a partir de uma contextualização do tema, a definição constitucional do termo “Participação da Comunidade” e seus desdobramentos, ênfase na Lei Orgânica da Saúde-LOS (Lei nº 8.080/90) e Lei nº 8.142/90, a história das Conferências de Saúde e de Saúde Bucal, além de uma breve exposição da saúde bucal no Brasil e no estado do Ceará.

No Tratamento Metodológico caracteriza-se todo o processo, passo a passo, de condução da pesquisa. O desenvolvimento da seção tradicionalmente denominada de Resultados e Discussão, dada a natureza qualitativa da pesquisa e o volume de

argumentações subjetivas a serem interpretadas, exigiu a divisão em capítulos, que tiveram base nas respostas às perguntas norteadoras, contemplando-se os objetivos específicos.

No Capítulo I enfrenta-se a questão norteadora N° 1 – “O que, das propostas de política de saúde bucal, das conferências cearenses, foi incorporado ao relatório final das conferências nacionais?” Neste capítulo, após a sistematização dos documentos, os resultados são confrontados e contextualizados historicamente.

No Capítulo II enfrenta-se a questão norteadora N° 2 – “O que, das propostas e recomendações registradas nos relatórios das conferências, foi posto como prática legal?” Os passos do capítulo anterior são seguidos aqui, as únicas modificações referem-se à confrontação das políticas de saúde bucal com o texto da redação nos relatórios finais das conferências e com as falas dos entrevistados.

Nas considerações gerais são explicitados os quadros traçados pelos dificultadores e facilitadores durante o processo de investigação, bem como as conclusões baseadas na análise dos resultados, além das recomendações necessárias.

5. Ética da Pesquisa.

A principal diretriz que orientou a avaliação dos aspectos éticos e legais da investigação desenvolvida é a do respeito pela pessoa, no que se inclui a garantia de que sua participação é voluntária e baseada no conhecimento adequado dos procedimentos aos quais foi submetida.

O documento que registra o processo de consentimento informado foi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este documento foi elaborado e editado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996), encontrando-se em vigor desde então.

Desse modo, todos os sujeitos participantes desta pesquisa foram informados acerca dos procedimentos adotados e assinaram, individualmente, seus Termos de Consentimento (**Apêndice I**).

O projeto que originou a presente pesquisa foi registrado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP sob o Nº 86441 e encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

A Resolução 196/96 prevê no seu texto que...

As agências de fomento à pesquisa e o corpo editorial das revistas científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo CEP e/ou CONEP, quando for o caso (CNS, Resolução nº196/96, IX. 7).

A Resolução 196/96 também indica que “ao pesquisador cabe encaminhar os resultados para publicação”. Ou seja, os resultados, positivos ou negativos, devem ser tornados públicos. A Resolução 196/96, como explícito em seu texto, incorpora os quatro referenciais básicos da bioética – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça – e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos das pesquisas e ao poder público.

CAPÍTULO I

A CONTRIBUIÇÃO DO CEARÁ NOS RELATÓRIOS FINAIS DAS CNSB: UMA DIFÍCIL TAREFA.

Neste capítulo faz-se a análise das propostas feitas nas CESB (I e II), em confronto com as decisões postas no Relatório Final das CNSB (II e III). Desse confronto procura-se analisar os resultados obtidos como proposição final.

As primeiras conferências a terem seus Relatórios Finais analisados são as realizadas em 1993 - a I Conferência Estadual de Saúde Bucal e a II Conferência Nacional de Saúde Bucal – ambas de agosto de 1993. Posteriormente, serão analisados os documentos referentes às conferências realizadas em 2004 – a II CESB e a III CNSB. A I Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada conjuntamente com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, não entrará nesta análise, pois não obedeceu aos pré-requisitos apresentados no Tratamento Metodológico.

A I Conferência Estadual de Saúde Bucal foi realizada de 27 a 28 de agosto de 1993 e teve como tema **Cidadania e Saúde Bucal**. O governador do estado do Ceará era o Sr. Ciro Ferreira Gomes e a Secretária de Saúde, a Sra. Anamaria Cavalcante e Silva. A Portaria nº 688, de 19 de julho de 1993 convocou a I Conferência Estadual de Saúde Bucal. Em sua mensagem de abertura, a Secretária Estadual de Saúde convoca “todos os cidadãos cearenses para uma grande mobilização e reflexão sobre o estágio em que se encontra a saúde bucal em nosso Estado” (CEARÁ, 1993:9).

O estado do Ceará, nessa época, vivia os momentos iniciais de uma fase política denominada de “Governo das Mudanças” por Parente et al (2002) e de “Ceará dos Empresários” por Sampaio et al (2001). O quadro geral do período:

... é o de investimentos em infraestrutura, viária e hídrica (...); o de reorganização da gestão pública, (...); o de industrialização do interior do estado, através de atração de empresas via incentivos fiscais; e o de incremento do turismo de lazer e de aventura. A normalidade democrática tem sido respeitada, mas a desigualdade social tem se agravado, a despeito de respeitáveis intervenções em saúde e em educação (SAMPAIO et al, 2001:68).

Dados do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará-IPECE demonstram que, no período de 1992 a 2002, houve crescimento na distribuição de

renda, constatado pelo Índice de Gini, que mede o grau de desigualdade na distribuição de renda domiciliar *per capita* no estado. A queda foi de 0,600 para 0,588 no Ceará, enquanto no Brasil, o mesmo índice aumentou de 0,580 para 0,587 (IPECE, 2004).

O Plano de Saúde de 1991-1995, proposto pela Secretaria Estadual de Saúde, propunha, no campo da saúde bucal coletiva, como grandes metas, a redução do índice CPOD (índice de dentes cariados, perdidos e obturados) em crianças de 6-12 anos de 7,2 (ano base 1990) para 5,0 (período de 1991-1995), uma redução percentual de 44%.

Na análise do temário contido no Regimento da I CESB (CEARÁ, 1993:10), nota-se a preocupação com os descaminhos que passava a saúde bucal, tanto nacionalmente quanto no estado do Ceará. O temário era dividido em:

- I – Modelo de atenção à saúde bucal;
- II – Recursos humanos em saúde bucal para o SUS;
- III – Controle social em saúde bucal;
- IV – Financiamento da saúde bucal no SUS.

A etapa municipal, ou de pré-conferências, foi realizada por consórcios de municípios. De acordo com a Programação Oficial, a I CESB foi “dividida em oito sedes: Juazeiro do Norte, Quixadá, Crateús, Limoeiro do Norte, São Gonçalo do Amarante, Iguatu, Sobral e Fortaleza, compreendendo a 1ª, 2ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª e 10ª Delegacias Regionais de Saúde-DERES” (CEARÁ, 1993:14). A participação nas discussões pode ser avaliada no **Quadro 02**, a seguir:

Quadro 02
Demonstrativo de participação na I CESB, 1993.

INSCRITOS	Usuários	Profissionais de Saúde	Prestadores de serviços	TOTAL
Delegados por Setor	32	26	24	82
Participantes por Setor	250	195	14	459
T O T A L	282	221	38	541

Fonte: CEARÁ, 1993.

Para a etapa nacional, o estado do Ceará enviou um total de 32 delegados, assim divididos: 08 delegados profissionais de saúde, 08 delegados prestadores de serviço e 16 delegados usuários.

Na análise do Relatório Final da I Conferência Estadual de Saúde Bucal constata-se quão incipientes eram as propostas para a saúde bucal. Nos eixos

temáticos, as propostas giravam em torno da preocupação em se criar uma mentalidade pró-SUS, de descentralização e de integralidade da atenção.

Alguns exemplos são:

A - Modelo de Atenção à Saúde Bucal:

[...]

b) Garantir o cumprimento da Lei nº 6.050/75 que regulamenta a obrigatoriedade de fluoretação das águas de abastecimento público.

[...]

d) Que haja a integração entre a comunidade, profissionais de saúde e da educação nas ações de saúde coletiva.

[...]

f) Que seja assegurado ao usuário o direito de ser esclarecido e orientado sobre o seu diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento e que seja assegurado o atendimento integral às suas necessidades.

g) Que a normatização das ações das ações produzidas Cirurgião-Dentista por turno de trabalho, seja considerado o número de procedimentos com garantia da integralidade da atenção ao paciente.

h) Criar e expandir centros de referência para pacientes especiais (CEARÁ, 1993:46).

As ações propostas eram fragmentadas, pois somente com a adoção de ações de prevenção, promoção e reabilitação é que se pode desenvolver um modelo ajustado ao conceito de vigilância à saúde e não apenas de atenção à doença. Várias propostas repetiam-se a cada conferência, como é o caso da obrigatoriedade da adição de flúor às águas de abastecimento público.

No eixo temático relativo aos recursos humanos em saúde bucal para o SUS, as propostas giravam em torno da busca de uma melhor estrutura de ensino e aprendizagem, além da luta pela inclusão do CD, do THD e do ACD à equipe multiprofissional de saúde bucal, a saber:

B – Recursos Humanos em Saúde Bucal para o SUS:

a) Que haja mudança no currículo do Curso de Odontologia, com maior direcionamento para a saúde coletiva.

[...]

d) Que o SUS garanta ser a Odontologia praticada de fato e de direito pela equipe odontológica multiprofissional (CD, THD, ACD, TPD e agente de saúde) e, esta, inserida dentro da macro equipe de saúde.

[...]

g) Que seja assegurado o ingresso ao serviço público nos níveis estadual, federal e municipal somente por concurso público sendo proibida a contratação de prestação de serviços e utilização de terceirização (CEARÁ, 1993:46).

Nesse eixo, através das propostas, percebe-se a preocupação sentida pelos trabalhadores em saúde bucal, muito sentida à época pela indefinição do governo em relação a este tema, além da evidente visibilidade oferecida às precárias condições de trabalho e de vínculo contratual dos profissionais CD, THD e ACD.

O setor de recursos humanos do estado do Ceará, no campo da saúde, não evoluiu da forma como se esperava, apesar dos diversos programas implementados pelas políticas de saúde ao longo da década de 1990. Com a implantação do SUDS no estado, o que aconteceu em outubro de 1987, a SESA/CE comprometeu-se a organizar sua própria estrutura funcional. Nesse processo de organização, foi elaborado e implantado um Plano de Cargos e Carreiras (CEARÁ, 1991), o que não superou o problema.

Desde então, vários problemas persistiram no setor, mesmo após a implantação do SUS, quando o governo estadual não conseguiu estabelecer uma política única de recursos humanos nos diversos níveis do sistema e das instituições de saúde (CEARÁ, 1991).

Os problemas mais sérios que são elencados no Plano de Saúde 1991-1995 (CEARÁ, 1991:30-31) eram:

(a) ausência de uma política de interiorização, o que leva a uma superlotação de funcionários em centros mais desenvolvidos e carência nos mais distantes que deveriam até, ter maior resolutividade na prestação de serviços; (b) ausência de uma padronização no quadro de pessoal, avaliação de desempenho para promoção, padronização de nomenclatura das categorias. Esta diferença favorece a adoção de conteúdo programático desigual para formação de pessoal auxiliar que vai desempenhar a mesma função; (c) falta de visão global sobre a área de desenvolvimento de Recursos Humanos nas instituições; e (d) inexistência de planejamento condizente com as necessidades básicas prioritárias, ocorrendo dentro de uma visão linear e funcionalista, conduzindo à ações fragmentadas e descontínuas, com conseqüente pulverização de recursos além de impedir o acompanhamento através da aplicação de indicadores mensuráveis da melhoria das ações no contexto beneficiário/instituição.

A I CESB traz uma junção nos eixos relativos ao controle social em Saúde Bucal e financiamento da saúde bucal no SUS. Faz referência à fiscalização e às

funções deliberativas exercidas pelos Conselhos de Saúde no que tange aos recursos financeiros, a saber:

C – Controle Social em Saúde Bucal e Financiamento da Saúde Bucal no SUS:

a) Assegurar recursos dos fundos municipais para que os Conselhos de Saúde possam:

1. Convocar a comunidade para reuniões;
2. Divulgar suas resoluções para o conjunto de usuários;
3. Promover reuniões na zona rural dos municípios.

b) Não permitir a ingerência político-partidária nos Conselho de Saúde.

[...]

d) Assegurar dentro dos fundos municipais de saúde os recursos para o setor de Odontologia, segundo as necessidades locais.

e) Implantar definitivamente o SUS respeitando seus princípios, com garantia:

1. Da participação direta da comunidade;
2. Do atendimento integral;
3. Da resolutividade do serviço (CEARÁ, 1993:47).

Nesse eixo temático percebe-se a preocupação sentida em relação ao papel desempenhado pelos Conselhos de Saúde no que se refere à fiscalização dos recursos financeiros. E, novamente, a preocupação na real efetivação do SUS.

A quantidade de proposições enviadas pelo estado do Ceará para a II CNSB foi bem simplificada e tímida.

No **Quadro 03**, há um condensado do número de propostas enviadas pelo estado do Ceará.

Quadro 03

Número de propostas feitas pelo estado do Ceará para a II CNSB em 1993.

EIXO TEMÁTICO	NÚMERO DE PROPOSTAS
Modelo de Atenção à Saúde Bucal	09
Recursos Humanos em Saúde Bucal para o SUS	11
Controle Social em Saúde Bucal e Financiamento da Saúde Bucal no SUS	12

Fonte: CEARÁ, I CESB, 1993.

Pelo exposto, conclui-se que as recomendações aprovadas em plenária na I CESB foram tímidas em quantidade e incipientes em formulação.

A II Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada de 25 a 27 de setembro de 1993, em pleno Governo de Itamar Franco (02/10/1992 a 01/01/1995), representou um dos mais importantes fóruns de discussão da Saúde Bucal no país, tendo sido realizada como deliberação da IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992.

A participação dos delegados representantes de Governo, Profissionais de Saúde, Prestadores de Serviço e Usuários, que estavam presentes, além dos participantes credenciados, encontra-se discriminada no **Quadro 04**, a seguir.

Quadro 04
Demonstrativo de participação na II CNSB em Brasília, 1993.

INSCRITOS	Usuários	Governo, Profissionais de Saúde, Prestadores de serviços.	TOTAL
Delegados por setor	388	404	792
Participantes credenciados	-	-	300
TOTAL	-	-	1092

Fonte: BRASIL, 1993.

O quadro da conjuntura nacional era preocupante, pois os delegados e participantes da II CNSB pronunciaram-se deixando clara a apreensão com o projeto político em curso no Brasil, responsável pelo “desmonte do Estado, da Seguridade Social e pela piora das condições de vida” (BRASIL, 1993:3). Nesse mesmo contexto, os delegados e participantes mostraram-se indignados com o movimento, que era forte, por parte dos congressistas brasileiros, para uma revisão da Carta Magna de 1988, inclusive com ameaças ao artigo 196 que consagra a “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Caso a revisão tivesse se concretizado, teria havido grave retrocesso perante as conquistas constitucionais obtidas. Para os participantes também parecia evidente o “descompromisso de alguns Governos Estaduais, representantes do grande capital, com a saúde” (BRASIL, 1993:3).

Na Carta da II CNSB, elaborada pela Plenária Nacional da II CNSB, datada de 27 de setembro de 1993, há uma preocupação declarada quanto ao “pensamento e a prática neoliberais modernistas, que assolam o mundo, (e) atingem de maneira drástica

o Brasil”, tendo como resultado “a recessão, o desemprego, o arrocho salarial, a fome, a miséria, a falta de saneamento e moradia” e que são “resultados da política do ‘Estado Mínimo’ que vem desmontando os serviços públicos e comprometendo brutalmente as garantias mínimas de cidadania” (BRASIL, 1993:4).

A preocupação dos delegados não se resumia apenas à Saúde Bucal, mas contextualizava a saúde bucal na saúde geral e destacava a questão dos recursos financeiros dispensados pelo Governo Federal ao setor Saúde. A Carta da II CNSB levanta essa polêmica quando afirma que:

Os investimentos globais do setor público para a saúde têm representado em média 2% do PIB, significando investimentos de apenas U\$ 50 *per capitalano*, enquanto a Organização Mundial de Saúde recomenda o mínimo de U\$ 500 *per capitalano* para países em desenvolvimento. Concretamente não há o menor respeito à Constituição e, no caso específico da Saúde, até hoje não se cumpriram os dispositivos que impõem a implantação do Sistema Único de Saúde, cujos princípios a nação inteira proclama e reafirma. No que se refere à Saúde Bucal a situação é profundamente preocupante. Até hoje prevalecem a falta de políticas adequadas, as péssimas condições de trabalho, os salários aviltantes, a falta de financiamento compatível com a proposta do SUS e a dignidade humana, entre outras questões não menos importantes que afetam diretamente a população, deixando os usuários à sua própria sorte, numa afronta à cidadania dos brasileiros(BRASIL, 1993:4-5)

As discussões na II CNSB permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a Saúde Bucal no país, levando em conta a Saúde Bucal como direito de cidadania, um novo modelo de atenção em Saúde Bucal, os recursos humanos, o financiamento e o controle social. As maiores discussões giravam em torno da efetiva inserção da Saúde Bucal no SUS, na luta para desmistificar modelos de programas verticais e de políticas que não levavam em consideração o contexto na qual estavam inseridas (BRASIL, 1993).

No Relatório Final da II CNSB há a inclusão de propostas relativas a dois itens denominados como a Saúde Bucal e SUS e o Desenvolvimento Tecnológico. Esses eixos eram uma espécie de adendo ou apêndice aos eixos temáticos, Modelo de Atenção à Saúde Bucal e Recursos Humanos, respectivamente. Há proposições críticas às Políticas de Saúde Bucal, relativas à não incorporação da cárie dentária como doença infecto-contagiosa, prevenível e tratável, no contexto do planejamento das

ações de saúde e na ausência de programas coletivos de prevenção em saúde bucal, principalmente na zona rural (BRASIL, 1993).

