



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Danielle do Valle Garcia

**A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os
bastidores do processo de formulação**

Rio de Janeiro

2006

Danielle do Valle Garcia

**A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores
do processo de formulação**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Rio de Janeiro

2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

G216 Garcia, Danielle do Valle.

A construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação / Danielle do Valle Garcia. – 2006.

105 f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde bucal – Teses. 2. Políticas públicas – Teses. 3. Políticas de saúde – Teses. I. Mattos, Ruben Araújo de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.314-083

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Danielle do Valle Garcia

**A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores
do processo de formulação**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 28 de abril de 2006.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos (orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Roberto Parada
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Tatiana Wargas Baptista
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2006

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais e irmãos.

Ao meu querido Adolfo.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de um processo de desenvolvimento intelectual e de vida. Durante o caminho, contei com pessoas muito especiais que contribuíram enormemente com seus ensinamentos, carinho e me deram força para concluir esta jornada.

Agradeço aos amigos do Departamento de Atividades Comunitárias da ABO-RJ que partilharam, desde o início, das minhas inquietações e incentivaram o meu crescimento intelectual.

Aos professores do IMS/UERJ, pelas experiências transmitidas e pelos ricos debates promovidos durante o curso.

Ao Kenneth pela leitura atenta da dissertação e pelo abraço amigo nos encontros de corredor.

À Tatiana Vargas e Gustavo Matta pelas contribuições sobre políticas específicas.

Ao amigo Roberto Parada por me apresentar o IMS e torcer pelo meu sucesso durante todo o curso.

Ao amigo Carlos Serra. Não foi por coincidência que nos conhecemos naquele fórum, mas por que partilhamos das mesmas inquietações, ansiedades e angústias em busca de um mundo mais justo. Obrigada pela amizade e por permitir sonhar junto.

Meu agradecimento especial à pessoa que me acolheu desde o primeiro encontro. Ensinou-me sobre a vida; sobre a produção do conhecimento; sobre o cuidado; sobre a amizade; sobre os sentimentos, sobre a importância das histórias de passarinhos... Ruben, nossa amizade superou as barreiras da relação orientador e aluno. Seu exemplo de dedicação, compromisso e respeito, guardarei comigo por toda a vida.

Às amigas Dani e Tati que Deus escolheu “a dedo” para colocar no meu caminho. Passamos, juntas, por períodos difíceis, vivemos, juntas, momentos de muita felicidade. Obrigada pela cumplicidade, pelo carinho e por todo amor que recebi de vocês. Hoje sei que sem vocês não conseguiria avançar!

Aos amigos de turma: Isabel, Monique, Raquel, Denise, Wal, Jackes e Bárbara. Minha gratidão, também, aos amigos das demais turmas.

À Maria Isabel, Rita, Sílvia e todos os funcionários da Secretaria Municipal de Assistência Social da Prefeitura de Itaguaí. Obrigada pela compreensão e pela torcida em prol do sucesso deste trabalho.

À todos os meus amigos e familiares por perdoarem a minha ausência. Enfim, “este trabalho que mais parece uma obra de igreja que não acaba nunca”, acabou!

Ao meu querido Adolfo pelo cuidado e pela paciência com esta mestranda estressada. O seu amor foi fundamental para a conclusão desta etapa. Obrigada por fazer parte da minha história.

Aos meus irmãos, Diego e Gustavo, que me ensinaram que o importante é ser feliz.

Aos meus pais, Constante e Lúcia, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade. É por vocês que cheguei aqui; é para vocês que dedico esse trabalho.

A ciência é coisa linda, desejável, lugar do conhecimento, eu não poderia viver sem ela. Mas, como a maçã, ela tem poder enfeitiçante. À medida que dá conhecimento de um lado, ela retira conhecimento de outro.”

Rubem Alves

A ciência pode classificar e nomear os órgãos de um sabiá, mas não pode medir seus encantos.

Manoel de Barros

RESUMO

GARCIA, Danielle do Valle. *A construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação*. 2006. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.

Este trabalho trata de um estudo do processo de formulação de políticas no que diz respeito à saúde bucal no Brasil no contexto da política de saúde do SUS. Propõe-se compreender o processo de construção da Política Nacional de Saúde Bucal no período de 2000 a 2004, através de um ator institucional específico – o Ministério da Saúde, visando identificar os elementos que possam ter contribuído no processo, quais os outros atores envolvidos, as principais ações e estratégias desenvolvidas por eles e seus desdobramentos na formulação da política. Utilizou-se para isto a análise de documentos oficiais e entrevistas com atores privilegiados. Destaca-se a existência de dois processos de formulação de políticas distintos que foram: a entrada da saúde bucal no PSF e a Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente. Verifica-se que, em ambos os momentos houve a tentativa de crescimento da centralidade da saúde bucal na agenda geral da saúde no MS e que a condução do processo de formulação foi toda do Executivo nos dois momentos. No primeiro momento, a tentativa ocorre através da busca do espaço institucional, onde se gerou uma entrada significativa da saúde bucal na agenda da atenção básica, através do aproveitamento de uma janela de oportunidades por técnicos ligados à saúde bucal. No segundo momento, ao contrário, existiu um processo de construção de um projeto por um grupo com forte matiz político-partidário, construção essa feita fora do espaço institucional do governo, mas com a perspectiva de disputar e de se apresentar nesse espaço institucional.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Políticas Públicas. Políticas de Saúde.