Entre as propostas análogas destacam-se, no primeiro eixo temático Modelo de Atenção à Saúde Bucal, as seguintes:

- O cumprimento da Lei 6.050/74 que obriga a fluoretação das águas de abastecimento pelo poder público. O controle sanitário desta medida deve ser exigido como direito básico de cidadania em todos os municípios. A Coordenação Nacional de saúde Bucal do Ministério da Saúde deverá prestar contas anualmente sobre a situação da fluoretação no país, a partir de dados coletados através de coordenações odontológicas de estados e municípios, ou órgão similar;
- A insuficiência de serviços de atenção odontológica aos pacientes especiais, aos portadores de doenças infecto-contagiosas, bem como, às crianças desde o nascimento e inexistência dos mesmos em várias regiões do país;
- Elaborar e difundir programas educativos e de caráter contínuo, envolvendo todos os meios de comunicação de massa, levando-se em conta as culturas locais alavancando mudanças positivas no comportamento da população quanto aos cuidados pessoais com a saúde (BRASIL, 1993:14-16).

A II CNSB aponta fatores que seriam dificultadores da efetiva implementação da Reforma Sanitária brasileira, da implementação do SUS e da incorporação plena da atenção à saúde bucal nos procedimentos básicos de atenção à saúde.

No eixo Modelo de Atenção à Saúde Bucal, há a preocupação de se materializar a Saúde Bucal erigida “sob égide da reforma sanitária e das leis específicas” somente se a mesma “possuir caráter essencialmente público” (BRASIL, 1993:12).

Nessa mesma linha de pensamento, o eixo Modelo de Atenção à Saúde Bucal exorta que:

A viabilização de uma prática em saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania, depende do desenvolvimento concreto de um modelo de atenção à saúde bucal que incorpore os compromissos da reforma sanitária e aponte para a construção de um modelo de atenção orientando ações, com a inclusão de especialidades segundo o perfil epidemiológico da população, tendo como pré-requisito básico a efetivação do processo de municipalização da saúde, na construção do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1993:12-13).

No eixo temático Desenvolvimento Tecnológico, que seria um apêndice ao eixo principal Recursos Humanos, aparece uma preocupação referente ao desenvolvimento

tecnológico das práticas de Saúde Bucal constituir-se como fundamental ao processo de democratização do saber odontológico. Não abrangendo apenas os materiais e os insumos, as tecnologias do cuidado, do espaço físico, de formação e de organização do trabalho, mas a disponibilização do uso dessas tecnologias à população usuária, e com a conseqüente melhoria na qualidade do atendimento.

Outro ponto debatido em relação à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico desdobra uma clara proposição:

Implantar uma política nacional de pesquisa e desenvolvimento tecnológico voltada para produção de equipamentos e produtos necessários à prática odontológica, bem como a pesquisa sobre determinantes gerais do processo saúde-doença bucal. Institutos de pesquisa e Universidades, em parceria com os municípios, devem desenvolver tecnologias para produção, em laboratórios públicos, de insumos utilizados na atenção básica em saúde bucal nas áreas de alopatia, homeopatia e fitoterapia (BRASIL, 1993:17).

As recomendações no eixo Recursos Humanos da II CNSB são muito mais abrangentes que as proposições feitas na I CESB, mas as preocupações são basicamente as mesmas.

No tocante à formação de recursos humanos, a II CNSB recomenda que seja efetivado o preceito constitucional regulamentado pela Lei 8080/90, em que cabe ao SUS orientar a formação dos recursos humanos na área da saúde, tanto na graduação como na pós-graduação, exigindo sua concretização imediata (BRASIL, 1993).

Na análise dos dois Relatórios Finais da I CESB e da II CNSB, com referência a esse tema, foram encontradas recomendações muito parecidas nos dois documentos, como:

- A produção de conhecimento deve estar voltada para a realidade do país de forma prioritária. É necessário que se proceda a revisão do currículo mínimo dos cursos de graduação em Odontologia, comprometendo o ensino, a pesquisa e a extensão universitária com a realidade social e epidemiológica do país e com os princípios do SUS, sem que para tanto se despreze a pesquisa básica e a de ponta, afim de que se possa romper com a dependência que hoje nos coloca como meros consumidores de tecnologias desenvolvidas no exterior.
- Aprovação na íntegra do Projeto de Lei 53/93 que trata da regulamentação das profissões de THD e ACD.
- A inclusão das funções de THD, TPD, APD e ACD e Agentes de Saúde nos quadros de carreira do SUS.
- A garantia de que os candidatos a concursos públicos para os cargos de THD, ACD, TPD e APD comprovem, no ato da inscrição,

o seu registro no Conselho Regional de Odontologia, na respectiva categoria.

- A contratação de Recursos Humanos para o SUS deve-se dar exclusivamente através de concurso público (BRASIL, 1993:22).

Nota-se, novamente, a preocupação com as profissões emergentes da equipe odontológica, sua regulamentação e efetiva inclusão nos quadros de carreira do SUS.

No eixo temático Controle Social, a II CNSB ratifica, em seu diagnóstico, a necessidade de resgatar o caráter público do Estado e assegurar a autonomia dos movimentos populares, entendendo que a única estratégia para essa conquista é o controle social. No início do eixo temático Controle Social há considerações sobre como se situa o tema àquela época. Faz-se a relação entre Saúde Bucal e cidadania, alertando para o fato de que:

A cidadania é um direito a conquistar, através do exercício sistemático da democracia e da mobilização da sociedade. Para tanto é imprescindível criar e incentivar práticas comunitárias que possibilitem o crescimento da consciência sanitária e a mobilização da sociedade civil em torno das questões de saúde. A implementação definitiva do SUS é um processo de luta social que deve envolver não só os Conselhos de saúde, mas toda a sociedade, impactando sempre a melhoria da qualidade de vida de todos os indivíduos através das transformações necessárias do ambiente e da participação digna no processo de trabalho (BRASIL, 1993:24).

Na análise desse temário, existem algumas recomendações que se assemelham com as propostas oriundas da I CESB. Dentre estas se encontram:

- Criar mecanismos que impeçam a manipulação dos Conselhos Municipais de Saúde por Prefeitos, Secretários, Vereadores e Partidos Políticos.
- Garantir a participação da comunidade e da equipe multiprofissional de saúde na elaboração, implementação, avaliação e controle dos programas de saúde bucal, em todos os níveis.
- Que os Conselhos de Saúde dêem especial atenção ao cumprimento da lei de Fluoretação das águas de abastecimento, valendo-se dos dados fornecidos pelo Sistema de Vigilância Sanitária, para exercer rigorosa fiscalização.
- Que o Controle Social se dê também e de forma ampla por intermédio das Conferências de Saúde nos vários níveis.
- Que a convocação dessas Conferências respeite no mínimo, a periodicidade determinada pela Lei 8.142/90.
- Que as deliberações e decisões das Conferências de Saúde dos vários níveis sejam amplamente divulgadas para a população (BRASIL, 1993:26)

Percebe-se que algumas recomendações postas nesse eixo são repetitivas em relação à adição de flúor ao sistema de abastecimento público de água, que foi proposto no eixo Modelo de Atenção à Saúde Bucal. Outras recomendações passam pela própria forma de como as Conferências são convocadas, incluindo sua periodicidade e a disseminação de suas decisões.

No eixo Financiamento, o Relatório Final da II CNSB aborda a descaso do Governo Federal quanto ao repasse de recursos financeiros e a “inversão dos recursos da União e dos Estados ter criado uma sobrecarga no orçamento dos municípios, que, exauridos, não conseguem dar cobertura às demandas” (BRASIL, 1993:17).

Para superar as dificuldades no campo do financiamento, a II CNSB defende que era necessário:

- Estabelecer critérios para o repasse dos recursos, enfatizando a população adstrita, o quadro epidemiológico local, a cobertura preventiva e a capacidade instalada (recursos humanos, equipamentos e resolutividade).
- Identificar com clareza e transparência os recursos para a manutenção e desenvolvimento dos serviços de saúde bucal nos orçamentos do SUS, no âmbito da União, dos Estados e dos Municípios (BRASIL, 1993:18).

Até 1993, quando da criação da norma Operacional Básica 01/93, as ações de saúde eram de caráter curativo, individual, produzidas pelos estados e municípios e eram “compradas” pelo governo federal, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS. Esta sistemática, praticada desde os tempos do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários-IAPI, passou a ser a política dominante após o golpe militar de 1964, quando o Governo Federal não mais construiu instituições públicas de saúde, optando pela compra de serviços da iniciativa privada e, posteriormente, com a criação das Ações Integradas de Saúde-AIS, em 1983, que passou também a comprar serviços de saúde dos estados e municípios. Radicchi (2006) afirma que, dessa forma, as instituições de saúde estaduais e municipais, apesar de sua relevância pública, eram tratadas como meros prestadores de consultas médicas e outros procedimentos cobertos pelo INAMPS.

Além do mais, estados e municípios, sempre discriminados pela administração pública brasileira, com os recursos financeiros historicamente se concentrando na esfera federal, aderem à cultura da produtividade, preocupando-se apenas em produzir

o maior número possível de procedimentos médicos, sem nenhum cuidado com a qualidade e a resolubilidade dos mesmos (RADICCHI, 2006).

No **Quadro 05** há uma síntese dos eixos temáticos e do número de propostas contidas no Relatório Final da II CNSB.

Quadro 05

Número de propostas aprovadas no Relatório Final da II CNSB em Brasília, 1993.

EIXO TEMÁTICO	NÚMERO DE PROPOSTAS
A Saúde Bucal e o SUS	40
Modelo de Atenção à Saúde Bucal	34
Desenvolvimento Tecnológico	06
Financiamento	29
Recursos Humanos em Saúde Bucal para o SUS	33
Controle Social em Saúde Bucal	15
TOTAL	157

Fonte: BRASIL, 1993.

Ao se efetuar a comparação entre os resultados da I CESB com os resultados da II CNSB encontra-se um significativo número de propostas originadas na etapa estadual que tiveram suas redações abordando o mesmo tema na etapa nacional. As proposições são assim distribuídas: zero propostas no eixo saúde Bucal e o SUS (0%), três propostas no eixo Modelo de Atenção à Saúde Bucal (9%), duas propostas no eixo Financiamento da Saúde Bucal no SUS (7%), cinco propostas no eixo Recursos Humanos em Saúde Bucal para o SUS (15%) e seis propostas no eixo relativo ao tema Controle Social em saúde Bucal (40%). De um total de 157 propostas da II CNSB, 16 (10%) delas reproduziram propostas da I CESB. Destaca-se o impacto da contribuição cearense ao eixo do Controle Social em Saúde Bucal.

Percebe-se que as propostas da I CESB, capazes de se tornar prática legal por parte do Governo do Estado do Ceará, não serviram de base para a elaboração de política estadual de Saúde Bucal.

Na análise dos Planos de Governos, referentes ao período compreendido entre 1995 e 2002, não há referência a programas específicos à Saúde Bucal que

derivassem de propostas oriundas da II CNSB ou mesmo da I CESB. Esse subsetor da saúde é sempre inserido em um plano maior, como PSF ou incluído em metas nos modelos de reorganização da atenção e dos serviços nas microrregionais de saúde (CEARÁ, 2002c). De acordo com Coêlho e Sousa (2005), o final da década de 1990 caracterizou-se pela implantação de um novo modelo de reorganização das ações e serviços de saúde, do planejamento regional e da programação pactuada e integrada. E afirmam:

a estrutura de financiamento do Governo do Estado, para a saúde, no entanto, manteve-se praticamente inalterada. O pagamento de pessoal, a manutenção das unidades próprias e o pagamento dos agentes comunitários de saúde são os principais itens de gastos com recursos estaduais (COÊLHO E SOUSA, 2005).

Esse novo modelo de reorganização do sistema definiu para a atenção básica a estratégia Saúde da Família e para a atenção especializada as estratégias de micro e macrorregionalizações. A SESA passa a apoiar a descentralização do sistema e a redirecionar suas responsabilidades, fortalecendo suas estruturas administrativas regionais, motivados pelas NOB/93 e NOB/96 em detrimento de programas específicos oriundos do próprio Estado, mas adotando os programas desenvolvidos nacionalmente (COÊLHO E SOUSA, 2005).

Desde a II CNSB até a realização da III CNSB decorreram onze anos, de 1993 até 2004. Durante esses anos o estado do Ceará teve cinco governadores: o Sr. Ciro Ferreira Gomes (15/03/1991 a 07/09/1994); o Sr. Francisco de Paula Rocha Aguiar (08/10/1994 a 31/12/1994), que sucedeu Ciro Gomes quando este deixou o Governo do Estado para assumir o Ministério da Fazenda em 06/09/1994, no Governo de Itamar Franco; o Sr. Tasso Ribeiro Jereissati que governou o estado do Ceará de 01/01/1995 a 01/01/1999 e de 01/01/1999 a 05/04/2002, portanto, por mais dois mandatos; o Sr. Benedito Clayton Veras Alcântara (05/04/2002 a 31/12/2002), porque o Sr. Tasso Jereissati se desincompatibilizou do Governo do Estado, ao ser eleito, pelo PSDB, para uma vaga no Senado Federal, nas eleições de 6 de outubro de 2002; por fim, o Sr. Lúcio Gonçalo de Alcântara, que governou o estado de 01/01/2003 a 31/12/2006. Sob este último governo aconteceu a II CESB, de 10 a 12 de junho de 2004, em Fortaleza.

No período entre 1993 e 2004, foram realizadas duas conferências nacionais de saúde - a X CNS, em 1996, e a XI CNS, em 2000 - sem que a elas se vinculasse alguma conferência específica de saúde bucal.

Durante o período de onze anos entre a I e a II CESB, o Ceará experimentou significativos avanços na redução dos problemas sociais e econômicos. Os dados do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará-IPECE, no período de 1992-2002 indicam uma melhor distribuição de renda. Pela proporção de pessoas abaixo da linha de pobreza, considerando o corte situado na linha de renda *per capita*, de U\$ 30.00 por mês, o Ceará também apresentou melhora, pois passou de 63% para 52,56%, permanecendo ainda superior aos 29,3% do Brasil e pouco menor que a média nordestina que era de 52,76%. A taxa de analfabetismo adulto, outro indicador relevante de desenvolvimento, passou de 34,5% das pessoas com 15 anos ou mais de idade, para 22,6%. No Nordeste, a taxa era de 24,4%, enquanto no Brasil era de 11,8%. De 1991 a 2000, em relação ao IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), indicador de máxima importância entre os que avaliam o desempenho sócio-econômico, o Ceará apresentou crescimento, de 0,593 para 0,699, mas se manteve menor que o índice nacional que era de 0,766. A expectativa de vida no Ceará, nesse período passou de 63,4 para 66,4 anos, indicando uma melhora em relação ao Nordeste, que era de 65,8 anos, mas distante da expectativa de vida nacional que era de 68,6 anos (IPECE, 2004).

Os avanços do Ceará são significativos e indicam avanço real na redução dos problemas sociais e econômicos. O aumento dos gastos do governo estadual, com saúde, de 1998 a 2003, também cresceu, saltando de 7,6% para 10,3% da receita líquida (IPECE, 2004).

A análise de dois documentos referentes aos Planos de Governo – Plano de Desenvolvimento Sustentável (1995-1998) e Consolidando o Novo Ceará (1999-2002) - do período em que o Sr. Tasso Jereissati permaneceu no Governo do Estado, as ações desenvolvidas foram direcionadas, no primeiro período, para a melhoria dos indicadores de saúde, através de princípios norteadores das ações, como a igualdade, a participação social, a descentralização, a intersectorialização e a valorização dos

profissionais de saúde. Neste contexto foram definidas as metas do setor saúde para o período de 1995-1998:

redução da mortalidade infantil para 40 por 1.000, redução da mortalidade materna para 107 óbitos por 100 mil nascidos vivos, controle de doenças transmissíveis, principalmente as de veiculação hídrica e redução dos anos de vida potencialmente perdidos por causas externas e doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares e as neoplásicas (CEARÁ, 1999: 69).

O novo ordenamento proposto pelo Plano de Governo Consolidando o Novo Ceará (1999-2002), objetivava chegar ao ponto de equilíbrio entre a municipalização autárquica e a descentralização estadualizada. Para se alcançar esse objetivo, o Plano coloca em pauta o desenvolvimento do conceito de autonomia compartilhada por meio da formação dos sistemas macro e microrregionais de saúde: três macrorregionais de saúde, responsáveis pela atenção terciária da saúde, subdivididas em 21 microrregionais de saúde, denominadas Células Regionais de Saúde-CERES, as quais foram delimitadas obedecendo à lógica de agregação econômica, social, cultural e sanitária, com auto-suficiência na oferta da atenção primária e secundária de serviços de saúde (CEARÁ, 2002a).

As ações em saúde, neste período, foram a inserção da Saúde Bucal no PSF e a da Vigilância Sanitária. As ações em Saúde Bucal foram feitas pela empresa Estação Saúde, contratada para a execução do trabalho denominado Sistema de Inversão da Atenção, processo implantado em alguns municípios para a realização de levantamento epidemiológico, a partir do qual deveriam ser realizadas ações coletivas semanais (CEARÁ, 1999).

Portanto, nesse período, no âmbito do Ceará, não foram desenvolvidas políticas específicas para o subsetor Saúde Bucal, ocorrendo ações pulverizadas, sobretudo durante os dois mandatos do Sr. Tasso Jereissati.

O Brasil, no mesmo período, experimentou três Presidentes da República: o Sr. Itamar Franco (02/10/1992 a 31/12/1994), o Sr. Fernando Henrique Cardoso, por dois mandatos (01/01/1995 a 31/12/1998 e de 01/01/1999 a 31/12/2002), e o primeiro mandato de Luís Inácio Lula da Silva (01/01/2003 a 31/12/2006).

A política de saúde no Brasil, no Governo de Fernando Henrique Cardoso-FHC, foi analisada por Ferreira (2002), entre 1994 e 2002, apresentando os seguintes resultados:

1. O ano de 1995 foi o de maior aumento nominal de investimentos, tendo saído de R\$ 9.544 milhões, no ano anterior, para R\$ 14.892 milhões, com aumento real de 57%.

2. Em 1996 foi registrada a única involução de valores em saúde no período analisado, quando o valor investido caiu 3,45%, de R\$ 14.892 milhões (1995) para R\$ 14.377 milhões em 1996.

3. A atenção básica apresentou evolução de cerca de 58% (de 11,6% para 17,13%) e redução de investimentos na alta e média complexidade, de 49,61% para 45,37%. Nos investimentos com pessoal e encargos sociais houve uma redução de 35,31% (de 26,42% para 17,09%).

4. O saneamento básico foi o único item que apresentou um aumento muito expressivo de 655%, saindo de R\$ 159 milhões (2000) para R\$ 1.199 milhões (2001).

O período de onze anos foi muito fértil em Programas e Normas para funcionamento adequado do SUS, dentre eles temos:

- O Programa de Agentes Comunitários de Saúde, institucionalizado em 1991.
- Programa de Saúde da Família, que remonta da criação do PACS em 1991, e foi lançado em 1994, pelo MS, como política nacional de atenção básica, após experiências originais desenvolvidas em Quixadá, Ceará.
- As Normas Operacionais do SUS, que são portarias do MS editadas a partir de 1991, e que funcionaram como potentes instrumentos de regulação do processo de descentralização, ocorrendo a edição de quatro delas: as NOB 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96. Mais recentemente, elas foram substituídas pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde, já apresentada em duas versões (NOAS 01/01 e NOAS 01/02). Atualmente, vemos a apresentação do Pacto pela Saúde, em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão.

A política de saúde do governo FHC adotou iniciativas para reforçar as funções redistributivas do SUS, orientando recursos para as regiões mais pobres e menos populosas (COSTA, SILVA e RIBEIRO, 1999). A principal medida nesse sentido foi a

criação, em dezembro de 1997, do Piso da Atenção Básica-PAB. Ao mesmo tempo em que procurava reduzir as desigualdades de recursos, o PAB também funcionava como incentivo à municipalização, pois somente os governos locais habilitados poderiam receber tais recursos.

No que diz respeito às dificuldades estruturais, as diversas políticas sociais brasileiras, incluindo as de saúde, expressam o caráter dos sistemas de proteção social latino-americanos, que de acordo com Draibe (1997), são imperfeitos e deformados. Algumas variáveis estruturais impõem enormes desafios à consolidação do SUS e muitas vezes obscurecem os avanços alcançados pela reforma sanitária brasileira: a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído.

A II CNSB ocorreu durante o segundo ano do mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva. A Presidência lança, em 17 de março de 2004, portanto no mesmo ano da realização da III CNSB, a política intitulada Brasil Sorridente, inserida na Política Nacional de Saúde Bucal. Com a justificativa de que apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feitos no SUS correspondiam a tratamentos especializados na área odontológica e a quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias e aplicação de flúor (BRASIL, 2004a).

A Política Nacional de Saúde Bucal apresenta, como principais linhas de ação, a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Especializada por meio, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (BRASIL, 2004a).

A Política Brasil Sorridente se propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros e entende que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população. Está articulada com outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

A II CESB, realizada de 10 a 12 de junho de 2004, teve como tema **Saúde Bucal: Acesso e qualidade, superando a exclusão social**. O Decreto nº 27.430, de 23 de abril de 2004 convoca II Conferência Estadual de Saúde Bucal-II CESB, sob a responsabilidade do Secretário Estadual de Saúde, Sr. Jurandi Frutuoso da Silva, e a I Conferência Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde-CECTIS, que foi realizada de 14 a 16 de junho de 2004 (CEARÁ, 2004b).

A mensagem de saudação aos delegados e participantes fez referência ao direito de acesso da população à Saúde Bucal e caracterizou o estado de saúde bucal da população cearense, realizado pelo levantamento epidemiológico do Ministério da Saúde em 2003, no qual foram incluídos cinco municípios cearenses, e revelou que...

...para o nosso Estado o CPOD, ou seja, a situação de dentes (cariados, perdidos e obturados) na faixa etária de 12 anos é igual a 3,01; entre 15 e 19 anos é 6,84; e entre 35 a 44 anos é 20,64. Estes dados revelam a necessidade de envidarmos esforços para reverter as situações de exclusão e lutar para alcançarmos o resgate social dos mutilados bucais (CEARÁ, 2004b: 3).

O mesmo documento refere que o resgate social tem sido enfrentado, pelo Ceará, com uma reorganização abrangente das ações e serviços de saúde, pautada em modelo assistencial que garanta:

...o acesso às ações de saúde bucal na atenção primária, com cuidados dispensados pelas equipes do PSF e de Saúde Bucal em todos os municípios, [...] pela implementação de ações e serviços nos 3 Centros Especializados de Odontologia-CEO localizados na capital e a implementação recente de um Centro Integrado de Odontologia em Sobral (CEARÁ, 2004b: 3).

O texto da referida mensagem é concluído estabelecendo a consolidação do acesso à atenção secundária em Saúde Bucal, no âmbito das 21 Células Regionais de Saúde-CERES, pela implantação de Centros Especializados de Odontologia. (CEARÁ, 2004b).

Na etapa municipal, o documento emitido pelo Conselho Nacional de Saúde, intitulado Conferências Regionais de Saúde, aconselha aos municípios que não realizaram suas respectivas Conferências Municipais de Saúde, a realização extraordinária de Conferências Regionais de Saúde Bucal. Os municípios foram agrupados segundo os Planos Diretores de Regionalização-PDR dos Estados ou outra

forma correspondente, proposta pelo Conselho Estadual de Saúde, desde que oficializada junto à Comissão Organizadora da III CNSB.

O Conselho Nacional de Saúde teve a preocupação de editar um Documento-Base em que tece comentários sobre os eixos temáticos, servindo de referência para os debates em cada município nos quais se realizaram as conferências municipais ou Conferências Regionais de Saúde Bucal.

A participação nas discussões pode ser avaliada no **Quadro 06**.

Quadro 06
Demonstrativo de participação na II CESB, 2004.

INSCRITOS	Usuários	Profissionais de Saúde	Prestadores de serviços	TOTAL
Delegados por Setor	18	09	09	36
Participantes por Setor	-	-	-	800*
T O T A L				836

Fonte: CEARÁ, 2004.

*Dados aproximados fornecidos pelo CESAUC/CE.

Para a etapa nacional, o Ceará enviou um total de 36 delegados, assim distribuídos: 18 delegados do segmento usuário, 09 delegados do segmento profissional de saúde e 09 delegados do segmento governo/prestador de serviço.

Na análise do Relatório da II CESB, percebe-se, no temário, a preocupação em se adotar mecanismos para a real efetivação da participação da comunidade e para o efetivo exercício da cidadania, como preceitua a Constituição Federal.

De acordo com o Capítulo II – DO TEMÁRIO, o Art 2º do Regulamento da II CESB, tratará dos seguintes temas:

- a) O tema central: “II Conferência Estadual de Saúde Bucal: Acesso e Qualidade, superando a Exclusão Social”;
- b) Os eixos temáticos:
 - I. Educação e construção da cidadania.
 - II. Controle social, gestão participativa e saúde bucal.
 - III. Formação e trabalho em saúde bucal.
 - IV. Financiamento e organização em saúde bucal (CEARÁ, 2004:21).

Esse interesse também é compartilhado pelo governo estadual do Ceará, quando lança o Plano de Governo 2003-2006 - Ceará Cidadania: Crescimento, com Inclusão Social – o qual tem como eixo central a combinação de políticas indutoras do

desenvolvimento econômico e estratégias de redução da pobreza e da desigualdade. Adota, para atingir esse fim, as estratégias de participação, cooperação, parceria, transparência, racionalidade, integração, descentralização, equidade, inclusão social e sustentabilidade. Em relação à saúde, a linha de ação para o quadriênio 2003-2006 é direcionada para a:

organização da prestação de ações e serviços de promoção de saúde, preventivos, curativos e de reabilitação por meio de um sistema integrado voltado para redução dos indicadores de morbimortalidade, respaldado nos princípios de equidade e universalidade (CEARÁ, 2003:101).

O objetivo estratégico para o setor saúde consiste em “prestar assistência integral, contínua e personalizada, centrada na vigilância à saúde” com o objetivo-meio de “expandir os serviços de saúde e a capacidade de atendimento com qualidade” (CEARÁ, 2003:109).

Também foram propostas linhas de ação que agrupam e integram programas como os de vigilância à saúde, saúde da família, saúde bucal, assistência farmacêutica, rede estadual de laboratórios de saúde pública, rede estadual de hemocentros, financiamento dos hospitais regionais e prevenção e controle de acidentes, violências, demais agravos e atendimento às vítimas de acidente de trânsito (CEARÁ, 2003).

Na análise das proposições do primeiro eixo temático – Educação e construção da cidadania – percebe-se a preocupação referente à construção de um modelo para execução de atividades coletivas em Saúde Bucal, ao desenvolvimento do processo de formação da saúde do trabalhador e, também à prática intersetorial no planejamento das ações de Saúde Bucal.

São exemplos dessa temática:

I – EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA

1. Firmar parcerias com a Secretaria de Educação, Ação Social, Universidades, implantando estágio de extensão, meios de comunicação, associações e creches, para construção de um modelo para execução de ações coletivas em Saúde Bucal e os direitos de cidadania;
 2. Promover cursos de humanização dos serviços em saúde, elaborar instrumento informativo e desenvolver processos de formação sobre saúde do trabalhador e políticas de saúde para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e conselheiros;
 3. Implantar escovódromos e escovação supervisionada nas escolas da rede pública de ensino;
- [...]

5. Institucionalizar um evento (semana, dia D, etc.), nas instâncias municipal e estadual com grande mobilização coletiva e oferta de atenção básica e insumos à população, como oferta de divulgação, educação e prestação da atenção, já existentes nos serviços públicos, com relação à Saúde Bucal (CEARÁ, 2004b: 1).

São poucas as proposições do Ceará, porém há uma relação ou correspondência entre as asserções cearenses e as postas no Relatório Final da III CNSB, já que as propostas nacionais são mais abrangentes.

No Regimento da II CESB há referência sobre o conceito de educação e cidadania e a intersetorialidade, além de Saúde Bucal e desigualdade social. Neste último item há a explicação de que:

A exclusão de grande parte da população à atenção à Saúde Bucal reflete a desigualdade social em nosso País. Os pobres ainda não têm acesso à moradia nem à alimentação adequada para sua sobrevivência com qualidade de vida digna, nem água tratada e fluoretada, quanto mais ao consultório dentário e aos elementos necessários para sua higiene bucal, como é o caso de escovas dentais dentifrícios. Isso reflete na saúde de um povo como elemento de exclusão (CEARÁ, 2004b: 31).

Para Moysés (2000), desigualdades sociais devem ser analisadas dentro do contexto histórico de desenvolvimento de cada país ou região e as desigualdades em saúde bucal devem ser compreendidas em relação ao arcabouço teórico e instrumental da Epidemiologia Social.

Moysés (2000: 13) afirma que:

As explicações materialista ou estruturalista enfatizam o papel do ambiente social, as condições sob as quais as pessoas vivem e trabalham, a falta de acesso aos produtos e serviços saudáveis, ou as pressões que recebem para consumir produtos insalubres. Desigualdades em saúde neste contexto ocorreriam porque grupos sociais de baixa renda são expostos a um contexto de vida produtor de doenças. Em outras palavras, desigualdades de saúde acontecem como resultado de privação material, por exemplo, por escassez dos recursos materiais dos quais a existência humana saudável depende. Quando os padrões de vida melhoram em geral, mas os desníveis estruturais mais profundos permanecem, ricos e pobres melhoram proporcionalmente seus respectivos indicadores de saúde ou expectativa de vida - mas os diferenciais entre eles são mantidos.

O segundo eixo temático – Controle social, gestão participativa e saúde bucal – tem a preocupação de reavivar os princípios doutrinários do SUS, a universalidade, a

integralidade e igualdade/equidade; e seus princípios organizacionais, a descentralização e a participação da comunidade.

Faz referência ao controle social como uma conquista da sociedade, consagrada na Constituição Federal, e normatizada pela Lei nº 8.142/90. Nesse contexto exorta:

A participação do cidadão pode se dar por meio de organizações representativas com função de formulação das políticas públicas e no controle da execução das ações dos administradores públicos, especialmente nas chamadas políticas sociais. A participação popular, como exercício do poder político é efetivada através das conferências de saúde e dos órgãos colegiados decisórios, como os conselhos de saúde ou somando-se a isto a atuação do âmbito judicial, como o Ministério Público com as ações civis públicas ou de improbidade administrativa, ampliando o processo de democratização ao Sistema. Outra parte aliada do controle social é a informação veiculada através dos diferentes meios de comunicação (CEARÁ, 2004b: 35-36).

E completa descrevendo as características dos Conselhos de Saúde, o seu caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, suas funções conjuntamente com as Conferências de Saúde para realização do princípio da participação da comunidade, sendo estas “... espaço de controle social com o papel de formular as diretrizes da política de saúde nas esferas federal, estadual e municipal” (CEARÁ, 2004b: 36).

As propostas nesse segundo eixo que possuem alguma similaridade com as postas na III CNSB são:

II – CONTROLE SOCIAL, GESTÃO PARTICIPATIVA E SAÚDE BUCAL.

[...]

4. Garantir abastecimento de água fluoretada a 100% da população beneficiada pelos sistemas de abastecimento e elaboração de projetos e pesquisas para a cobertura das populações rurais que não usufruem dos sistemas de abastecimento coletivo.

[...]

8. Criação obrigatória de ouvidorias nos Conselhos de Saúde (0800), estabelecendo prazo para resposta às denúncias feitas.

10. Implantar salas de situação em todos os níveis de organização em saúde local, com as equipes de PSF; municipal, com as Secretarias Municipais e Conselhos Municipais e Locais; e estadual, com as CERES.

[...]

18. Que todos os delegados para as conferências municipais e estaduais de saúde sejam eleitos nas conferências municipais, pondo fim a essa prática viciada e antidemocrática de delegados indicados.

[...]

21. Que os delegados escolhidos para a Conferência Nacional de Saúde Bucal tenham participado dos trabalhos de grupos da conferência.
22. Implementar com urgência, a Resolução Nº 333/03 que cria normas do controle social dos conselhos de saúde (CEARÁ, 2004b: 3).

A proposta de garantia de fluoretação da água de abastecimento público aparece mais uma vez, deixando clara a preocupação com o não cumprimento dessa diretriz exarada nas CESB e nas CNSB, de 1993. Para Buendia (1996), fluoretação de águas é o processo pelo qual adicionamos compostos de flúor às águas de abastecimento público, através de equipamentos dosadores, a fim de proporcionar o teor adequado de íon fluoreto benéfico para a prevenção da cárie dentária.

Outros temas abordados e que guardam alguma semelhança com as proposições da III CNSB são os avanços alcançados pelo SUS desde sua implantação, tendo como exemplos: a inclusão da Odontologia no PSF e o fortalecimento da atenção básica; a urgência em adotar o que preceitua a Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, que trata das diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde e da definição de Conselho de Saúde; além de enfatizar o modo como eram escolhidos os delegados para a etapa nacional das conferências, como as indicações de delegados pelo Estado.

O terceiro eixo temático – Formação e Trabalho em Saúde Bucal – teve duas subdivisões: Formação e desenvolvimento em Saúde Bucal e O trabalho na Saúde Bucal.

As maiores críticas são em relação ao sistema de ensino superior, que não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS, a formação de trabalhadores da Saúde Bucal não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em Saúde Bucal e a falta de intercâmbio entre os organismos de gestão, as instâncias formadoras e o princípio da participação social no SUS (CEARÁ, 2004).

Para corroborar com as preocupações dos delegados, o texto afirma que:

Dessa forma, se cristalizam barreiras para o SUS exercer o preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em

dificuldades para as práticas integrais de atenção e queda da qualidade dos serviços de saúde (CEARÁ, 2004).

No subitem Trabalho na Saúde Bucal, o texto torna claro que a gestão do trabalho e da educação para o trabalho na saúde é uma competência do SUS. E cabe ao MS obedecer a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde-NOB/RH/SUS, além de propor, acompanhar e executar as políticas de gestão do trabalho e de regulação profissional, de negociação do trabalho em saúde, dos incentivos à estruturação de uma política de gestão do trabalho nas esferas estadual e municipal, envolvendo os gestores públicos e privados que compõem o SUS.

O texto afirma que “a causa principal desse quadro é que o modelo formador do país está dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades da população” (CEARÁ, 2004:40).

Uma única diretriz proposta no eixo Formação e Trabalho em Saúde Bucal, e que tem similaridades com as propostas nacionais, é a oitava:

[...]

Criar na Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, o Núcleo de Saúde Bucal para articular, promover e efetivar cursos de atualização, especialização e formação de profissionais da Saúde Bucal.

As diretrizes propostas pela CESB neste eixo não tiveram um caráter inovador no que se refere à formação do trabalhador em Saúde Bucal, prendendo-se a propostas com pouco ou nenhum grau de importância na reestruturação do trabalho em Saúde Bucal. Exceção feita à proposta de criação de pólos de capacitação.

No quarto eixo temático – Financiamento e Organização em Saúde Bucal – as discussões basearam-se na luta pela aprovação e cumprimento da EC Nº 29, de 13 de setembro de 2000, que altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. No tocante a política estadual de Saúde Bucal os recursos foram assegurados no Plano Plurianual-2004/2007, para pagamento da Equipe de

Saúde Bucal no PSF⁶, construção, equipamentos e parte do custeio dos CEO em município de referência microrregional (CEARÁ, 2004).

Outra questão abordada foi a indefinição do que são outras ações e serviços de saúde para efeito de cálculo dos recursos aplicados em conformidade com a EC Nº 29/2000 (CEARÁ, 2004).

Na parte relacionada a Financiamento, as propostas foram bastante abrangentes, apesar de não definirem as fontes dos recursos. Dentre as quais estão:

IV – FINANCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

4.1. FINANCIAMENTO

[...]

3. Garantir incentivos financeiros para formação e capacitação de ACD, THD, CD, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e áreas afins, visando à melhoria da qualidade dos serviços em Saúde Bucal.

4. Definir uma política de financiamento para a gestão do trabalho em Saúde Bucal, que amplie os recursos das três esferas de governo, buscando a valorização dos trabalhadores das áreas assistencial e gerencial (CEARÁ, 2004:3).

Mas não houve nenhuma proposta relacionada com o Financiamento em Saúde Bucal originada na etapa estadual que se assemelhou com uma emanada na etapa nacional. As propostas relacionadas são citadas apenas para enfatizar a preocupação dos delegados na definição de uma política específica de financiamento na área de Saúde Bucal pelo governo estadual.

No tópico relacionado à Organização da Atenção em Saúde Bucal, as propostas que tiveram alguma similaridade com as propostas nacionais foram:

IV – FINANCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL.

4.1. FINANCIAMENTO.

[...]

4.2. ORGANIZAÇÃO.

1. Instalação de consultórios odontológicos em todas as unidades básicas do PSF e efetivar os já existentes, com escovódromo.