ABSTRACT

GARCIA, Danielle do Valle. *The construction of the National Oral Health Policy: navigating the backstage of the formulation process*. 2006. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.

This work analyzes the policy-making process concerning oral health in Brazil, within the context of SUS's health politics. It aims to understand the process of formation of the Oral Health National Politics from 2000 to 2004, through a specific institutional actor – the Health Ministry – in order to identify the elements which may have contributed to the process, the other actors, main areas and strategies developed by them and their consequences in policy-making. For this purpose, official documents were examined and privileged actors were interviewed. The existence of two different policy-making processes must be highlighted: the introduction of oral health in the Family Health Program, and the Smiling Brazil (*Brasil Sorridente*) Oral Health National Politics. In both processes there has been an attempt to increase the importance of oral health in the Health government agenda, guided by the Executive. In the first process, this attempt occurs through the search of institutional space, where oral health achieved an important place in primary care agenda, when oral health technicians took advantage of an opportunity. In the second moment, conversely, the a project was built by a group with a strong political coloring, construction which was performed outside the government's institutional scope, but with the perspective of fighting and presenting itself in this institutional space.

Keywords: Oral Health. Public Policy. Health Policy.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABOPREV	Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AIS	Ações Integradas de Saúde
ATSB	Área Técnica de Saúde Bucal
BNH	Banco Nacional de Habitação
CD	Cirurgião-Dentista
CEOs	Centros de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DAB	Departamento de Atenção Básica
DASP	Departamento de Administração do Serviço Público
DNSB	Divisão Nacional de Saúde Bucal
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FSESP	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GECOFs	Grupos Estaduais de Controle da Fluoretação
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MAC	Média e Alta Complexidades

MBRO	Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Pc do B	Partido Comunista do Brasil
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PRECAD	Programa de Prevenção da Cárie Dental
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UNEO	União dos Estudantes de Odontologia

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	12
1	A SAÚDE BUCAL NA AGENDA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: UM ESBOÇO PRELIMINAR	17
2	A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS	24
2.1	Poder e processo	29
2.2	Sobre os atores na política: a importância do Ministério da Saúde	30
3	A CONSTRUÇÃO DO SUS COMO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL	35
3.1	As NOBs e o processo de descentralização no Brasil	41
3.2	O Programa Saúde da Família	46
4	A SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	52
5	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL “BRASIL SORRIDENTE”...	63
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS	91
	Anexo A – Roteiro das entrevistas	97
	Anexo B – Perfil dos entrevistados	99
	Anexo C – Propostas de ação e críticas apresentadas pelo documento Fome Zero e Boca Cheia de Dentes	100
	Anexo D – Organograma atual do MS	103
	Anexo E – Organograma do MS até 2003	104

APRESENTAÇÃO

Durante a entrevista de seleção do mestrado fui questionada sobre como se deu o meu interesse pela instituição e pela área de Saúde Coletiva. Fui pega de surpresa, pois esperava perguntas sobre assuntos técnicos e sobre a minha intenção de pesquisa. Mas após o término da entrevista, percebi o quanto me senti a vontade e o quanto a minha relação pessoal, a minha história de vida estavam diretamente ligadas ao meu projeto de pesquisa.

A partir da minha inserção como Assistente Social na Seção RJ da Associação Brasileira de Odontologia em 2000, acompanhei de perto o impacto causado, entre os profissionais da área odontológica, pela divulgação dos incentivos criados para as equipes de saúde bucal no PSF.

Em 2001, passei a integrar o quadro de professores do curso de introdução ao Programa Saúde da Família para cirurgião-dentista e pessoal auxiliar na referida instituição. Nossos alunos demandaram espaços para discussão da proposta do Ministério da Saúde e esta demanda se desdobrou em sucessivos fóruns e encontros da categoria, coordenados por nossa equipe.

No entanto, os rumos tomados pela discussão nos referidos espaços deixavam brechas, pois não se trabalhava o contexto macro-político das políticas de saúde, sobretudo as questões inerentes a sua formulação. Isso me causava um certo incômodo, pois as discussões giravam na esfera “micro”, sempre em torno da operacionalização da política. Discutiam-se questões que envolviam número de equipes de saúde bucal no PSF, diferença salarial entre os dentistas e demais profissionais, entre outras. Não se fazia nenhuma apreensão macro-analítica da política. Ficavam lacunas. O que estaria por trás das entrelinhas dos documentos

que estipulavam essas regras? Qual seria o contexto geral das políticas de saúde que se apresentavam naquele período? O que estaria acontecendo nos bastidores do processo que delimitou os limites para a política? Quem negociava o quê? Essas e outras indagações surgiam e a necessidade de compreender esse processo parecia muito natural devido à formação que havia herdado do meu curso de graduação.

Essas inquietações me fizeram buscar o curso de mestrado, na expectativa de ampliar a compreensão das políticas de saúde, assim como estudar a questão da construção da política de saúde bucal.

Obviamente, após a chegada ao mestrado, ao longo do amadurecimento da proposta de pesquisa, algumas escolhas foram feitas. A primeira opção foi estudar a formulação de políticas. Dentro das discussões sobre a formulação de políticas, compreendemos que estas enfatizam o processo e o poder, o que significa ter que localizar os atores, os contextos em que se colocam e as relações de poder estabelecidas entre eles.

Outra opção foi fazer a narrativa daquele processo de formulação, desde o ponto de vista de um ator institucional.

Durante a minha chegada ao tema, encontrei diversos textos de autores que vêm trabalhando questões que estão no campo da análise histórica dos serviços odontológicos prestados no Brasil (CÓRDON, 1998; CUNHA, 1952; MOREIRA, 1999). Alguns estudam os diferentes conceitos de Odontologia em Saúde Coletiva e os caminhos percorridos para a consolidação da profissão (BOTAZZO, 1992; CHAVES, 1977). Outros avaliam a inclusão da saúde bucal em programas específicos, como no Programa Saúde da Família – PSF (ZANETTI, 2001; CALADO, 2002). Contudo, revisando a literatura, percebemos um vazio de produção que

analisasse o processo no qual a saúde bucal vem-se constituindo enquanto política e que desse conta de responder, pelo menos em parte, a nossas inquietações sobre o processo de formulação. Da percepção desse vazio na produção sobre formulação, este estudo assume um caráter necessariamente exploratório.

Propomos neste trabalho compreender o processo de construção da Política Nacional de Saúde Bucal no contexto da política do SUS. Escolhemos, por razões que serão mais bem detalhadas adiante, olhar a política através do ator institucional específico – o Ministério da Saúde. O Executivo da Saúde no Governo federal desempenha um papel extremamente relevante na formulação da política de saúde e na política de saúde bucal. Neste sentido, olhar a formulação da política desde o ângulo desse ator institucional pode ser uma primeira aproximação para identificar os elementos que possam ter contribuído no processo, buscando os outros atores envolvidos, quais as principais ações e estratégias desenvolvidas por eles e seus desdobramentos na formulação da política.

Tendo em vista a pequena bibliografia sobre a política de saúde bucal na perspectiva que adotamos, vale ressaltar que este trabalho não trata de um estudo aprofundado, mas pode-se dizer que, na prática, a presente investigação assumiu um caráter exploratório sobre o assunto.

O desenho metodológico deste estudo incluiu três etapas. A primeira consistiu na identificação dos documentos publicados pelo Ministério da Saúde. Esses documentos foram coletados através do *site* do MS e de informantes privilegiados. De imediato, três marcos chamaram a atenção na primeira visualização: a entrada da saúde bucal no PSF, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e o Programa Brasil Sorridente. Em função disto, decidimos que o período de análise iria centrar o período pós-SUS, abrangendo os três momentos, que na hipótese da

pesquisa eram tidos como um processo contínuo. Ou seja, o nosso pressuposto inicial era de que a política tivesse sido construída num processo linear. Numa tentativa de aproximação por datas, considerávamos a que a “fecundação” da política teria acontecido no ano de 2000, com a iniciativa de inserção das equipes de saúde bucal no PSF. O “embrião”, no início do ano 2004, com a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e o “nascimento”, no segundo semestre de 2004, com a criação do Programa Brasil Sorridente.

Numa segunda etapa, realizamos análise dos documentos oficiais e, posteriormente, elaboramos um processo de entrevistas semi-estruturadas com os protagonistas do processo. Entrevistamos os coordenadores nacionais da área de saúde bucal que ocuparam o cargo no período de 2000 a 2004. A escolha por entrevistar os coordenadores foi feita porque eles foram atores efetivamente presentes e capazes de resgatar a memória do processo político de formulação. A entrevista tinha, portanto, o objetivo de elucidar algumas características quase dos bastidores da política. O roteiro e a síntese do perfil dos entrevistados encontram-se nos anexos (1 e 2, respectivamente).

No plano da análise, buscamos aprofundar algumas das questões dos atores ou dos documentos, na medida em que apareceram no relato dos coordenadores. Desta forma, o presente trabalho não tem a pretensão de oferecer uma narrativa ampla do processo de formulação. Limitamo-nos, por uma questão do recorte escolhido, àquilo que foi evocado por protagonistas dessa formulação de políticas desde o MS.

O trabalho está estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo aborda a entrada da saúde bucal na agenda do Ministério da Saúde. O segundo traz elementos teórico-conceituais que embasam nossa reflexão sobre o processo de

formulação de políticas. Uma das características da abordagem teórico-conceitual que utilizamos impõe a necessidade de compreender as políticas de saúde bucal no contexto mais amplo das políticas de saúde no Brasil. Esta é o objetivo do terceiro capítulo.

No desenvolvimento do estudo, foi possível delimitar dois momentos bastante distintos no processo de formulação das políticas de saúde: a inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família e a construção da Política Nacional de Saúde Bucal. O quarto capítulo procura caracterizar o processo de formulação do primeiro momento e o quinto capítulo se dedica à análise do segundo momento.

Nas considerações finais, procurei alinhar o processo de condução das políticas de saúde bucal que foram analisadas ao longo do trabalho.