[...]

⁶ Em municípios qualificados pelos critérios: menor IDH (Municipal) e melhor desempenho dos indicadores de Saúde Bucal (CEARÁ, 2004). No Projeto Dentista da Família I, em 2003, foram escolhidos os municípios: Barroquinha, Granja, Croatá, Salitre, Saboeiro, Quixelô, Aiuaba, Itatira, Choró e Tarrafas (CEARÁ, 2003b). No Projeto Dentista da família II, em 2004, foram beneficiados mais dez municípios, cinco pelo critério de IDH: Altaneira, Grangeiro, Miraíma, Chaval e Uruoca e cinco com os melhores indicadores de saúde bucal do pacto de atenção básica de 2003: Acarape, São Gonçalo do Amarante, Paraipaba, Mulungu e Quixeramobim (CEARÁ, 2004a).

3. Criar no município atendimento odontológico de emergência (das 6h às 18h) com odontólogo de sobre-avisos (noite, feriados e fins de semana) no centro odontológico de referência.
4. Garantir a presença de técnico para manutenção dos equipamentos odontológicos.
[...]
8. Oferecer atendimento em horários noturnos e alternativos para os usuários que trabalham durante o dia para facilitar o acesso dos mesmos ao tratamento odontológico sem que isto implique em queda da qualidade nos horários de maior demanda.
[...]
12. Assegurar que a atenção secundária oferecida pelo Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) se dê de forma mais completa, ou seja, o serviço de prótese deverá ser oferecido, não apenas prótese total, mas também a prótese parcial removível. Quanto à endodontia, englobar o tratamento de todos os dentes. Ainda incluir ortodontia e ortopedia no CEO.
[...]
17. Por em prática as normas do PSF, integrando as equipes do PSF com as equipes de Saúde Bucal.
[...]
24. Garantir a efetivação do sistema de referência e contra-referência pelos CEO, como resposta aos serviços prestados aos usuários (CEARÁ, 2004:4).

Os itens três e oito são bastante semelhantes, pois tratam da ampliação do horário de atendimento aos usuários e da organização desses serviços.

A organização dos serviços de saúde tem como pressupostos de sua organização o estabelecimento de processos e práticas que garantam a universalidade do acesso e do acolhimento aos usuários, a geração de vínculo entre profissionais e população, a integralidade na atenção, o aumento da resolubilidade e a democratização, com ampla participação de trabalhadores e de usuários na gestão. Deve-se observar, também, a estratégia da hierarquização e regionalização, conformando redes de serviços, a descentralização e a melhoria da gestão pública com adequação às realidades locais (CEARÁ, 2004).

A viabilização de uma nova prática em saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania, depende do desenvolvimento de um modelo de atenção em Saúde Bucal orientado pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade, da equidade e caracterizado pela resolubilidade das ações que realiza.

O **Quadro 07** abaixo sintetiza o número de propostas enviadas pelo estado do Ceará para a etapa nacional da conferência de saúde bucal.

Quadro 07

Número de propostas enviadas pelo estado do Ceará para a III CNSB em 2004.

EIXO TEMÁTICO	NÚMERO DE PROPOSTAS
Educação e construção da cidadania	06
Formação e trabalho em Saúde Bucal	09
Controle social, gestão participativa e Saúde Bucal.	23
Financiamento e organização da atenção em Saúde Bucal	29
TOTAL	67

Fonte: CEARÁ, 2004.

O Relatório Final da III CNSB contém 346 propostas, aprovadas por 883 delegados eleitos em 27 conferências estaduais das quais, por sua vez, participaram representantes indicados em 2.542 conferências municipais ou regionais de Saúde Bucal. O documento foi estruturado segundo os mesmos quatro eixos enviados no documento-base aos Estados para servir como referência para as discussões nas conferências municipais ou regionais.

No **Quadro 08** mostra-se a quantidade de delegados, delegados indicados, membros do Conselho Nacional de Saúde, observadores e convidados que participaram nas discussões da III CNSB.

Quadro 08

Demonstrativo de participação na III CNSB, 2004.

INSCRITOS	Usuários	Profissionais de Saúde	Prestadores de serviços	TOTAL
Delegados por Setor	447	228	208	883
Delegados indicados por Setor	97	48	49	194
Conselho Nacional de Saúde	-	-	-	40
Observadores e convidados	-	-	-	300
TOTAL	544	276	257	1117

Fonte: BRASIL, 2004.

No prefácio do texto do Relatório Final da III CNSB, faz-se referência à urgência da realização dessa conferência, tendo como justificativa o grande espaço de tempo - 11 anos - e a necessidade de oportunizar a toda população brasileira a análise e participação na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal.

Discorre, ainda, sobre as condições de saúde bucal da população brasileira atrelando esta à grande dívida social que precisa ser resgatada pelo Governo Federal. E, finalmente, ressalta a importância do fórum, quando afirma que:

As propostas votadas e aqui relatadas vêm contribuir para a superação de um grande desafio: o de construção de um Plano Nacional de Saúde que reflita os reais anseios de nossa população sobre suas condições de vida com saúde, em que a atenção em saúde bucal deve estar inserida como uma das prioridades nacionais relacionadas ao setor Saúde do atual governo. Temos agora um instrumento legítimo, amplamente respaldado pela participação dos diversos segmentos do controle social, que reflete a verdade das grandes diversidades de nosso imenso e corajoso Brasil, e que por sua legitimidade representativa deve, a partir de agora, balizar todas as implementações de políticas públicas na área da Saúde Bucal (BRASIL, 2004:5-6).

Na sua apresentação, o Relatório Final faz um resgate histórico das lutas para se concretizar a Reforma Sanitária e da real efetivação da Saúde Bucal dentro das ações de saúde do SUS. Faz uma análise da conjuntura marcada, à época, pelo:

... agravamento das condições de vida do povo brasileiro, pela persistência de gravíssimos problemas sociais – em que pontificam a intensificação da violência urbana e o aumento do desemprego – e, também, pelas enormes dificuldades para fazer as mudanças reclamadas pela maioria da população, notadamente a reforma agrária e as mudanças na política econômica, libertando-a do jugo do Fundo Monetário Internacional e dos especuladores do sistema financeiro, e fazendo-a instrumento para gerar trabalho e renda e melhorar a vida de todos. A 3.^a CNSB se realiza, enfim, num contexto em que é enorme a expectativa dos brasileiros de que reivindicações históricas possam, finalmente, se concretizar, dentre elas as relacionadas à saúde e à saúde bucal (BRASIL, 2004:15).

O Relatório Final da III CNSB enfatiza os desafios propostos e incita os participantes à identificação dos principais problemas do país, na área da Saúde Bucal, buscando meios e recursos na definição de estratégias para superá-los.

No primeiro eixo temático, Educação e Construção da Cidadania, há a consonância de propostas com a etapa estadual, como:

I – EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA.

[...]

14. Implantar e implementar um plano permanente de informação, educação e comunicação em saúde bucal, na mídia em geral, incluindo os espaços alternativos (rádios e TV comunitárias, emissoras locais, etc.), tendo como referência a educação formal e popular em saúde com garantia de espaço para a divulgação de campanhas de conscientização e a importância da identificação precoce de lesões na mucosa oral e demais tecidos moles da boca, divulgando principalmente as diversas doenças que nela se manifestam, distribuindo os custos de produção entre as três esferas de governo, levando em conta as questões locais, considerando os aspectos culturais, geográficos e políticos, assegurando, inclusive, aos municípios com grande concentração rural a implantação de rádios comunitárias.

[...]

26. Tornar obrigatório a construção de “escovódromos” em todas as escolas públicas municipais, estaduais e federais, creches, instituições de amparo à criança e ao adolescente e de longa permanência para idosos, nas áreas urbanas e rurais, com a orientação de equipe multidisciplinar por meio da parceria entre os ministérios da Educação e Saúde.

51. Elaborar instrumentos informativos e desenvolver processos de formação sobre saúde do trabalhador e políticas de saúde para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e conselheiros, visando ao fortalecimento de sua atuação no controle social do SUS.

53. Instituir o Dia Nacional de Saúde Bucal no mês de outubro, promovendo campanhas preventivas com ampla divulgação e participação dos profissionais de saúde (CD, ACD, THD, ACS), agentes comunitários e agentes indígenas de saúde (CNSB, 2004:29).

A proposta 24 do Relatório Final da III CNSB, neste eixo temático, refere-se novamente à observância da legislação que trata da fluoretação das águas de abastecimento público. A referida proposta tem a seguinte redação:

24. Garantir o cumprimento da Lei n.º 6.050/1974, que prevê a fluoretação e o tratamento das águas de abastecimento público nas esferas federal, estadual e municipal realizando campanhas de esclarecimentos à população sobre a importância do consumo de água fluoretada, tanto da rede pública como da comercializada, exigindo o demonstrativo do teor de flúor e o alvará específico da vigilância sanitária nas respectivas embalagens (CNSB, 2004:29).

No segundo eixo temático, Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal, apareceram sete propostas que se assemelhavam às propostas oriundas da etapa estadual. São elas:

II – CONTROLE SOCIAL, GESTÃO PARTICIPATIVA E SAÚDE BUCAL.

[...].

2. Criar e implementar mecanismos eficientes de escuta dos usuários, dos profissionais de saúde e da população geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo prazos para respostas às denúncias feitas, permitindo maior publicidade e transparência dos mecanismos de prestação de contas, dos relatórios de gestão e de avaliação dos serviços.

[...]

5. Garantir a participação de delegados nacionais, estaduais e municipais nas respectivas Conferências de Saúde, com suas despesas de transporte, alimentação e hospedagem assumidas pelos executivos em suas respectivas esferas de governo, observando o direito a voto apenas aos delegados natos e/ou delegados eleitos nas conferências, abolindo a condição de delegado indicado, de modo que os convidados e observadores tenham direito apenas a voz e garantir legalmente o empenho de despesas indistintamente a todos os delegados, independentemente de vínculo com o serviço público, punindo o gestor que não garantir a participação dos delegados eleitos.

[...].

11. Garantir que os conselheiros de saúde informem as suas respectivas entidades de representação sobre as discussões, pautas e ações dos conselhos, democratizando as decisões, a fiscalização do processo eleitoral do Conselho de Saúde e a rotatividade dos conselheiros, de acordo com o previsto na Resolução n.º 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e na 12.ª Conferência Nacional de Saúde.

[...].

14. Exigir que a vigilância sanitária fiscalize e faça cumprir as leis que regulam o tratamento e a fluoretação da água de abastecimento público e privado e das águas engarrafadas ditas minerais, estimulando o heterocontrole e a parceria com entidades da sociedade civil organizada e de ensino e pesquisa. É preciso também garantir a qualidade da água e a manutenção do nível ótimo de flúor, não somente nas áreas urbanas, mas também nas comunidades rurais que não são assistidas pelas estações de tratamento de água, com emissão de relatórios regulares, por parte dos gestores, aos órgãos competentes, inclusive aos conselhos de saúde. E que a vigilância sanitária exija a manutenção e quantidade exata de flúor dos cremes dentais, não ultrapassando os limites máximos permitidos pela OMS.

[...]

18. Construir estratégias para dar visibilidade às informações de saúde, nos moldes das salas de situação, em todos os espaços sociais, permitindo que a comunidade local se aproprie das informações relativas a sua realidade (CNSB, 2004:31-33).

No terceiro eixo temático, Formação e Trabalho em Saúde Bucal, não há propostas que tenham correspondência com as oriundas da etapa estadual. Existe uma proposta que trata da criação de cursos na área de Saúde Bucal, que deveriam ser oferecidos pelo Estado. A única proposta, identificada com este terceiro eixo, aparece incluída no primeiro eixo temático, o da Educação e Construção da Cidadania.

I – EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA.

[...].

71. Implementar, com base no Plano Diretor de Regionalização, Centros de Educação Continuada Permanente em Saúde Pública como parte do pólo de educação permanente e articulado a ele nas sedes das microrregiões.

A Portaria 198 do MS, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Objetivando adequar os processos de formação e educação permanente às necessidades do sistema. Percebe-se que a proposta aprovada já tinha sido legalmente instituída pelo MS em março de 2004, ou seja, seis meses antes da realização da III CNSB, que ocorreu em agosto daquele ano.

No quarto e último eixo temático, intitulado Financiamento e Organização em Saúde Bucal houve um desmembramento entre Financiamento em Saúde Bucal e Organização em Saúde Bucal. Na abertura do primeiro tema deste eixo, Financiamento em Saúde Bucal, não é possível deixar de perceber um tom sarcástico na redação:

Os constrangimentos oriundos da forma de inserção do Brasil na nova ordem econômica mundial, balizada pelo Consenso de Washington, em particular, o endividamento pela falta de poupança interna e a enorme dependência do País da poupança externa, bem como a priorização dos contratos externos (exportação de capitais, pagamento de dívidas e remessas de capitais), têm privilegiado mais a “saúde” do sistema financeiro nacional globalizado e dos seus poucos investidores, do que propriamente a “saúde”, enquanto qualidade de vida, da maioria dos brasileiros (BRASIL, 2004:81).

As críticas ao sistema financeiro brasileiro vão desde a dependência ao cumprimento de metas firmadas com o Fundo Monetário Internacional-FMI, as pressões por uma inclusão incondicional do Brasil no Acordo de Livre Comércio das Américas-ALCA, nos termos ditados pelos Estados Unidos, ao plantio de transgênicos e uso de biotecnologia, até questões como a instituição do PAB que representou um avanço face

ao desafio de se desfazer do espólio que a ditadura militar legou ao SUS, como o de financiar só quem tivesse capacidade produtiva operacional, e o incentivo da saúde bucal no PSF, além, é claro da luta pela implementação da PEC nº 29 (BRASIL, 2004).

No segundo tema deste eixo, denominado de Organização da Atenção em Saúde Bucal, há seis propostas que tratam de assuntos já discutidos na etapa estadual.

4.2 - ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

[...]

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

6. Implantar serviços de prótese dentária total e parcial nas unidades básicas de saúde e nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), garantidos por meio de verbas específicas e assegurar, quando necessário, o atendimento fonoaudiológico para reabilitação das funções de mastigação, deglutição, fala e respiração. Incentivar a inclusão do serviço de fonoaudiologia nos CEO para reabilitação e readaptação das funções orofaciais.

7. Compreender o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia, e não apenas como mais um programa verticalizado, focalizado, reducionista e compartimentalizado. A estratégia do Saúde da Família deve ser entendida como a aplicação plena dos princípios do SUS, notadamente os da universalidade, da equidade, integralidade e do Controle Social. É preciso reconhecer que o PSF não é a única modalidade de organização da Atenção Básica, mas que, se aplicado em consonância com as diretrizes do SUS, pode contribuir para uma melhor organização do sistema de saúde brasileiro. Nesse contexto, as práticas de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família, devem se processar no sentido da atenção integral, dentro da perspectiva dos ciclos de vida da família, num processo de construção de novas práticas de saúde coletiva.

[...]

17. Garantir o atendimento integral, em especial, no que tange ao acesso aos serviços de referência e contra-referência, incentivando as três esferas de governo a aumentar a capacidade instalada, oferecendo um modelo de atenção integral à saúde bucal, com a inclusão de centros de especialidades, conforme preconiza a Norma da Assistência à Saúde (NOAS).

[...]

21. Planejar a aquisição e instalação de novos consultórios e equipamentos odontológicos, fixos ou móveis, e criar políticas de manutenção desses bens.

[...]

41. Implantar “escovódromos” em todas as escolas, unidades de saúde e creches, a partir dos projetos de novas construções desses espaços sociais ou adequando as estruturas nas unidades já existentes. Programar parcerias com o setor da Educação para a aplicação de verbas na construção dos mesmos (BRASIL, 2004:89-91).

No **Quadro 09** há uma síntese dos eixos temáticos e do número de propostas contidas no Relatório Final da III CNSB.

Quadro 09

Número de propostas aprovadas no Relatório Final da III CNSB em Brasília, 2004.

EIXO TEMÁTICO	NÚMERO DE PROPOSTAS
Educação e construção da cidadania	83
Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal	50
Formação e Trabalho em Saúde Bucal	100
Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal	113
TOTAL	346

Fonte: BRASIL, 2004.

Na comparação entre os resultados da II CESB com os resultados da III CNSB encontra-se um número de propostas originadas na etapa estadual que tiveram suas redações abordando o mesmo tema na etapa nacional. As proposições são assim distribuídas: cinco propostas no eixo Educação e Construção da Cidadania (5%), seis propostas no eixo Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal (12%), zero proposta no eixo Formação e Trabalho em Saúde Bucal (0%) e sete propostas no eixo Financiamento e Organização em Saúde Bucal (6%). São dezoito propostas, em total de 346, ou seja, aproximadamente 8% propostas aprovadas no nível estadual cearense tiveram ressonância na III CNSB.

As Conferências de Saúde Bucal são espaços em que a sociedade procura construir uma agenda para a saúde bucal. Para promover mudanças, a sociedade brasileira representada nesses fóruns precisa construir uma agenda que leve em consideração eventos relevantes nesta área, e o SUS tornou possível estas ações.

Resta agora considerar a natureza das diretrizes para a construção de Políticas em Saúde Bucal.

O atual estágio da construção do SUS baliza a possibilidade de realizar as ações que permitam atender ao princípio da universalidade, viabilizando o acesso de todos aos recursos odontológicos, ao princípio da integralidade, concebendo o ser humano em suas dimensões sócio-sanitárias e subjetivas gerais, e ao princípio da equidade, pela oferta positivamente diferenciada aos socialmente necessitados.

Sendo, reconhecidamente, uma importante conquista social dos brasileiros, o SUS se mostrou capaz de resistir à avalanche política e econômica caracterizada ideologicamente pelo Neoliberalismo, que, nas últimas décadas, destruiu a maioria dos sistemas públicos de saúde na América Latina. Mas reconhecer isso não significa desconsiderar os enormes problemas enfrentados pelo setor brasileiro de saúde, seja em decorrência das péssimas condições de vida da maioria, com grande impacto sobre os níveis de saúde, ou também em consequência das dificuldades orçamentárias e gerenciais que marcam a administração pública. A construção do SUS envolve milhares de instituições do Estado e da Sociedade, órgãos, entidades sindicais, movimentos comunitários e todas as formas de representação de interesses e de controle social. O SUS configura uma grande e complexa engenharia política.