1 A SAÚDE BUCAL NA AGENDA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: UM ESBOÇO PRELIMINAR

Numa abordagem inicial ao tema das políticas de saúde bucal, procuramos esboçar a trajetória da entrada da saúde bucal na agenda das políticas de saúde no Brasil.

As características do modelo de atenção odontológica que tem predominado no Brasil durante décadas são as de um modelo centrado na assistência ao indivíduo doente, sendo as ações realizadas individualmente pelo cirurgião-dentista e no espaço limitado do consultório.

As primeiras ações desenvolvidas pelo setor público na área da saúde bucal remontam à década de 1940 quando a assistência planejada, voltada para escolares, foi introduzida pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP)¹.

A base teórica do modelo preconizado pelo SESP foi importada do chamado Sistema Incremental, descrito por Pinto (1989) como:

“Um modelo 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”. (PINTO, 1989, p.43)

¹ A Fundação SESP exerceu importantíssimo papel na saúde pública brasileira. Alguns críticos, como Mercadante *et al.*(2002), sugerem que a FSESP foi criada em função do acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos e tinha por objetivo fundamental proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos, que representavam, na época, uma inestimável contribuição do Brasil ao esforço de guerra das democracias no desenrolar da II Guerra Mundial. (MERCADANTE *et al.*, 2002, p.239). Independentemente dessa leitura, é inegável que a FSESP influenciou a agenda tradicional de saúde pública no Brasil.

Esse modelo se voltava apenas para a população-alvo de escolares e não para o conjunto da população exposta ao risco de adoecer, mantendo a característica, segundo Pinto (1989), de um sistema de exclusão².

Nessa época não existia, no Ministério da Saúde (MS), um órgão responsável pelas ações de saúde bucal, ficando as ações a cargo da FSESP³.

O trabalho da FSESP alcançou toda a Odontologia Sanitária praticada nos serviços públicos brasileiros e o seu modelo tornou-se, como diz Zanetti (1996) o paradigma hegemônico de programação pública.

Em 1979, através da realização de concurso, odontólogos inseriram-se nos cargos de sanitaristas do Departamento de Administração do Serviço Público (DASP). Isto marcou oficialmente a presença de profissionais da área de Odontologia no Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde, ainda sem uma estrutura específica em seu organograma para a saúde bucal, alocou esses profissionais em divisões técnicas, como a dermatologia sanitária, a pneumologia sanitária, câncer, áreas de planejamento, coordenadorias regionais de saúde, etc.

Portanto, até inícios dos anos 80 não havia nenhuma organização institucional que respondesse pela agenda da saúde bucal no campo do MS.

Somente na gestão do Ministro da Saúde Waldir Arcoverde, em 1982, foi iniciado o processo de institucionalização da saúde bucal no MS. Nesse momento foi implantado o Grupo de Trabalho de Odontologia – GT Odonto. Entretanto, o grupo não ocupava lugar no organograma do MS. Esse grupo, composto por sanitaristas, parece ter sido referência nos assuntos que tratavam da saúde bucal na esfera

² Apesar desse caráter restrito e excludente, as iniciativas da FSESP deixaram marcas. Anos mais tarde, no momento do lançamento do Brasil Sorridente, o presidente Lula, num discurso de improviso, recordava com certo saudosismo (e talvez de modo anacrônico) suas lembranças da escola, e do dentista na escola...

³ A literatura menciona a existência, em 1956, do Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia (SNFO). Entretanto, não conseguimos, neste esboço inicial, informações mais consistentes sobre esse serviço, pois a própria literatura não fala sobre ele posteriormente.

federal, trabalhando na perspectiva de implementação da fluoretação da água de consumo público, em conjunto com o Banco Nacional de Habitação (BNH). Na mesma época foram criados os Grupos Estaduais de Controle da Fluoretação (GECOFs), integrando os trabalhadores das secretarias estaduais de Educação e de Saúde, as entidades de classe e as companhias estaduais de saneamento.

Em 1986, pela primeira vez, houve um esforço de obter um mapeamento da situação de saúde bucal da população brasileira. O diagnóstico foi realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a Fundação SESP e as secretarias de Saúde, e ficou conhecido com “Levantamento epidemiológico de saúde bucal”. A existência desse levantamento cristaliza o esforço na busca de informações que poderiam embasar e permitir a formulação de políticas na área. Entretanto, pelo menos num exame superficial, não encontramos evidências de que as informações coletadas tenham sido utilizadas no processo de formulação das políticas que se seguiram.

Em 1988 o GT Odonto foi substituído pela Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB), que teve como seu primeiro diretor Vítor Gomes Pinto. A Divisão Nacional assumiu como responsabilidade a continuidade da diretriz da fluoretação, mas elaborou o Programa de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD) e criou as coordenadorias macrorregionais de saúde bucal.

A criação da Divisão de Saúde Bucal não foi, contudo, simples. Fora do âmbito do Ministério já existiam, à época, movimentos organizados importantes⁴, entre eles, a União dos Estudantes de Odontologia (UNEO) e o Movimento Brasileiro de Renovação odontológica (MBRO), iniciados na década de 50 pelos estudantes, profissionais e da burocracia pública ligada à saúde bucal. Esses movimentos

⁴ Os movimentos foram discutidos em estudo aprofundado realizado por Serra (1998).

ganharam consistência no final dos anos 70 e início dos anos 80, embuídos do sentimento de luta pela democratização que envolvia o país. Reivindicavam mudanças no modelo vigente e pressionavam no sentido da participação de todos os atores na discussão das grandes questões nacionais e na elaboração de um Programa Nacional de Saúde Bucal.

Serra (1998) indica que o Ministério da Saúde criou, de forma repentina, a Divisão de Saúde Bucal, provocando uma sucessão de desencontros de informações e de atitudes entre o MS e os movimentos da área, que desconsideravam a sua Coordenação Nacional.

“O episódio da criação do DNSB mostrou que o Movimento tinha um discurso para a sociedade mais voltado para a democratização do que para as questões específicas da categoria, enquanto a DNSB do MS, mantendo as tradicionais posições dos sanitaristas dos anos 50, os da primeira geração, como os chama Zanetti (1993), ao contrário, procurava dar respostas às questões da categoria, criando uma barreira nas comunicações entre a DNSB e o MBRO, que, por razões de identidade, num período de transição, preferiu adotar e manter um discurso ‘radical’ ”. (SERRA, 1998, p.33)

É interessante notar que o momento da criação da Divisão ocorre simultaneamente ao processo de mudança do sistema de saúde. Mudança esta construída por um amplo movimento social, que culminou no reconhecimento da saúde como direito de todos e na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), ambos legitimados pela Constituição Federal em 1988.

A criação do SUS redesenhou toda a agenda no âmbito do setor saúde no Governo federal. Até então, as agendas estavam em instituições distintas, sendo a assistência cuidada pela previdência e a saúde pública, pelo MS. Com a criação do SUS, cabe ao Governo federal a agenda articulada da saúde pública com a da assistência. Logo, como veremos mais adiante, a criação do SUS produziu uma transformação importante na antiga agenda da saúde

pública, que passou a ser vista de modo completamente articulado com a agenda da assistência, superando a dicotomia existente.

Em 1990, após a constituição do Sistema Único de Saúde, a direção da Divisão é assumida pelo professor Sérgio de Carvalho Wayne⁵. Na referida gestão, as ações de saúde bucal foram inseridas no elenco de procedimentos do SUS, priorizando os procedimentos coletivos que até então não eram remunerados pelo sistema. Nessa época o SUS pagava aos prestadores de serviço segundo uma tabela de procedimentos utilizada para todos os procedimentos da assistência. Portanto, o significado dessa decisão é a incorporação da saúde bucal no âmbito da assistência, que tem impacto maior na saúde da população do que o trabalho de fluoretação e prevenção da cárie que vinha sendo desenvolvido até então.

Na gestão seguinte, de Benedito Elias Waquim, privilegiou-se a atenção odontológica aos pacientes com necessidades especiais. De 1993 a 1995, a Divisão foi coordenada por José Carlos Cativo Gedeão.

Até essa década, o modelo de assistência odontológica colocado em prática pelas instituições governamentais era emergencial, paliativo e cobria uma pequena parte da população brasileira. Apesar da realização de um levantamento epidemiológico em 1996, que quantificou a situação de saúde bucal em grande parte do país, não existia um programa nacional de atenção odontológica, e pelo fato de sua supervisão prender-se somente à quantitativos de produção de serviços, tornava-se bastante deficiente.

⁵ O professor Sérgio de Carvalho Wayne ficou conhecido como pesquisador na área de prevenção e pela atuação na Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde (ABOPREV). Após sua passagem pela Divisão Nacional de Saúde Bucal, foi designado para a direção do Departamento de Programas Especiais em Saúde.

Somente nos anos recentes a saúde bucal vem-se desenvolvendo no âmbito das políticas públicas de saúde, com uma proposta coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Neste trabalho analisamos esse processo de desenvolvimento da saúde bucal enquanto política do SUS. Esta opção não significa atribuir menor importância à presença de temas de saúde bucal até a criação do SUS, mas indica tão somente que nosso interesse se volta para a inserção do conjunto da agenda retransformada pela criação do SUS, na qual a saúde pública vem articulada com a assistência.

Numa visão inicial, podemos reconhecer três marcos na trajetória da política de saúde bucal, apresentados entre os anos 2000 e 2004. Vale ressaltar que o referido período englobou dois governos nacionais distintos – o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) e o governo Lula - e três coordenações nacionais de saúde bucal – Sônia Dantas, Antônio Dercy e Gilberto Pucca.

O primeiro marco instituiu-se com a edição da portaria GM/MS n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu os incentivos para financiamento das ações de saúde bucal e da inserção de profissionais no Programa Saúde da Família. O segundo marco, com a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, em janeiro de 2004, que apontou caminhos para reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. E o terceiro, com a construção do Programa Brasil Sorridente, também em 2004, que efetivou a saúde bucal enquanto uma política pública de âmbito nacional.

Os marcos citados formam a espinha dorsal de nossa investigação, ou melhor, serviram de ponto de partida para o estudo. De fato, como veremos, a elaboração do documento das diretrizes da política e o Brasil Sorridente integram um mesmo processo de formulação de políticas.