A realização periódica das conferências de saúde bucal, nos três níveis de poder deve constituir a principal referência para a agenda da Saúde Bucal. Servindo de esteio para a construção do direito do exercício de cidadania e de molde para o planejamento e afirmação de políticas de Saúde Bucal. Afinal, as condições negativas da saúde bucal e o mal estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social.

CAPÍTULO II

O DESAFIO DE TRANSFORMAR AS PROPOSTAS DOS RELATÓRIOS FINAIS DAS CNSB EM POLÍTICAS DE ESTADO.

Neste capítulo coloca-se o material empírico, resultante das entrevistas e do diário de campo, para ser descrito, analisado e discutido, onde ecoa o contexto dos sujeitos e dos fatos, nos sentidos atribuídos pelos atores.

A análise proposta no Tratamento Metodológico foi construída a partir das reflexões sobre a linguagem dos sujeitos entrevistados, levando-se em conta o momento histórico em que foram produzidas. As falas permitem uma aproximação com o sujeito entrevistado e conseqüentemente conhecer como o mesmo se posiciona e como participa direta ou indiretamente do processo de construção dos debates e decisões tomadas nas CESB e CNSB, além da percepção de temas intrinsecamente ligados aos mesmos.

Para facilitar a compreensão, os aspectos abordados foram separados, apesar de estarem intimamente articulados.

As categorias identificadas foram organizadas e analisadas com base na fundamentação teórica do estudo, subsidiados pelos dados obtidos através da entrevista realizada com os informantes-chave.

1. Principais categorias teóricas:

a) Participação

Participação é o envolvimento da pessoa em uma situação vital e representa a perspectiva social da funcionalidade. De acordo com Ferreira (1986), participação deriva da palavra latina *participatione* e que significa ato ou efeito de participar, tendo um caráter polissêmico. Na área da saúde este termo sofreu grandes transformações, principalmente pela sua inclusão na Constituição Federal de 1988.

A idéia de participação sofreu, no decorrer do século XX, muitas transformações, principalmente na saúde, e seu significado aproximou-se mais da idéia de movimento renovador e democratizador dos movimentos de saúde. Para Briceño-León (1998), somente a partir da década de 1960, e mais especialmente nas décadas

de 1980-1990, quando ocorreu importante reestruturação das relações entre o Estado e a Sociedade Civil, é que o significado da palavra participação se atrelou à idéia de organização e mobilização popular. Desta maneira, o mesmo autor afirma que, ao ser a participação conduzida pelo governo e pelas empresas, a perspectiva era de manipulação ideológica no sentido da legitimação da entidade que a promovia, utilização de mão de obra barata em mutirões de construção de equipamentos sociais, responsabilização dos pobres por sua própria saúde e facilitação da ação médica, quebrando resistências culturais à intervenção. Quando as ações de participação não eram empreendidas por empresas ou pelo governo, eram enquadradas como subversão, sendo combatidas, ainda que não necessariamente estivessem vinculadas a movimentos guerrilheiros.

Carvalho (1995) afirma que, na medida em que se aprofundou a crítica e se radicalizaram as práticas políticas de oposição ao sistema dominante, a idéia de participação comunitária passou à de participação popular. As diferentes denominações assinalam diferentes referenciais teóricos, cada vez mais próximos do Marxismo, em que a contradição social passa a ser o foco explicativo. A participação dentro das instituições de saúde se soma às outras formas de organização das classes populares.

O presente estudo aborda o conceito de participação popular, que, para Valla (1998), é compreendido como múltiplas ações desenvolvidas por diferentes forças sociais no sentido de influenciar a formulação, a execução, a fiscalização e a avaliação das políticas públicas e/ou dos serviços básicos em qualquer área do campo social.

Vázquez et al (2003) categorizaram as diversas formas de compreensão e definição de participação nas políticas de saúde em dois grupos principais: a participação como meio e a participação como fim. Na primeira forma, a participação é entendida como instrumento para se alcançar determinados objetivos, donde a participação da comunidade, envolvida em algum problema, temporário ou não, seria indispensável para o alcance dos objetivos. Em saúde a participação é entendida e implementada nesta concepção, na qual, ao participar, a população utiliza seu saber na definição das políticas, e seu poder de fiscalização e controle para acompanhar a execução das ações pelos gestores. Na segunda forma, a participação como fim,

baseia-se na concepção de que todo ser humano tem necessidade de participar das decisões que afetam sua vida cotidiana. De acordo com esse conceito, a participação é necessária em qualquer grau do desenvolvimento dos serviços de saúde, mesmo naqueles onde as suas necessidades sociais de saúde já foram atendidas pelo Estado.

Vázquez et al (2003) propuseram uma outra classificação para o processo de participação, em níveis: a participação simbólica e o controle cidadão. Para os autores, a participação simbólica inclui categorias que se caracterizam pela falta de partilha de poder, em seqüência ascendente, donde participar significaria a utilização de serviços, informações, consultas e conciliações. No caso do controle cidadão, este, incluindo o poder delegado e a colaboração, expressa-se plenamente como “exercício de poder decisório, solidário e compartilhado” (VÁZQUEZ et al, 2003:580).

Compreende-se que, quanto mais se avança ao segundo nível, maiores são as responsabilidades dos envolvidos, pois esses passam de meros usuários para atores sociais responsáveis pelas decisões no sistema.

b) Cidadania.

A cidadania é notoriamente um termo associado à vida em sociedade. Sua origem está ligada ao desenvolvimento das *póleis* gregas, entre os séculos VIII e VII a.C. e seu máximo momento contemporâneo de inflexão coincidindo com as Revoluções Francesa, Americana e Soviética, ao longo do fim do século XVIII ao início do século XX.

Para Jaime e Carla Pinsky:

Ser cidadão é ter direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei: é, em resumo, ter direitos civis. É também participar no destino da sociedade, votar, ser votado, ter direitos políticos. Os direitos civis e políticos não asseguram a democracia sem os direitos sociais, aqueles que garantem a participação do indivíduo na riqueza coletiva: o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, a uma velhice tranqüila. Exercer a cidadania plena é ter direitos civis, políticos e sociais. (PINSKY e PINSKY, 2003:9)

As mudanças nas estruturas sócio-econômicas incidem, simultaneamente, na evolução do conceito e da prática da cidadania, moldando-os de acordo com as necessidades de cada época.

Na sociedade grega havia uma preocupação coletiva, compreendendo que as ações individuais reincidentem sobre a coletividade. Estas ações individuais ocorrem por meio da esfera pública e privada, visando a uma relação de iguais com a *polis*, significando, portanto, que tudo era decidido mediante palavras e persuasão, sem violência (MANZINI-COVRE, 1995). A forma como a cidadania foi desenvolvida e articulada na Grécia pode ser entendida como uma concepção clássica de cidadania.

Segundo Marshall (1967), que nos lega um dos conceitos mais claros de cidadania, os direitos civis coletivos, conquistados no século XVIII, seguidos pelos direitos políticos, conquistados no século XIX, não só precedem, como devem se suceder cronologicamente na tomada de consciência do cidadão do século XX, quando, enfim e só então, se consolidam os direitos sociais.

Temos, então, associado ao atual conceito de cidadania, um grande repertório teórico e prático, cuja amplitude acompanha o próprio desenvolvimento das sociedades modernas. O cidadão atua em benefício da sociedade e esta deve garantir as condições básicas para a atuação benéfica do cidadão. A extensão dos direitos à totalidade da população garante universalização da consciência crítica, mas não possibilita, por si só, a liberdade e a igualdade, o que decorrerá de transformações profundas nas próprias condições objetivas de existência.

As relações existentes entre pessoas, entre coisas e entre pessoas e coisas resultam em modificações. Se Stoppino (2000) nos diz que as relações entre seres humanos baseiam-se em lógicas nas quais se inclui, inevitavelmente, o poder, significando a capacidade diferencial de impacto e modificação, Weber (1974) já nos dizia que, no campo social, o poder constitui um comportamento intencional e interessado, entre desiguais, gerando uma relação sujeito/objeto, sempre conflitual.

A compreensão de poder pode variar de acordo com o contexto ou a situação em que essa relação se desenvolve. Para Norberto Bobbio, poder admite uma definição genérica, que vai da capacidade geral de agir até, no que diz respeito ao campo social,

à capacidade do homem determinar o comportamento do homem. Mas, sobretudo, o autor distingue modalidades fundamentais do poder:

Poder político: o poder que está em condições de recorrer em última instância à força (e está em condições de fazê-lo porque dela detém o monopólio). Poder econômico: aquele que se vale da posse de certos bens necessários ou percebidos como tais, numa situação de escassez, para induzir os que não os possuem a adotar uma certa conduta, consistente principalmente na execução de um trabalho útil. Poder ideológico: aquele que se vale da posse de certas formas de saber, doutrinas, conhecimentos, às vezes apenas de informações, ou de códigos de conduta, para exercer uma influência sobre o comportamento alheio e induzir os membros do grupo a realizar ou não realizar uma ação. (BOBBIO, 2000:82),

Ao se organizar em grupos e lutar por seus direitos, o cidadão comum torna-se parte da sociedade civil. Mas nas relações de poder, existem grupos que são dominantes, pois participam das decisões mais importantes da sociedade, manipulando-as segundo seus interesses, enquanto a outra parte, formada pela grande maioria dos grupos, constitui os dominados. Nota-se que é impossível a não existência dos conflitos sociais permanentes e renovados entre os grupos, requerendo atitude, decisão ou política de Estado, quando este se concebe como mediador.

De acordo com Galbraith (1986) o estudo do poder deve considerar a análise dos instrumentos pelos quais ele é exercido e as “fontes de direito” para esse exercício, sendo que ambos os parâmetros alteram-se com a evolução das sociedades. Para o autor, há três instrumentos para o exercício do poder: a coação – que gera o poder “condigno”, no qual a submissão se dá pela imposição de alternativa “suficientemente desagradável ou dolorosa” à não capitulação; a recompensa – gerando o poder “compensatório”, em que a oferta de uma compensação, pecuniária ou social, leva à aceitação da submissão; e a persuasão – que gera um poder “condicionado”, no qual a submissão é conseguida pelo convencimento do que é apropriado.

Nos fóruns coletivos do SUS, como é o caso das conferências de saúde bucal, o poder também se manifesta na forma de conflitos, o modo condigno de exercício do poder é o escolhido pelos grupos melhor informados, com mais escolaridade e posições superiores na organização dos serviços, sobre os menos informados, os de menor escolaridade e os não trabalhadores do sistema.

c) Poder

As relações existentes entre pessoas, entre coisas e entre pessoas e coisas resultam em modificações. Se Stoppino (2000) nos diz que as relações entre seres humanos baseiam-se em lógicas nas quais se inclui, inevitavelmente, o poder, significando a capacidade diferencial de impacto e modificação, Weber (1974) já nos dizia que, no campo social, o poder constitui um comportamento intencional e interessado, entre desiguais, gerando uma relação sujeito/objeto, sempre conflitual.

A compreensão de poder pode variar de acordo com o contexto ou a situação em que essa relação se desenvolve. Para Norberto Bobbio, poder admite uma definição genérica, que vai da capacidade geral de agir até, no que diz respeito ao campo social, à capacidade do homem determinar o comportamento do homem. Mas, sobretudo, o autor distingue modalidades fundamentais do poder:

Poder político: o poder que está em condições de recorrer em última instância à força (e está em condições de fazê-lo porque dela detém o monopólio). Poder econômico: aquele que se vale da posse de certos bens necessários ou percebidos como tais, numa situação de escassez, para induzir os que não os possuem a adotar uma certa conduta, consistente principalmente na execução de um trabalho útil. Poder ideológico: aquele que se vale da posse de certas formas de saber, doutrinas, conhecimentos, às vezes apenas de informações, ou de códigos de conduta, para exercer uma influência sobre o comportamento alheio e induzir os membros do grupo a realizar ou não realizar uma ação.(BOBBIO, 2000:82),

Ao se organizar em grupos e lutar por seus direitos, o cidadão comum torna-se parte da sociedade civil. Mas nas relações de poder, existem grupos que são dominantes, pois participam das decisões mais importantes da sociedade, manipulando-as segundo seus interesses, enquanto a outra parte, formada pela grande maioria dos grupos, constitui os dominados. Nota-se que é impossível a não existência dos conflitos sociais permanentes e renovados entre os grupos, requerendo atitude, decisão ou política de Estado, quando este se concebe como mediador.

De acordo com Galbraith (1986) o estudo do poder deve considerar a análise dos instrumentos pelos quais ele é exercido e as “fontes de direito” para esse exercício, sendo que ambos os parâmetros alteram-se com a evolução das sociedades. Para o autor, há três instrumentos para o exercício do poder: a coação – que gera o poder “condigno”, no qual a submissão se dá pela imposição de alternativa “suficientemente

desagradável ou dolorosa” à não capitulação; a recompensa – gerando o poder “compensatório”, em que a oferta de uma compensação, pecuniária ou social, leva à aceitação da submissão; e a persuasão – que gera um poder “condicionado”, no qual a submissão é conseguida pelo convencimento do que é apropriado.

Nos fóruns coletivos do SUS, como é o caso das conferências de saúde bucal, o poder também se manifesta na forma de conflitos, o modo condigno de exercício do poder é o escolhido pelos grupos melhor informados, com mais escolaridade e posições superiores na organização dos serviços, sobre os menos informados, os de menor escolaridade e os não trabalhadores do sistema.

A seguir, as análises dos discursos dos sujeitos participantes da pesquisa, separadas por categorias e subcategorias.

1. A participação da comunidade como princípio constitucional: as Conferências de Saúde Bucal e o processo de construção social.

Dentro do tema cidadania e saúde, a questão da participação popular deve ser destacada, especialmente por se constituir também em direito garantido no texto constitucional, compondo uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde. Tomando-se como ponto de partida o princípio da participação da comunidade como direito dos usuários na gestão do SUS, observa-se que na fala dos entrevistados não há consenso quanto ao verdadeiro papel das conferências e conselhos:

Bom... Participação da comunidade é ela se envolver prá poder ela [mesma] dizer... As dificuldades que ela sente prá poder pleitear melhorias na atenção à saúde (PS 01).

Especificamente na lei, eu entendo...que toda a questão de recursos, participação e organização de serviços têm que ter a participação da população, não apenas na forma consultiva, como na prática se efetivou, mas inclusive no delineamento da política, na construção de opções de financiamento, no controle do financiamento, no controle das atividades desenvolvidas pelo sistema de saúde, e atuando como a força motriz do sistema de saúde, deveria ser o controle social através das esferas que foram criadas, as instâncias, conferências e conselhos, apesar desses dois instrumentos não serem os únicos instrumentos de controle social, a população pode se valer de outros instrumentos da sociedade, como a promotoria, como as associações, os órgãos de classe para reivindicar seus direitos.. não deve ficar restrito a luta do controle social aos instrumentos criados pela Lei, né? Lei 8142 o ministério público ou a própria organização da sociedade civil (G/P 02).

Eu vejo uma participação muito boa na defesa na questão dos profissionais. [...] é nessa conferência que a gente consegue passar as dificuldades que as categorias têm, né? Como as dificuldades também dos usuários são passadas nessas conferências para tentar chegar a um acordo para que se melhorem as condições, tanto dos usuários como do sistema e também da categoria (US 03).

Seriam mecanismos, né? Criados na lei para que as pessoas, a população em geral e os profissionais e os prestadores de serviços possam intervir nas políticas... de saúde, nas conferências, nos conselhos de saúde... Seriam esses espaços pra se ouvir, né... A voz, a vontade da população e das pessoas que fazem a saúde (PS 04).

As entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa tiveram como primeiro parâmetro a definição da concepção de participação da comunidade como preceito constitucional, pois tendo participado de conferências de saúde bucal, os mesmos poderiam defini-la sem maiores dificuldades.

Pela análise do discurso dos entrevistados pode-se perceber que o conceito de participação da comunidade, ainda que vivenciado pelos sujeitos, aparece na definição como algo distante, fora deles, sem que a inserção real apareça na fala: o sujeito participante é sempre um outro.

O entrevistado representante do segmento Gestor/Prestador, G/P 02, foi o único a descrever quais os instrumentos que realmente podem servir para que as pessoas possam exercer sua participação. Citando a Lei 8142/90, ele descreve que não são apenas os instrumentos descritos na lei que efetivam essa participação, mas existem outros dispositivos que podem servir para que o cidadão exerça plenamente esse direito.

Outros entrevistados, PS 01, PS 04 e US 01, definem a participação no sentido denotativo da palavra, pois fazem uma análise superficial do que seja participação da comunidade, sem um sentido mais profundo, consistente, crítico, do termo participação. A participação é uma ação em parceria, que parte de uma decisão consensuada ou por maioria, para uma prática que dê conseqüência ao decidido.

De acordo com Galbraith (1986) a participação do cidadão acontece na proporção em que ele acredita em sua própria voz e tem canais adequados para se manifestar. Demo (1995) registra que a organização e a consciência da sociedade podem levar a um capitalismo mais civilizado, e que nada preserva mais uma estrutura de poder iníqua do que a ignorância e a desinformação.

Segundo Rocha (2000), a educação faz-nos livres pelo conhecimento e que democracia é, literalmente, educação. Sendo, fundamentalmente, a formação do cidadão livre e consciente, base e condição para a democracia. Miranda (1977) afirma

que a capacidade dos cidadãos de julgar e participar do governo também está relacionada à quantidade e à qualidade da informação à qual eles têm acesso. Mas a informação não precisa apenas ser acessada ou ter sua circulação facilitada, é preciso que ela seja percebida e entendida, e essa capacidade somente pode ser desenvolvida com processos educacionais adequados.

A capacitação para o exercício da cidadania, porém, é providência que encontra discursos contraditórios na prática das relações vigentes de poder. Aprofunda as desigualdades e esgarça ainda mais o tecido social. Tecido social que é, segundo Silveira (1996), um tecido com o que há mais delicado na natureza humana. Mas o próprio processo de disseminação ativa do conhecimento pode ser parte de uma estratégia de manutenção do poder. Segundo Demo (1995), há uma grande diferença entre a ignorância que é mantida pela falta de conhecimento e a ignorância construída com base em um conhecimento truncado. Na primeira, o conhecimento é negado, na segunda, o conhecimento é distorcido ou comprometido apenas com a inovação tecnológica, para fins de aumento da competitividade, e não para o exercício da cidadania.