Vale dizer que não se trata de uma pesquisa de avaliação da implementação da(s) política(s) nacional(is) de saúde bucal. Tampouco não faz parte deste estudo, saber se as diretrizes trazidas pela portaria que incluiu as equipes de saúde bucal no PSF e a que cria o Programa Brasil Sorridente foram ou não implementadas. Nosso interesse esteve em analisar o conjunto de fatores que integraram o processo que resultou na política. Durante esta pesquisa, enfocamos o momento da formulação⁶. Também buscamos analisar a fase da emergência, que desvendou parte de nossas inquietações no que diz respeito à construção da demanda.

Alguns conceitos embasaram nossa análise. Neste sentido, antes de avançarmos, é importante esclarecer o que consideramos, neste trabalho, como processo decisório político, qual o conceito de políticas públicas e de agenda que estão implícitos no estudo.

⁶ É possível caracterizar a formulação como uma fase dentro de um conjunto de etapas das políticas que englobam a emergência, a formulação, a implementação e a avaliação (VIANNA, 1995).

2 A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS

Neste capítulo apontamos as nossas principais opções teórico-conceituais.

Começamos pelo termo “política”. No senso comum, o termo política possui um tom pejorativo e está diretamente ligado a práticas de corrupção e ações em prol de interesses particulares praticadas por políticos. No âmbito acadêmico, encontramos vários autores concordando que não existe um termo que tenha sofrido mais abusos conceituais do que este. Muitas definições têm sido exploradas a partir de uma grande variedade de perspectivas, conforme as disciplinas de conhecimento.

Para Baptista (2003), política pode ser concebida como “o motor e o filtro das relações sociais, pois é praticada em todos os contextos e instituições sociais, onde todo indivíduo tem, a princípio, um interesse em disputa no processo político”.(BAPTISTA, 2003, p.139)

Viana (1997) fala da importância de trabalhar um conceito preciso e abrangente para a política pública, que muitas vezes é ofuscada pela multiplicidade de modelos conceituais existentes e pelo fato de a política social se caracterizar dentro das políticas estatais. Costa (1998) considera como política pública o espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por intermédio de atores governamentais, compreendendo atos que viabilizam agendas de inovação em políticas ou que respondem a demandas de grupos de interesses.

Segundo Maingón (1992), de maneira geral, “às políticas públicas concerne resolver ou minimizar os problemas que se apresentam em uma sociedade e que os indivíduos por si só não podem superar”. (MAINGÓN, 1992, p.5)

Lemieux (1994) analisa que políticas públicas podem ser definidas independentemente das áreas sobre as quais atuam e/ou interferem, e são tentativas⁷ de regular situações que apresentam problemas públicos⁸. Todas essas conceituações trazem contribuições para a compreensão das políticas. Contudo, gostaríamos de explicitar o sentido que utilizaremos neste trabalho.

Consideramos que a definição de Lemieux, embora um excelente ponto de partida, torna-se muito genérica para nosso propósito, por isso consideramos, aqui, que política pública será considerada, segundo Mattos (1999, p.49) como “uma resposta dada pelo Estado a um conjunto de demandas postas pela sociedade”, pois esta definição se aproxima muito da nossa posição frente à análise da política que pretendemos investigar.

Uma política pode se apresentar através de documentos de diversos tipos, tais como: leis, portarias, diretrizes, normas, etc. A escolha da natureza do documento, feita por seus formuladores, faz parte do próprio processo de elaboração da política pública. Cada tipo de documento atinge diferentes objetivos e estabelece o posicionamento da instituição ou das instituições envolvidas na formulação. É importante frisar que não existe política que não se expresse através de alguma forma discursiva.

O que faz as pessoas que estão no governo darem atenção a determinados assuntos e não outros? O que leva um problema a ser considerado problema público e passar a ser alvo da ação regulatória do Estado?

⁷ Este termo “tentativas”, para Lemieux, demarcaria a diversidade de formas que os atores envolvidos numa política podem encarar o ato de normatizar uma situação.

⁸ Lemieux apresenta uma definição de problema público que pretende reconhecer os objetos das políticas públicas como um problema público ou não. Ao contrário do autor, para Mattos (1999) “não é possível nem definir em geral um problema público, nem tampouco distinguir se algo deve ser considerado como tal de modo objetivo, isto é, de modo independente das práticas discursivas dos atores que se engajam na formulação de políticas em uma situação concreta.” (MATTOS, 1999, p.48)

Em geral, sabemos mais sobre os conteúdos dos problemas públicos do que sobre como eles vêm a se tornar prioritários na agenda governamental ou por que alguns pontos relevantes nunca entram para o foco da atenção. Por que alguns assuntos se tornaram proeminentes na agenda da Política de Saúde, especificamente da Saúde Bucal? Por que algumas alternativas para a escolha são consideradas seriamente, a partir de um certo momento, e outras negligenciadas?

Para compreendermos quem ou o quê formula políticas, é preciso entender as características dos participantes, os papéis que desempenham, a autoridade e os outros poderes que detêm, como lidam uns com os outros e se controlam mutuamente. Das diferentes modalidades de participantes, cada um exerce uma função especial: os cidadãos comuns, os líderes dos grupos de interesse, os legisladores, os servidores públicos, os gestores de alto escalão do governo, empresários e os técnicos.

Outro conceito que utilizamos neste trabalho é o de agenda. Vale a pena ressaltar, aqui, que a palavra “agenda” possui muitos significados no contexto político. A noção de agenda trazida por Kingdom (1995, p.63) é de uma lista de assuntos ou problemas que são levados a sério pelo governo e por grupos ligados ao governo. O autor diferencia três tipos de agenda:

a) agenda sistêmica ou não-governamental – contém a lista de assuntos que são, há anos, preocupação do país, sem, no entanto merecer atenção do governo;

b) agenda governamental – inclui os problemas que merecem atenção do governo;

c) agenda de decisão – lista dos problemas a serem decididos.

A construção da agenda é um processo continuamente negociado e pode sofrer a influência de alguns fatores, que interferem na inclusão de um tema e na

relevância deste no interior da agenda. A primeira possibilidade é a marca dos urgentes problemas no sistema. Uma crise pode significar a emergência de tais problemas, ou seja, a questão entra para agenda depois de ganhar uma certa visibilidade.

A segunda possibilidade de contribuição para agenda governamental pode ser o processo de acumulação gradual de conhecimento e perspectivas entre os especialistas da área política e a geração de propostas políticas por tais especialistas.

Muitos problemas de decisão política podem chegar à agenda governamental devido a tentativas de implementar outras políticas. Algumas vezes se forma uma política a partir da negociação entre várias partes interessadas, que chegam a um acordo a respeito de problema que não era precisamente o que interessava a cada uma das partes. Outras vezes, as políticas derivam de novas oportunidades, e não de problemas, propriamente.

Para Kingdom (1995), esse processo é denominado de “janela de oportunidades”. A contribuição do autor para o estudo do processo político está na idéia de que um tema surge em determinadas circunstâncias, após uma maturação do próprio processo político e numa situação de aparente equilíbrio – *“there is no new thing under the sun”*, numa reconfiguração de elementos compondo novas propostas. Quando se abre uma janela de oportunidade para a apresentação da proposta, ela já está negociada, pronta para ser apresentada para um novo round de negociações. (BAPTISTA, 2003, p.140).

Pode-se dizer que esta concepção de formulação de políticas enfatiza a participação do formulador, o que não significa desconsiderar as contribuições dos movimentos sociais e de outros atores elaboradores de propostas de políticas.

Significa, contudo, a opção de ver o processo da política desde a óptica de seu formulador. Como neste estudo escolhemos a análise do processo de política de saúde bucal desde o ângulo do MS, tal abordagem nos parece particularmente útil.

Segundo Baptista (2003), o argumento é que uma política encontra espaço para articulação na medida em que um contexto político-institucional se configura - logo, quando algumas condições são favoráveis.

Também podemos falar, além da agenda das políticas públicas em geral, das agendas específicas de cada instituição ou agência que compõe o Estado, em todos os níveis de governo. Esta definição também conduziu a nossa escolha, uma vez que consideramos a saúde bucal uma política específica. Neste caso chamamos de política de saúde específica⁹ as respostas governamentais dadas a certas doenças específicas, bem como as respostas governamentais dadas a demandas e/ou necessidades de certos grupos populacionais específicos. (MATTOS, 2003, p.47).

Essas agendas específicas são construídas e sofrem alterações pela mesma lógica que as políticas mais amplas. Sua formulação é feita por um ator social governamental (na maioria das vezes) que já possui determinado conhecimento do processo e o utiliza na prática, através de discussões mais ou menos ampliadas.

A entrada de determinados temas na agenda não garante que eles ocupem o mesmo grau de importância. O conceito que engloba esta noção de relevância é denominado de centralidade. Um problema público pode estar presente na agenda, mas não ocupar lugar de centralidade. Para medirmos os signos que demarcam a centralidade, é preciso analisar os documentos oficiais, os discursos, as justificativas das decisões, as descrições e as estratégias dos atores protagonistas.

⁹ Mattos (2003) trabalha com a definição de políticas específicas diferente da utilizada pela XI CNS, que a consideravam como políticas voltadas para um grupo portador de certas doenças, pois para o autor, usando-se esta definição, corre-se o risco de desenhar propostas tão somente assistenciais, limitadas ao enfrentamento da doença.

A questão da centralidade pode se expressar de várias maneiras. Se existe um organismo específico responsável pelo tema? Esse organismo possui orçamento próprio? Qual o tamanho do orçamento? Quantas pessoas trabalham na equipe? Existe disputa para a indicação para o cargo de maior nível hierárquico do órgão? A disputa é densa, com atores sociais demandando negociação?

Esses elementos configuram a capacidade institucional que reflete o posicionamento do problema na agenda.

Foi com essa visão que chegamos à análise do processo de formulação de políticas de saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2004. Como característica central, esta abordagem enfatiza algumas questões do processo, do poder, e toma como posição o papel do Ministério da Saúde.

2.1 Poder e processo

Para Gil Walt (1996), analisar a política de saúde implica analisar processo e poder. Diz respeito a quem influencia quem no processo político e como isso acontece.