2. Cidadania: inexpressividade de um conceito?

A seguinte pergunta foi feita aos entrevistados: As conferências e os conselhos de saúde exercem plenamente seu papel na defesa da cidadania? Principalmente no direito à saúde bucal?

Não. Eu acho que não. Em minha opinião não, sabe? Em minha opinião eu acho que as conferências... eu até, como eu tô te falando, nas conferências eu até vejo... Eu até sinto a participação maior do povo...Eu acho que a gente precisaria, na verdade, trabalhar essa questão de cidadania (G/P 01).

Elas exercem plenamente. Mas... é muito dificultoso o que eu percebo é isso... é muita dificuldade de se conseguir a melhoria de saúde da população (PS 01).

Muito longe... Assim como a representação da democracia participativa também está muito longe de ser o espelho do que a população quer. Eles foram apenas instrumentos... Do que está escrito na constituição de 1988 para o SUS que nós temos tá muito longe ainda. Se a gente tivesse parado apenas nas duas leis orgânicas, a 8080 e a 8142, sem considerar todas as NOBS, as NOAS, os PACTOS que foram criados depois disso, mesmo assim, a gente estaria longe ainda, né?(G/P 02).

Plenamente (risos) é uma palavra forte, né? Eu diria que os momentos das conferências, aqui, no Ceará, ainda, eu acho que ainda não foram tão democráticos assim, em termos de divulgação, pra que todas as pessoas interessadas, que tivessem vontade pudessem participar, eu acho que ainda fica muito nos guetos dos profissionais, né, e a população de certa forma, é uma população cooptada por interesses políticos, né? (PS 03).

As respostas proferidas pelos entrevistados G/P 01 e PS 03 dão uma conotação irônica de como foi tratado o assunto. Esses entrevistados fazem críticas à maneira de como é concebido o exercício da cidadania e que a divulgação dessas conferências deveriam ser maiores.

Por ter um conhecimento muito sólido da legislação, o entrevistado G/P 02 afirma que a questão da democracia participativa está muito aquém do que realmente se poderia alcançar.

O discurso proferido pelo entrevistado PS 01 vai de encontro às outras entrevistas. Ele se contradiz quando afirma que as conferências de saúde e os conselhos exercem plenamente seu papel na defesa da cidadania em saúde bucal. Mas, logo a seguir, afirma que há dificuldades no exercício pleno desse direito.

Para Silva (1999), a participação da população garante melhor qualidade aos serviços de saúde, porém esta participação só ocorre quando é possibilitada por meio da informação.

De acordo com Assis (2003), o exercício da cidadania e a informação se reforçam mutuamente, pois há uma confluência entre o interesse do usuário em acompanhar e exigir uma boa qualidade do serviço prestado pelo SUS, com o interesse do serviço em informar e ser informado sobre falhas e inadequações, no esforço de aprimorar suas ações. E afirma, também, que são processos inacabados. E que somente as participações sociais ativas, informadas e democráticas contribuem na esperança e na crença de que a saúde é um valor humano inquestionável, um direito básico de cidadania, que é construído por sujeitos individuais e coletivos.

Reforçando este contexto, o Relatório Final da II CNSB afirmou, na sua introdução, que:

a saúde bucal é parte inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com o saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, acesso e

posse de terra, aos serviços de saúde e à informação. (BRASIL, 1993: 6).

Nesta categoria, emerge a questão da interferência política, sobretudo nos discursos dos entrevistados PS 01 e US 02, que se referem à interferência política dentro das decisões tomadas pelos delegados nas conferências de saúde bucal. Os relatos acerca da interferência política nas decisões tomadas nas conferências podem ser avaliados pelos discursos a seguir:

Olhe, há uma dificuldade muito grande na minha cabeça que eu percebo, nesse segmento onde a interferência política atrapalha a resolubilidade... E tudo aquilo que vem para o interesse das maiorias, então, elas tentam... Até que elas tentam nos seus pleitos (PS 01).

Os representantes nas conferências das associações dos moradores ainda são muito utilizadas pelos políticos, eu acho que nisso num se tem esse exercício pleno da cidadania (US 02).

O representante do segmento de profissionais de saúde PS 01, demonstra a frustração, no processo participatório, em relação à defesa de questões de interesse da maioria. Pode-se observar no discurso do representante do segmento usuário US 02 a decepção em relação à influência de políticos nas decisões das conferências, através das associações de moradores.

Para Cortes (2002), a participação dos usuários nos conselhos e conferências é influenciada pela posição das autoridades municipais, estaduais e federais de saúde sobre sua participação. A posição das autoridades de saúde, políticos ou não, pode ser considerada como decisiva, pois muitas vezes eles dirigem o conselho e a organização da conferência. E mesmo quando não é esse o caso, como gestores, eles influenciam diretamente, por meio da formação da agenda de discussão, no funcionamento geral do fórum, na possibilidade de cumprir as decisões ali tomadas e na possibilidade de pressionar os demais gestores e os prestadores de serviço de saúde para o cumprimento das decisões.

Outra forma dos gestores influenciarem nas decisões é a postura adotada quanto às discussões sobre financiamento, por exemplo. Ao limitar as pautas de discussão, nos conselhos, o gestor pode fazer com que assuntos importantes para as políticas de saúde municipal permaneçam fora da agenda de discussões e as decisões

relativas a elas sejam tomadas em gabinetes, fora do escrutínio público (CORTES, 2002).

Outro item que emergiu com força de uma subcategoria foi a questão das conferências como espaço de concretização do direito à saúde e exercício de cidadania, no campo da saúde bucal.

Bom o princípio em si, sim, em princípio, sim, mas quando você vai colocar isso na prática você encontra uma série de dificuldades [...] primeiro o próprio entendimento sobre o controle social e o próprio conhecimento e entendimento da população [sobre] o SUS [...] Agora na prática existe uma série de dificuldades, o próprio entendimento dos gestores, você observa que boa parte dos gestores eles não têm um entendimento claro sobre o controle social, então, às vezes, ele passa por cima de muitas decisões das conferências. E, na saúde bucal, como uma política setorial como uma política específica, você também tem essa dificuldade, não somente na bucal existe uma dificuldade de se implementar no concreto (US 04).

Essa é uma questão de essência... Não poderia ser formulada dessa maneira, é muito mais exercer plenamente o papel na defesa da cidadania de saúde bucal nas conferências nacionais de saúde bucal [...] se coloca mais como um ideal, nesse sentido a realidade é mais uma aproximação com o ideal... as conferências de saúde bucal podem servir como esse espaço (PS 03)

Apesar dos dois discursos serem aparentemente diferentes, eles conseguem descrever de duas maneiras como se dá a referida concretização:

O discurso do entrevistado do segmento usuário, US 04, disserta sobre a dificuldade de se colocar na prática as questões debatidas e votadas nas conferências de saúde bucal e desvela a frustração de como esse processo não atua além da discussão, não tendo força de implementar o que foi discutido e decidido.

O discurso do entrevistado representante do segmento profissional de saúde, PS 03, extrapola o sentido dessa participação como instrumento para concretização do direito à saúde como exercício de cidadania.

A saúde, como premissa básica no exercício da cidadania do ser humano, constitui-se de extrema relevância para a sociedade, pois a saúde diz respeito à qualidade de vida, escopo de todo cidadão, no exercício de seus direitos.

Escorel (1995) afirma que a saúde é o bem maior, possui um valor universal constitutivo da humanidade, e é um componente fundamental para a cidadania. A fim de manter-se saudável, o homem, através dos tempos, busca fórmulas, desenvolve pesquisas, tentando com isso, a cura das doenças, a harmonia e a preservação do

corpo e da mente. De acordo com Berlinguer (1996), a exigência de alcançar um nível maior de saúde é uma íntima e antiga aspiração humana, mas só foi alcançada por muitos na segunda metade do século XX. Por outro lado, a OMS preconiza, desde o início da década de 1950, que saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outro agravo. Faz-se necessário recordar aqui que esse conceito de saúde da OMS foi superado no Brasil, desde 1986, época em que foi realizada a VIII CNS, quando se formulou um conceito mais crítico e discriminativo, estendendo-o para a integralidade do cuidado e para a intersectorialidade da articulação de ações, envolvendo as dimensões sociais, econômicas e política.

O Brasil possui uma Constituição Federal plena de direitos e garantias fundamentais. Existe uma preocupação muito grande em respeitar todos, mas, mesmo vigindo uma “Lei Forte”, base importante para que os cidadãos lutem pelos seus direitos, outros elementos da vida sócio-político-econômica brasileira falham e a prática da Lei ocorre de modo precário ou parcial.

Além disso, a Constituição de 1988 declara, em seu Art 25, que “todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem estar”. Em seu Art. 196 refere que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações de serviço para sua promoção, proteção e recuperação”, indicando os princípios e diretrizes legais do SUS. A Lei Orgânica da Saúde, que é composta pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8142/90, já referida anteriormente, regulamenta estes princípios, afirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano. Essa mesma Lei regula ainda as ações e serviços e traz no Título I, Art. 2º que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. E no seu Art. 3º refere que a saúde tem fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a moradia, o trabalho, o saneamento básico, o meio ambiente, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a; 1990b).

O direito humano à saúde é reconhecido por tratados internacionais, como é o caso da vinculação histórica do Brasil à Organização das Nações Unidas-ONU, na

Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que guarda os conceitos fundamentais e os direitos humanos universais (liberdade, igualdade, fraternidade, saúde, educação, trabalho, moradia, lazer, paz e dignidade).

No Brasil, a luta pela saúde é antiga, mas só ganhou espaço maior depois de muitas mobilizações populares e todo um processo de conscientização de cidadania. As políticas de saúde no Brasil trilharam, na sua história, um caminho marcado por diversas fases até a conquista final do direito à saúde. A luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção.

Considerando a afirmação do Estado Democrático de Direito, foram elaboradas as leis que “regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde”, conformes ao mandamento constitucional, conhecidas como LOS. A LOS é o conjunto de duas leis editadas para dar o cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde, prevista como tarefa de competência concorrente. Portanto, a LOS contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem, em seus respectivos territórios, o direito à saúde para seus povos. Conseqüentemente, sempre que uma esfera de poder político atue, seja materialmente, seja normatizando, está obrigada à disciplina imposta na LOS. Assim, todas as ações e serviços de saúde, executados, isoladamente ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privadas (Lei nº 8.080, Art. 1º) são reguladas pela LOS, destinada a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde.

Diante das considerações, podemos afirmar que a Constituição Brasileira assegura o direito à saúde, prevê a criação de um sistema de saúde democrático, comprometido com as necessidades da população. Entretanto, na prática, os entrevistados observam a violação da maioria desses princípios e apontam a contradição entre a natureza democrática, universalista e equânime da Lei e a natureza autoritária, competitiva e concentracionista do modelo econômico.

A política de saúde pública no Brasil está longe de apresentar um todo coerente. Sem dúvida, ocorreram progressos importantes no que se refere à solução ou controle de doenças. Mas o caminho a percorrer para se alcançar um estado compatível é ainda longo e difícil, para que o nosso estágio de crescimento econômico, entre os 10 maiores PIB do mundo, se torne desenvolvimento econômico auto-sustentado e orgânico. É indispensável, especialmente, uma melhoria generalizada na oferta e na qualidade desses serviços, além de maiores investimentos, tanto em infraestrutura como na formação de recursos humanos.

Manfredini (1997) afirma que não há registro da existência de movimentos de caridos ou portadores de doenças periodontais ou de câncer bucal na sociedade brasileira. Das doenças que acometem a cavidade bucal ou a face, só se observam organizações de usuários referentes a pais e mães de crianças portadoras de fissuras e fendas lábio-palatais. Nem a luta por uma dentadura leva a que se constitua um movimento de desdentados. Portanto, a pressão por saúde bucal na sociedade brasileira é difusa e quase sempre se restringe à reivindicação genérica de acesso ao dentista.

Para a universalização do direito à saúde, a exigência é que haja a reinvenção dos espaços públicos, como espaços de convivência cívica que pressuponham o público como igualitário, o reconhecimento do outro como sujeito de direitos legítimos e a consolidação de uma cultura política democrática desprovida de privilégios. Somente dessa forma será vencido o grande desafio da construção de uma cidadania com um sentido de pertencer a cada brasileiro, trazendo o senso de responsabilidade pública que permita aos sujeitos se reconhecer como cidadãos. As Conferências de Saúde Bucal se propõem a servir como instrumento para a concretização do direito à saúde como exercício de cidadania.

3. As relações de poder dentro das conferências de saúde bucal: uma realidade.

As relações de poder norteiam a vida do ser humano. O poder constitui no campo social um comportamento intencional e interessado, entre desiguais, gerando uma relação,

neste caso, de conflitos entre sujeitos. A seguir, os discursos produzidos pelos sujeitos da pesquisa, representantes dos diferentes segmentos da sociedade.

As associações dos moradores ainda são muito utilizadas pelos políticos, eu acho que nisso num se tem esse exercício pleno da cidadania (US 02).

Quando a gente faz uma reunião do Conselho Municipal, os poucos representantes que tem da população não estão lá para opinar, eles não estão prá realmente dizer o que acham, qual a opinião deles e o que é que eles estão vendo, como é que eles estão acompanhando esse processo, eles estão mais lá para aplaudir e para concordar e aprovar as propostas do gestor (G/P 01).

O discurso do representante do segmento de usuários US 02 denota a preocupação quanto ao verdadeiro papel das entidades representativas de usuários quando estão decidindo as políticas de saúde nesses fóruns.

O representante do segmento gestor/prestador G/P 01, no seu discurso, faz uma crítica aos próprios componentes representantes da sociedade no conselho de saúde, referindo a conivência existente entre a figura do gestor e dos demais participantes.

O discurso técnico e burocrático assume nestes organismos um papel preponderante nos processos de negociação onde a questão do “saber” passa a representar, frente aos grupos populares, um importante mecanismo de legitimação de “poder”, pelo “discurso competente” da tecno-burocracia. E afirma ainda que a ruptura de tal dinâmica implica na apropriação, por parte destes grupos, dos saberes necessários aos processos de gestão do SUS (SILVA, 1999).

Dahrendorf (1981) afirma que, onde quer que se agrupem os homens e criem formas socialmente organizadas, sejam quais forem as posições sociais dentro de um campo concreto e em relação aos demais, há alguns que possuem poderes de dominação e outros que se encontram submetidos a esses mandatos. E, ainda, estar acima ou abaixo é uma das experiências fundamentais da maioria dos homens em sociedade e esta distinção está estreitamente relacionada com a desigual distribuição do poder.

Nas entrevistas realizadas com os sujeitos emergiu, com a força de uma subcategoria, a relação entre saber e poder. O pressuposto é o de que o conhecimento

serve como meio e ferramenta de exercício do poder. Os discursos dos entrevistados vêm corroborar com essa afirmativa.

Vêm pessoas que defendem outras propostas pedir pra você votar na plenária a favor deles. Não sei não, eu ficava desconfiado, só porque era dentista... Às vezes eu votava...Outras, não (US 03).

Nas reuniões... nos grupos de trabalho, todos defendiam suas propostas... Os mais inteligentes... Os dentistas, os representantes de comunidades e os do governo pediam pra votar a favor das propostas deles. Nem sabiam explicar... mas pediam (US 02).

Os dentistas que faziam parte do setor do governo/gestor apareciam sempre como conhecedores das propostas que defendiam... nos grupos de trabalho... explicavam porque se devia votar a favor das propostas (US 01).

O delegado US 03, no seu discurso, mesmo desconfiado e não sabendo do que se tratava, vota a favor das propostas, pelo simples fato de que a pessoa que fez a solicitação era um CD. O tom crítico do discurso do delegado US 03 já denota que o mesmo possui mais discernimento nas suas escolhas.

O discurso do representante do segmento usuário US 01 tem uma postura neutra em relação às pressões exercidas pelos delegados de outros segmentos, limitando-se apenas em descrever a pressão exercida pelos mesmos.

A diferença de saberes entre os diferentes segmentos representados nas conferências de saúde bucal foi identificada pelos entrevistados como uma forma de exercer o poder nas decisões postas em votação na plenária. Há disparidade entre os representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais da área da saúde bucal em relação aos usuários. Os representantes do governo pressionam para que as propostas já elaboradas pelo CESAU ou mesmo pela SESA sejam aprovadas, pois mencionam que sabem mais sobre o assunto e a legislação. Os usuários não têm acesso a informações a este respeito.

No caso dos profissionais de saúde, existem as questões relativas á parte técnica do trabalho e da legislação específica, assunto que os representantes dos usuários desconhecem. Os usuários além de terem que dar conta de seu trabalho, muitas vezes totalmente diverso destas questões, e da sua militância social, precisam saber das questões de conteúdo da saúde e das legislações próprias. Então, procuram

aprovar propostas relativas à sua área de conhecimento ou que estejam intimamente relacionados, como se fossem questões de ordem geral, a afetarem toda a população.

Para Viana (1995), os representantes dos usuários nos fóruns participatórios apresentam dificuldades, muitas vezes, de ordem prática no domínio das contas públicas e de outras informações mais técnicas como, por exemplo, fontes de recursos, legislação, gerenciamento, planejamento e organização da atenção. Não têm informação quanto ao aparato administrativo, convertendo-se em um empecilho à participação mais qualificada nestes fóruns.

Essa relação entre saber e poder tem sido amplamente abordada na literatura, notadamente no campo relacionado à Educação, por autores que discutem currículo, educação popular e educação e trabalho (JACOBI, 1993; THIOLENT, 1994; DEMO, 1995). Encontra-se presente, ainda, nos estudos relacionados à participação de usuários nos conselhos de saúde (SILVA, 1999; CORTES, 2002). O processo de apropriação do saber nestes autores constitui-se como condição de ampliação de poder por parte dos diferentes sujeitos.

4. A concretização das diretrizes de políticas de Saúde Bucal: as CNSB como um meio possível.

A concretização das políticas de Saúde Bucal, uma questão relevante desse estudo, emergiu após a indagação se algumas das diretrizes expostas e aprovadas nas CESB ou CNSB foram efetivadas, tornando-se uma prática política em Saúde Bucal.

Recentemente eu vi um documento oficial produzido no âmbito do MS, na área técnica de saúde bucal e seus assessores, que foi publicado com o apoio da OPAS, em que é apresentada a política, a atual Política Nacional de Saúde Bucal... O Brasil Sorridente e é feita uma análise da evolução das políticas de saúde bucal no país e, curiosamente, a contribuição do Ceará nesse processo não é de nenhum modo referida (PS 03).

Não, na verdade, a conferência aconteceu depois que a política já estava praticada, né? Então, assim, eu não posso te dizer se realmente a conferência veio desencadear pra que aquela política fosse implementada, eu acredito isso, por que, por exemplo, a questão da ampliação das equipes de saúde bucal no PSF já era uma política, mas era uma política que ainda não tinha sido implementada, tava em processo (G/P 01).

Não, eu não conheço nenhuma (US 03).

Sim. Você agora me pegou. Por exemplo, o estado do Ceará sempre procurou ver a questão da ampliação da atenção odontológica, na área da saúde bucal, que é isso que nós estamos conversando aqui, né? Ampliar a questão da fluoretação das águas... A questão da distribuição de dentífricos e escovas, material de prevenção... E isso foi contemplado. Isso foi contemplado [...] então esses pleitos foram colocados. A questão salarial também, sempre acontecia essa questão do pedido da melhoria da condição salarial, das gratificações, da condição de trabalho, isso eram pleitos que a gente via que sempre faziam parte das conferências (PS 01).

Nos discursos proferidos pelos entrevistados, nota-se que o grau de conhecimento sobre o tema abordado foi muito disperso. O entrevistado representante do segmento profissional de saúde, PS 03, por já ter ocupado um posto de gestor na SESA, possui um conhecimento mais apurado sobre a temática, mas se resume simplesmente a citar a recente Política Nacional de Saúde Bucal, nada falando sobre outras políticas. O mesmo pode ser sentido na afirmação do representante do segmento Gestor/Prestador, G/P 01, que cita o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal, antes da realização da III CNSB, e a incorporação do CD na equipe do PSF.

O representante do segmento Usuário, US 03, representa a totalidade dos entrevistados de seu segmento, quando afirma que não se lembra de diretrizes votadas e aprovadas nas CESB e, posteriormente, nas CNSB, que se tornaram prática legal.

O entrevistado representante do segmento Profissional de Saúde, PS 01, tece comentários acerca de proposições que sempre nortearam as CESB e as CNSB, como a questão da fluoretação das águas de abastecimento público, materiais básicos de prevenção, e questões relacionadas ao desempenho profissional, como salários, gratificações e melhorias das condições de trabalho. A visão dos trabalhadores aparece de modo reducionista, focada nos meios e nos insumos, sobretudo focada no valor de venda da própria força de trabalho. A prática histórica do poder público enfatiza a política como técnica e a prática histórica dos sindicatos enfatiza o trabalho como mercadoria. Segundo Lyda (1998), a forma de conhecimento do modelo capitalista exclui da Odontologia (produção, organização e formas de trabalho) o que há nela de essencial, a sua humanidade, que é o trabalho e as relações sociais, e sua historicidade, daí o discurso se resumir basicamente às questões salariais.

De acordo com Lucchese (2002), as políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação

política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. As políticas do subsetor Saúde Bucal inserem-se nesta definição.

As políticas públicas variam de acordo com o grau de diversificação da economia e da sociedade, com a natureza do regime político e com o nível de atuação e participação dos diferentes grupos sociais (sindicatos, partidos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade). Avritzer (2002) salienta que o processo de democratização brasileiro é marcado pela ação coletiva de atores sociais que, em sua luta contra o autoritarismo, limitam o poder do Estado, geram potenciais organizativos no terreno da sociedade civil e constroem alternativas de organização social e política. Seguindo o mesmo pensamento, Dagnino (2002) ressalta que a experiência de construção democrática brasileira caracteriza-se pela possibilidade de trânsito de projetos configurados no interior da sociedade civil para o âmbito do Estado, endereçados à democratização das políticas públicas, em especial na esfera local.

Em Saúde Pública, as políticas públicas integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. A tarefa específica da Saúde Pública, em relação às outras políticas públicas da área social, consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI, 2002).

As políticas públicas de saúde no Brasil são efetivadas desde 1988, com a promulgação da Constituição Federal, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade e intersectorialidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

A Carta Magna Brasileira adota o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, além de determinar que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Mas, as lutas sociais que alcançaram a aprovação de um conjunto qualificado de Leis, cujo objetivo é estabelecer a qualidade de vida da população como a finalidade transcendente do Estado, estão sendo frustradas na prática do SUS. O controle social, de cujos dispositivos as Conferências fazem parte, não consegue transferir, de modo

significativo, suas deliberações para o Poder executivo, em qualquer de seus níveis. O que os entrevistados demonstram em suas falas é uma parcial apartação entre deliberações das Conferências e práticas concretas das Secretarias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Considerações Gerais

Na Constituição de 1988, devido às reivindicações de participação da sociedade brasileira na gestão das políticas sociais, principalmente nas de saúde, foram criados mecanismos participatórios, como os conselhos de saúde e as conferências de saúde. Os conselhos e as conferências foram incorporados à Constituição, na suposição de que se tornariam canais efetivos de participação da sociedade civil, como forma inovadora de gestão pública, permitindo o exercício de uma cidadania ativa na qual deu à sociedade condições de gerir seus problemas e implementar políticas de saúde destinadas a solucioná-los.

As Conferências de Saúde Bucal no Brasil, nos três níveis de poder, são dispositivos para a construção de diretrizes da política setorial de saúde. A questão da cidadania social e da democracia participativa é importante para a execução dessa prerrogativa. Cabe então se perguntar: Como essas diretrizes poderão ser instrumentalizadas e, posteriormente, operacionalizadas se os delegados efetivos com direito à voz e voto, representantes da sociedade, não perseguem as decisões forjadas e exaustivamente debatidas nas plenárias? Como fazer mobilização política para a concretização dessas diretrizes? Qual o real papel político das Conferências de Saúde Bucal? Que controle social exercem as Conferências de Saúde Bucal? Como se pode medir a efetividade da ação das Conferências de Saúde Bucal?

Perseguindo essas indagações o presente estudo teve por finalidade preencher uma lacuna deixada pelos poucos trabalhos que tentam identificar o poder emanado por esses fóruns, que estabelecem as diretrizes construídas pelo poder cidadão. O enfoque dado por este estudo tem ainda por finalidade trazer à tona, através da análise dos discursos dos sujeitos e dos documentos, as discussões que fizeram parte na construção das propostas de políticas de saúde bucal na atenção básica do estado do Ceará. Principalmente àquelas colocadas como prática legal.

Objetiva e criticamente, tentou-se analisar a presença das decisões emanadas das conferências estaduais cearenses no plano das conferências nacionais de saúde

bucal e ainda a capacidade das decisões das conferências estaduais de se tornarem práticas legais nas políticas públicas de saúde bucal coletiva do estado do Ceará.

A temática abordada por este estudo apresentou-se de grande importância, para que se pudesse compreender o processo de democracia participativa no campo das políticas públicas de saúde, iniciado pelas conferências, de modo dinâmico, com resultados e impacto reais. Sem isso, resta uma cena teatral vazia, um simulacro do processo democrático. Por esse motivo a questão da participação passa a ser um elemento fundamental no processo decisório das políticas públicas, especialmente no caso da política de saúde bucal.

Constatou-se, também, a ocorrência bastante sumária de trabalhos científicos que equacionam o problema. Os Relatórios Finais oriundos das discussões, votados e aprovados nas plenárias das Conferências de Saúde Bucal, constituem-se em textos primários, de grande riqueza, procurando estudos que os expliquem.

As primeiras conferências a terem seus Relatórios Finais analisados foram a I Conferência Estadual de Saúde Bucal e a II Conferência Nacional de Saúde Bucal – ambas de agosto de 1993. Posteriormente, foram analisados os documentos referentes às conferências realizadas em 2004 – a II CESB e a III CNSB.

A I Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada conjuntamente com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, não entrou nesta análise, pois não obedeceu aos pré-requisitos apresentados no Tratamento Metodológico.

Os documentos relacionados a I CESB só foram resgatados pela intervenção da Profª Clélia Nolasco, pois a mesma participou e guardou os documentos referentes àquela conferência. O Conselho Estadual de Saúde, órgão responsável pela história documentada das referidas conferências, não possuía em seu acervo o material relacionado a I CESB. Não fosse o interesse pessoal de uma pesquisadora, os documentos não teriam sido recuperados.

O material relativo ao tema abordado é muito escasso, pois a quantidade de trabalhos científicos sobre o assunto resumiu-se, quase todos, na análise de Relatório Final de conferência de saúde, ou em traçar perfil de delegados ou na abordagem de subtemas, como equidade, participação da comunidade, informação ou controle social, e não em conferências setoriais, como a de Saúde Bucal.

2. Conclusões.

As propostas geradas nas CESB ou, mesmo, nas CNSB não conseguiram sensibilizar o Governo Federal na elaboração de políticas de Saúde Bucal no estado do Ceará. As políticas de Saúde Bucal no Brasil caracterizaram-se sempre como políticas federais. O Ceará só veio criar uma pasta específica para a Saúde Bucal em 1971 e a normatização desta pasta só ocorreu em 1977. Mas, mesmo após a descentralização, a Saúde Bucal sofre pela ineficiência na aplicação de recursos.

No âmbito estadual, a esperança reside na Política Nacional de Saúde Bucal, de 2004, que apresenta como carro-chefe o Programa Brasil Sorridente, o Programa Dentista da Família, a criação dos Centros Especializados de Odontologia e a inserção definitiva do CD no PSF. Espera-se que os dados coletados no SB Brasil sirvam de parâmetro para o planejamento e adoção de políticas de Estado, pois os dados de 2003 estão envelhecendo e é necessário uma política mais eficaz, eficiente e efetiva em Saúde Bucal.

Apesar dos entrevistados terem participado de conferências municipais, estaduais e/ou nacionais, ficou comprovado o pouco conhecimento dos mesmos acerca do tema. O período que compreende a I Conferência Estadual de Saúde Bucal e a II Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1993, foi considerado pelos entrevistados como muito distante e raramente algum fato relacionado com as mesmas foi lembrado, somente questões de natureza genérica eram indicadas.

A partir da análise das entrevistas obtidas (n=10), como previsto no Tratamento Metodológico, pode-se afirmar, no geral, que:

- a) Os representantes do segmento usuário são os que menos têm conhecimentos sobre o processo participatório nos fóruns institucionalizados, conselhos e conferências.
- b) Os representantes do segmento usuário são, devido à falta de informação, os que mais sofrem cooptação nas votações de propostas.
- c) Os representantes do segmento gestor/prestador possuem mais criticidade sobre suas decisões que os outros representantes.

- d) Os representantes do segmento gestor/prestador são os que exercem maior poder sobre as decisões dos outros dois segmentos.
- e) Os representantes do segmento profissional de saúde são os que mais lutam por propostas que estão intimamente ligados com sua profissão, como salários e condições de trabalho.
- f) As questões técnicas relativas à profissão são, também, as mais defendidas pelo segmento profissional de saúde.

Os tópicos relacionados a seguir condensam as conclusões possíveis em referência ao que os sujeitos afirmam sobre as perguntas norteadoras: o que das conferências estaduais são incorporados nas nacionais? O que das conferências estaduais são praticados pelo executivo estadual?

Salienta-se o caráter dispersivo, fragmentado das propostas locais nas CESB. A menos que sejam construídas redes de coordenação efetiva entre os governos locais com outros níveis de governo, a ausência de mecanismos institucionais que garantam continuidade no âmbito local leva à fragmentação das experiências e à diferenciação negativa de ações.

As ações propostas são sempre muito repetidas, de conferência a conferência, demonstrando que não foram implantadas de modo consistente ou que os atores estão prisioneiros do já conhecido: a obrigatoriedade da adição de flúor às águas de abastecimento público, a forma intempestiva de convocação das conferências, a periodicidade irregular das conferências, a falta de disseminação de suas decisões, além de questões salariais e condições de trabalho.

É conclusiva, nos Relatórios Finais das CSB, a preocupação sentida em relação ao pobre papel desempenhado pelos Conselhos de Saúde no que se refere à fiscalização dos recursos financeiros e à real efetivação do SUS.

Em 1993, das propostas aprovadas em plenária na I CESB, 10% delas foram reproduzidas na II CNSB. Em 2004, ano da realização da II CESB e III CNSB, as contribuições que tiveram ressonância nacionalmente caem para 8% das propostas aprovadas no nível estadual.

O executivo assume sempre um protagonismo muito maior que o desempenhado pelos dispositivos do controle social e da democracia participativa. As

conferências são usadas mais para homologar projetos do Executivo, enquanto este, no caso do Ceará, muito pouco aplicou do conjunto de propostas oriundas das conferências.

Encontrar o meio para garantir efetivamente o direito à saúde é a tarefa que se impõe de modo urgente aos atuais constituintes brasileiros. As CSB desempenham esse papel, mas não basta apenas declarar que todos têm direito à saúde; é indispensável que cada esfera do governo, federal, estadual e municipal, organize os poderes do Estado e a vida social, de forma a assegurar a cada pessoa esse direito.

É função de todo profissional ligado à área da saúde bucal contribuir para o debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal que possibilitem também a garantia do direito à saúde. Essa tarefa se faz necessária porque existe uma desarticulação entre a formulação, a implementação e a gestão de saúde dentro do próprio Estado, que faz com que as políticas acabem se afunilando e resultando apenas em prestação de serviço de diversas naturezas, o que faz com que o direito à saúde se dissolva ou fique abstraído nesse cenário. Como não se avança na questão da equidade, o direito à saúde fica mais camuflado e passa a ser percebido pela população como privilégio, concessão, produto de uma relação contratual e seletiva. Assim, o usuário ou usuária do serviço de saúde tem uma percepção restrita desse direito, no plano da cidadania, pois ainda se identificam como pacientes/usuários ou usuárias do serviço e não como sujeitos ou cidadãos em gozo de um direito.

A conquista de uma cidadania efetiva e organizada vai depender dos indivíduos, em suas ações diárias. As CSB são fruto dessa conquista, mas não basta à cidadania ser um estado de espírito ou uma declaração de intenções e que ser cidadão é compartilhar com os outros a chance de viver a própria história, recusar a inércia. A cidadania é também resultado da convivência social, e essa convivência social se desenvolve contando com determinantes econômicos, políticos, históricos e culturais, pois, conviver demanda reciprocidade, solidariedade, respeito ao próximo e generosidade.

As políticas de Saúde Bucal no Ceará seguem um padrão retardatário em relação ao resto do país e as CNSB pouco servem de esteio, com suas propostas

votadas e aprovadas nacionalmente, para suprir e servir de modelo para a construção de políticas públicas em Saúde Bucal.

3. Recomendações.

A partir dos resultados do estudo ora concluído pode-se oferecer, de modo positivo e aberto, alguns subsídios para a construção de políticas de saúde bucal democráticas, eqüitativas e efetivas. Essas recomendações estão relacionadas mais diretamente ao governo, aos representantes dos usuários nos conselhos e conferências, aos profissionais da saúde bucal e aos pesquisadores.

Ao Governo:

- Que as discussões, materializadas no Relatório Final da CNSB, sirvam realmente de base para a construção e a implementação de Políticas de Saúde Bucal, levando-se em conta as dimensões epidemiológicas, sociais e econômicas das diversas regiões do Brasil e construindo agendas locais coerentes com as especificidades de cada realidade.
- A realização de fóruns permanentes de discussão, para a construção de uma agenda em Saúde Bucal, só se conseguirá com fortalecimento da competência dos diversos atores sociais para uma atuação orgânica e consistente nos processos de definição, implementação e avaliação dessa agenda de prioridades governamentais.
- Formulação urgente de projetos alternativos em Saúde Bucal, sobretudo daqueles com responsabilidade direta sobre a condução da política setorial, como são os gestores da saúde.
- Construção de Políticas Públicas que visem reduzir as enormes desigualdades sociais e de saúde cada vez mais evidenciadas nos processos simultâneos de globalização e descentralização;
- Criar e fortalecer na gestão governamental o exercício ético e eficaz na busca de novas formas de organização administrativo-institucional da ação do Estado, com maior participação social e respeito à institucionalidade do controle social já existente no próprio SUS;

Aos representantes dos usuários nos conselhos e conferências:

- Que as decisões das CSB sejam repassadas para os municípios, no Conselho de Saúde, pelos delegados que participaram das respectivas conferências.
- Participar realmente de forma efetiva dos fóruns de discussão, e aí estão incluídas as CSB, voltados para o enfrentamento dos problemas de Saúde Bucal.
- Lutar pelo cumprimento das deliberações das CSB, por meio dos conselhos de saúde, Ministério Público, o Tribunal de Contas, além dos diversos grupos de interesse que estão agregados ao setor saúde, o setor privado, as associações profissionais, as associações de prestadores de serviços, os partidos políticos, as organizações não governamentais e as associações de moradores.
- Lutar pelo controle social efetivo, impedindo que as decisões sejam tomadas à revelia dos conselhos e das conferências, pelos gestores.
- Procurar se informar das decisões tomadas nas CSB, e participar dos debates das propostas aprovadas, impedindo que haja desvio ou má interpretação das proposições.

Aos Profissionais da Saúde Bucal:

- Incluir, nas pautas de trabalho das entidades dirigentes da categoria odontológica, as discussões que forem condensadas no Relatório Final das respectivas CSB.
- Lutar pela humanização das condições de trabalho e da atenção ao usuário do SUS.
- Que os profissionais de saúde bucal, representados nos Conselhos de Saúde, após o término de uma CSB, se integrem nas discussões para a concretização das propostas votadas e aprovadas nas CSB.
- Que os profissionais de saúde bucal participem da rotina de funcionamento da conferência e se mobilizem para encurtar esse distanciamento temporal entre a realização de uma conferência e a efetivação de suas propostas.

Aos Pesquisadores:

- Que as pesquisas científicas auxiliem na tomada de decisões mais conscientes dos gestores, adequando as Políticas de Saúde Bucal às realidades, sempre em mutação.
- Que as pesquisas científicas levem em consideração as prioridades, principalmente nas questões transversais, como é o caso das Políticas de Saúde Bucal.

- Que as pesquisas científicas compreendam a avaliação das Políticas de Saúde Bucal para a detecção de fragilidades e reorientação de ações.
- Que as pesquisas científicas, nos aspectos qualitativo e quantitativo, apontem o grau de intervenção do Estado na execução de Políticas de Saúde Bucal e os interesses que tais intervenções atendem.
- Que as pesquisas científicas, avaliem a participação cidadã nas decisões de diretrizes para a Saúde Bucal e apoiem sua prática, pois, no caso das Conferências de Saúde Bucal, a concretização das propostas populares depende do grau de efetividade do controle social exercido, que tem uma dimensão cultural, ideológica e política, mas tem uma dimensão técnica que precisa ser apropriada pela população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M. H. M. G. & WERNECK, M. A. F. **Sistema Incremental no Brasil: uma avaliação histórica.** Arq. Odontol. 1998. 34(2): 121-131.

ANDRADE, L. O. M. de. **SUS passo a passo: gestão e financiamento,** São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** mai/jun; 11(3): 376-82, 2003.

AVRITZER, L.; PEREIRA, M. de L. D. **Democracia, participação e instituições híbridas.** Belo Horizonte: DCP/NUPASS, 2002. Mimeo.

BADEIA, Marcos & MENDES, Eugênio V. **Odontologia Integral: bases teóricas e suas implicações no ensino e na pesquisa odontológica.** Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985.

BERLINGUER, G. **O direito a vida e a ética da saúde.** Lua Nova, São Paulo; 30: 121-143. 1996.

BLEICHER, Lana.; **Participação popular e controle social em saúde.** Fortaleza. 2002. mimeo.

BOBBIO, N. **Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política.** Pensamento crítico n. 69. Tradução Marco Aurélio Nogueira. 8 ed. Paz e Terra. São Paulo, 2000.

BOTAZZO, Carlos. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: PEREIRA, Antonio C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.** Artmed. Porto Alegre, 2003.

BRASIL. **Lei n. 378 de 13 de janeiro de 1937,** art. 90. Brasília, 1937.

BRASIL. Ministério da Educação/Ministério da Saúde (ME/MS). **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde,** 1941. (Exposição de motivos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde Bucal.** Relatório Final. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. **Lei n. 8.142** de 28 de dezembro de 1990a.

BRASIL. **Lei n. 8.080** de 19 de setembro de 1990b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 33, de 23 de dezembro de 1992**. Aprova o documento “Recomendações para a constituição e estruturação de Conselhos e Municipais de saúde”.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do SUS – 1993**. Brasília. Mimeo.

BRASIL. **Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Relatório Final. Brasília: MS, 1993.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do SUS – 1996**. Brasília: Ministério da saúde. Mimeo.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 319**, de 7 de novembro de 2002. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de saúde.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 333**, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial, Brasília, n.236, p.57-58, 2003. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004a.

BRASIL. **Relatório da XII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: MS, 2004b.

BRASIL. **Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Relatório Final. Brasília: MS, 2004c.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília. 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1989. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/publicacoes/>. [20 jul. 2005].

BRASIL. Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. **A política nacional de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica**. Série Técnica 11. Brasília-DF, 2006.

BRICEÑO-LEON, R. El contexto político de la participación comunitaria em América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, 14 (supl. 2): 141-147, 1998.

BUENDIA, O.C. **Fluoretação de águas: manual de orientação prática** ed. American Med. São Paulo, 1996.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil – participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, C. L; LOUREIRO, C. A. S. A inserção da odontologia na saúde escolar. **Caderno de odontologia**. Belo Horizonte, v.1, n. 1, p. 43 – 57, nov. 1997.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. Departamento de coordenação de saúde. Divisão de normas e supervisão. **Programa de odontologia sanitária**. Plano operativo. Fortaleza, 1983. mimeo.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. Coordenação interinstitucional de Odontologia. **Manual de instruções e de orientação técnico-administrativa para o sub-sistema de odontologia do estado do Ceará**. Fortaleza, 1989, mimeo.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. **Plano de saúde – 1991/1995, “Geração Ceará Melhor”**. Fortaleza, 1991, mimeo.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. **I Conferência estadual de saúde bucal - Cidadania e saúde bucal**. Relatório Final. Fortaleza, 27 e 28 de agosto de 1993, mimeo.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. **Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do sistema único de saúde do estado do Ceará**. Anexo 7. Fortaleza, 1998, mimeo.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. **A saúde no Ceará: 1995-1998**. Fortaleza, 1999, mimeo.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. **Sistemas microrregionais de serviços de saúde: uma estratégia de reorganização do SUS-Ceará**. Fortaleza, 2002a.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. **O modo de fazer saúde no estado do Ceará**. Fortaleza, 2002b.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. **Consolidando o novo Ceará-Plano de desenvolvimento sustentável 1999-2002**. Fortaleza, 2002c. mimeo.

CEARÁ. Secretaria de Planejamento e Coordenação. Ceará cidadania: crescimento com inclusão social. **Plano de Governo 2003-2006**. Fortaleza, 2003a, mimeo.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. **Projeto dentista da família: saúde bucal no programa de saúde da família – novo referencial**. Fortaleza, 2003b, mimeo.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. **Projeto dentista da família: saúde bucal no programa de saúde da família – novo referencial**. Fortaleza, 2004a, mimeo.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. **II Conferência estadual de saúde bucal**. Regimento. Fortaleza, 2004b.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do Ceará. **Situação da qualificação e cadastramento das equipes de saúde bucal no programa de saúde da família**. Fortaleza, 2005, mimeo.

COÊLHO, V. M. C. ; SOUSA, F. J. P. de. **Financiamento da saúde no estado do Ceará: receitas e despesas em face da evolução econômica e institucional**. Célula de Economia da Saúde. Vol. 3. 2005.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Dossiê: Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. In: **Sociologias**. Porto Alegre, ano 4. n.7 jan/jun 2002. p.18-49.

COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B. & RIBEIRO, J. M.. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, n. 3, p. 32-55, jul.-set. 1999.

DAHRENDORF, Ralf. **Sociedade e liberdade – Pensamento político**. Tradução de Vamireh Chacon. Ed. UNB, 1981.

DAGNINO, Evelina. Sociedade Civil, Espaços Públicos e construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DEMO, Pedro. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas: Autores Associados, 1995.

DIAS, A. A.; MARTINS – Fo; SAMPAIO, J. J. C. **Políticas de saúde bucal no Ceará – história, aplicações e perspectivas**. Fortaleza. Inesp/Ed. UECE, 2003.

DRAIBE, Sônia M. **Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental**. Informe Final do Projeto Estudos de Descentralización de Servicios Sociales da División de Desarrollo Económico da CEPAL. Campinas, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/Universidade Estadual de Campinas. 1997.

DRAIBE, Sônia M. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: **Políticas Sociais e organização do trabalho**. n. 4. Rio de Janeiro. Brasil. 1988.

DRAIBE, S. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reforma dos programas sociais. **São Paulo em Perspectiva**, v.11, p. 3-21, 1997.

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, nº 5, v.2, p.443-463, 2000.

ESCOREL, Sarah. Saúde: Uma questão nacional. In TEIXEIRA, S.F. (Org.) **Reforma sanitária; em busca de uma teoria**. 2ª. Edição. São Paulo; Cortez, 1995. p. 181-192.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro. Ed. Nova Fronteira, 2. ed. 1986.

FERREIRA, M. de O. **Políticas de saúde no Brasil: análise de valores investidos de 1994 a 2002**. Brasília, 2002. 36p. Monografia (Especialização em Políticas Públicas) - Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas - Centro de Estudos Multidisciplinares da Universidade de Brasília - UnB).

GALBRAITH, J. Kenneth. **Anatomia do poder**. Tradução de Hilário Torloni. São Paulo: Pioneira, 1986.

GARELLI, Franco. Controle social. In: BOBBIO, Norberto; MATEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Brasília: UNB. 2.ed. 1986.

GARRAFA, V. Saúde Bucal e Cidadania. **Rev. saúde em debate**. n. 41, p. 50-7, dez. 1994.

GRINDLE, Merilee S. e THOMAS, John W. **Public choices and policy change: The political economy of reform in developing countries**. London: The Johns Hopkins University Press, 1991.

HAM, Christopher & HILL, Michael. **The Policy Process in the Modern Capitalist State**. London: Wheatsheaf Books, 1988.

IMMERGUT, Ellen M. **Health Politics: interests and institutions in western Europe**. Cambridge University Press, 1992.

Lyda, M. Saúde bucal: uma prática social. In: BOTAZZO, C. & FREITAS, S. F. T. (Org) **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. Edusc-Unesp. São Paulo, 1998.

IPECE. **Evolução dos indicadores sociais do Ceará: 1992-2002**. Fortaleza, 2004.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário de filosofia**. Jorge Zahar Ed. Rio de Janeiro, 1990.

JACOBI, P. Política educacional e participação. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 7, n.1. Fundação SEADE, 1993.

JORDAN, Grant, e RICHARDSON, J. J. The British policy style or the logic of negotiation? In: **Policy styles in western Europe**. Ed. J. J. Richardson. London: Allen and Unwin, 1982, p.81-98.

LAKATOS, Eva & MARCONI, Marina A. **Metodologia do trabalho científico**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

LEFÈBVRE, Henri. **Lógica Formal/Lógica Dialética**. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Coleção Perspectivas do Homem. Série Filosofia. Rio de Janeiro, 1979.

LIMA, H. C. & ALENCAR, J. E. de. 20 anos de saúde pública no Ceará. In: **Anais do departamento estadual de saúde**. Fortaleza, 1953.

LUCCHESI, P. T. R. (Coord.) **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MANFREDINI, M.A. Abrindo a boca: reflexões sobre bocas, corações e mentes. In: CAMPOS, F.C.B.;HENRIQUES, C.M.P. (org.) **Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MARANHÃO, M. das G. Q.; **As conferências nacionais de saúde**. Fortaleza. 2004. mimeo.

MARSHALL, T. H.; **Cidadania, classe social e status**. Zahar Editores. Rio de Janeiro. 1967.

MARTINS-Fº, Moacir T. **Políticas públicas de saúde bucal no estado do Ceará: 1964 a 1998**. Fortaleza, 2001. 106p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade estadual do Ceará.

MANZINI-COVRE, Maria de Lourdes. **O que é cidadania**. 3.ed. São Paulo, Brasiliense, 1995.

MELO, Marcus A. C. Anatomia do fracasso: Intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República. **Dados - Revista de Ciências Sociais** 36 (1), 1993, p.119-163.

MENDES, E. V., **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**; São Paulo: Hucitec, 1995.

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

MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.

MIRANDA, Antônio. **Informação para o desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1977.

MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.7-17. 2000.

NARVAI, Paulo C. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** São Paulo: Rede CEDROS, 1992, mimeo.

NARVAI, Paulo C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo. Hucitec, 1994.

OLIVEIRA, A. G. R. C.; SOUSA, E. C. F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: **Odontologia social: textos selecionados**. Natal, RN. UFRN, 1998.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

ORLANDI, Eni P. **Discurso do confronto: velho e novo mundo**. Cortez Editora: Campinas, 1990.

ORLANDI, Eni P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 1999.

PAIM, J.S. **Saúde, política e reforma sanitária**. CEPS/ ISC, Salvador, 2002, mimeo.

PARENTE, J.; ARRUDA, J. M. (Org.). **A era Jereissati: Modernidade e mito**. Ed. Demócrito Rocha. Fortaleza-Ceará, 2002.

PEQUENO, Luciana L. **A Política de saúde bucal na atenção primária do Estado do Ceará: 1994 – 2003**, Fortaleza, 2005. 140 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

PEQUENO, M. P. **Moore e os pressupostos da meta-ética**. *Ethic@: Revista Internacional de Filosofia Moral* – vol. 2, nº 1, pp. 21-34, Florianópolis, jun. 2003. Disponível em: < <http://www.cfh.ufsc.br/ethic@/capa21.htm> [21 abr. 2004].

PEREIRA, Isabel B. Políticas de saúde e a formação do trabalhador. In: Escola Politécnica de Saúde “Joaquim Venâncio” (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro. OMS/OPAS/FIOCRUZ, 2005.

PERES, Marco A. A. **A Saúde bucal como política pública no Brasil: breve histórico**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995, mimeo.

PINSKY, J. e PINSKY, C. B. (Org.) **História da cidadania**. Ed. Contexto. São Paulo, 2003.

PINTO, Vitor G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo. Santos. 4 ed. 2000.

RADICCHI, A. L. A. **O financiamento do sistema único de saúde**. Belo Horizonte, 2006. mimeo.

ROCHA, João Augusto de Lima. **Anísio Teixeira e a ciência no Brasil**. Correio Braziliense, Brasília, 25 jun. 2000.

SAMPAIO, José J. C. **Hospital psiquiátrico no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública “Dr. Paulo Marcelo Martins Rodrigues” Vol. 1, 1994.

SAMPAIO, José J.C.; SANTOS, Afonso N.; SILVA, Aderlaine O., Periodização histórica do Ceará: instrumento de apoio à análise de políticas de saúde. **Revista de Humanidades e Ciências Sociais**. Fortaleza: UECE, 2001.

SERRA, C. G. **A saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba**. 1998, 1323p. Dissertação – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SILVA, Jacqueline Oliveira. **Gestão colegiada de políticas públicas: um novo agir político em construção**. Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS. São Leopoldo-RS. 1999. mimeo

SILVEIRA, Henrique. **Desenvolvimento regional no limiar do século XXI**. Fortaleza : Banco do Nordeste, 1996.

STOPPINO, Mário. in Norberto Bobbio, Nicola Mateucci e Gianfranco Pasquino, **Dicionário de Política vol. II**, Brasília: UnB, São Paulo: Imprensa Oficial, 1986.

STRALLEN, Cornelis Johannes Van, Controle social sobre as ações de recuperação, proteção e defesa da saúde. In: CAMPOS, F. E.; WERNECK, G. A. F.; TONOW, L. M. (Orgs.) **Cadernos de Saúde – Vigilância Sanitária**. Vol. 4. Belo Horizonte – MG, 2001.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo. Cortez. 1994.

VALLA, V. V. Sobre a participação popular: uma questão perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, 14 (supl. 2): 07-18, 1998.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(2): 579-591, 2003.

VIANNA, S.M. & PINTO V.G. **Programa de fluoretação da água de abastecimento público**. IPEA/IPLAN-CNRH, Brasília, 1983. 18 pp. (Documento de Trabalho 28).

VIANA, Valdilene. Empecilhos à participação popular nas políticas públicas municipais de saúde: a questão da desinformação e do despreparo para lidar com orçamento público. **8o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Salvador, jul, 1995. p. 45-47.

VIEIRA, Liszt. **Cidadania e Globalização**. Editora Record. Rio de Janeiro, 1997.

WEBER, Max. **Economia y Sociedad**. México, Fondo de Cultura Económica, 1974.

WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. Niterói. 1994. 186p. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Universidade Federal Fluminense, 1994.

ZANETTI, Carlos H. G. **Saúde bucal: um desafio à democratização do setor e ao bem estar social**. Viçosa, 1992, mimeo.

ZANETTI, C. H. G. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. ENSP. 1993.

ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. U.; RAMOS, L. C.; TENÓRIO, M. A. B. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**. n.13 p.18-35. 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conselho Nacional de Saúde – Resolução 196/96, IV - V.

Através do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **O CEARÁ E AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE BUCAL: TEMAS, ATORES E DECISÕES**. Com a mesma, pretendo analisar, criticamente, como se deram na prática as decisões e as concretizações em política de saúde bucal tomadas durante as Conferências Nacionais de Saúde Bucal, no estado do Ceará. Desse modo gostaria de contar com sua participação, respondendo a uma entrevista aberta, de uma única pergunta sobre o tema referido, que poderá ser realizada no Conselho Estadual de Saúde ou em seu domicílio. Informo, ainda, que a pesquisa não trará risco a sua saúde e que no momento da aplicação da entrevista serão resguardadas todas as condições de confidencialidade e que você tem plena liberdade para aceitar ou não em participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Você pode e deve fazer as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da pesquisa. Garanto que todos os resultados da pesquisa serão publicados sem revelar a sua identidade. Os registros estarão disponíveis para uso exclusivo da pesquisa. Espera-se que os resultados desta pesquisa auxiliem na proposição e implementação de políticas de saúde bucal no estado do Ceará. Se houver necessidade de esclarecimentos, você poderá ligar para a Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE – telefone 3299.2726 – ou para o pesquisador – telefone (85) 32827200/91325511.

Dados do pesquisador: Francisco Jorge Hilo Amora Sales
CPF: 244.813.603 – 30
RG: 0087680 SSP – CE
Rua Raimundo Rocha Menezes, 206 – Olavo Oliveira – Fortaleza - CE.

Dados do sujeito da pesquisa:

Nome: _____
Endereço: _____
Telefone para contato: _____
Data de nascimento: ____/____/____

CONSENTIMENTO PÓS – ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, **concordo em participar** do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE II

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Termo de Compromisso do Pesquisador, responsável em cumprir os termos da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Eu, Francisco Jorge Hilo Amora Sales, pesquisador responsável por este projeto, tenho o compromisso de cumprir os termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Fortaleza – CE, _____/_____/_____.

Francisco Jorge Hilo Amora Sales

APÊNDICE III ROTEIRO DE ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: O CEARÁ E AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE BUCAL:
TEMAS, ATORES E DECISÕES.

PESQUISADOR: FRANCISCO JORGE HILO AMORA SALES

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO

ROTEIRO DE ENTREVISTA:

1. Nome do entrevistado: _____

2. Conferência(s) que participou e Qual segmento da sociedade que representou:

- a) **Estadual:** () 1993 () 2004
() Gestor/prestador. () Gestor/prestador.
() Profissional de saúde. () Usuário.
() Usuário () Profissional de saúde.
- b) **Nacional:** () 1993 () 2004
() Gestor/prestador. () Gestor/prestador.
() Profissional de saúde. () Profissional de Saúde
() Usuário. () Usuário.

3. Indagação inicial: Na sua opinião, como se deu a implantação e/ou implementação no Ceará das decisões ocorridas nas Conferências Estaduais e Nacionais de Saúde Bucal?

4. CHECK-LIST

- a) Participação comunitária nas conferências de Saúde Bucal.....()
b) Cidadania: teoria e prática.....()
c) Políticas de Saúde Bucal no Ceará.....()
d) A influência das decisões da CNSB na prática legal.....()
e) Concretizações das decisões em Saúde Bucal.....()