“For me health policy is about process and power [...] It is concerned with who influences whom in the making of policy, and how that happens. Although many agree that politics cannot be superated from policy, few books on health policy or health planning talk explicitly about political systems, power and influence and people’s participation in policy making”. (WALT, 1996, p. 1)

O processo político é algo extremamente complexo, sem princípio nem fim, cujos limites são incertos. Assim, as políticas são definidas pelos vários modos como as pessoas exercem controle, poder ou influência umas sobre as outras.

Nos sistemas políticos nacionais, os formuladores de políticas representam uma pequena proporção da população. Dado o controle que exercem sobre o processo de decisão política, são uma elite, composta por autoridades executivas, ministros, parlamentares, altos funcionários públicos. Essa elite inclui também os chefes políticos e dirigentes partidários que compartilham com as autoridades do governo a responsabilidade pela decisão sobre políticas. (LINDBLUM, 1981)

Em alguns casos incluem-se, nesta elite, os acadêmicos e grupos de assessores. No jogo do poder, diferentes fatores, inclusive externos ao sistema político, podem afetar o processo de formulação de uma política.

Há que se pensar também no conceito de “*non-decision*” abordado por Walt (1996), ou seja, na possibilidade de que os problemas, assuntos ou demandas sejam descartados antes de alcançarem a arena da decisão. O poder do processo de não-decisão é tão intenso quanto o da decisão na formulação de políticas.

Quando olhamos com essa perspectiva o processo de formulação de políticas de saúde no Brasil e indagamos sobre os atores que dele participam, chama a atenção a aparente importância do Executivo Saúde¹⁰ nesse processo.

2.2 Sobre os atores na política: a importância do Ministério da Saúde

Na formulação de políticas apresentam-se diversos atores que possuem importância e que assumem características diferentes, podendo ser objeto de estudos empíricos. No caso das políticas de saúde no Brasil, um ator que merece destaque é o Ministério da Saúde.

¹⁰ Tomamos, aqui, as expressões “Executivo Saúde” e “Executivo Presidência” tal como Baptista (2003) utiliza em seu estudo.

O Ministério da Saúde (MS) foi criado em 1953,¹¹ no momento em que acontecia uma maior organização dos serviços. O órgão passou a ser responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, de alimentação e de nutrição, assim com pelas ações de interesse coletivo. Sua estrutura de ação limitava-se à realização de ações de vacinação e controle de endemias, de caráter preventivo; assistência materno-infantil; saúde dos portos; assistência a psicopatas.

No que se refere à forma de atuação, o MS tinha os hospitais especializados, notadamente nas áreas de psiquiatria e tuberculose e uma forma de atuação nas regiões Norte e Nordeste, através da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP).

Segundo Braga e Paula (1981), desde a sua criação, o MS sofreu injustiças quanto ao financiamento da sua estrutura. Na partilha do episódio do extinto Ministério da Educação e Saúde, coube à Saúde somente um terço dos recursos do orçamento. Assim, a estrutura do MS criada não assistia à maioria da população, que ficava à margem de qualquer proteção social, sendo a população rural a mais atingida.

Poderíamos dizer, alternativamente a Braga e Paula, que esse pequeno orçamento indica a baixa centralidade das questões na agenda do MS no momento da sua criação.

Com a criação do SUS, o MS passa a ser responsável pela direção do sistema no âmbito nacional, assumindo seu planejamento, controle, avaliação e auditoria, bem como pela promoção da sua descentralização. Cabe a ele também definir e coordenar os serviços assistenciais de alta complexidade, redes nacionais de laboratórios, de sangue e hemoderivados em nível nacional; assim como a

¹¹ Vale ressaltar que antes da criação do MS já existiam ações de saúde pública que vinham sendo elaboradas pela estrutura que antecedeu o MS que era o Ministério da Educação e Saúde.

regulação do setor privado, mediante a elaboração de normas, critérios e valores para remuneração dos serviços e de parâmetros de cobertura assistencial.

Atualmente o MS é responsável por mais de 70% dos recursos financeiros do SUS e amparado em um entendimento abrangente do papel do gestor nacional do sistema. Comanda o sistema coerente com a cultura institucional centralizadora herdada do antigo MS e do INAMPS dos programas verticais e da normatização nacional. (VIANNA, 2000, p. 17)

Deste modo, o MS tornou-se o ator social principal na esfera da formulação de políticas de saúde. Por isso, optamos por percorrer, neste trabalho, os bastidores do processo decisório sobre a política de saúde bucal a partir deste ator institucional específico, o Ministério da Saúde, uma vez que a tomada de decisão acontece em espaços institucionais. E ainda que, no caso da Saúde, persiste o caráter indutor e concentrador do Poder Executivo Nacional (Ministério da Saúde) na relação com as demais esferas de governo e como forma de relação estabelecida com o Poder Legislativo (Congresso Nacional). (BAPTISTA, 2003).

Conforme estudos indicam, existe no Brasil uma tradicional supremacia do Executivo sobre o Legislativo, no que se refere ao processo de elaboração de políticas. Essa relação é entendida como conseqüência de uma forte concentração do poder de agenda nas mãos do Executivo, devido aos resquícios de uma cultura autoritária e burocrática e pelo texto da própria Constituição democrática, que cria o instrumento das Medidas Provisórias e define, em seu artigo 87, como competência do Ministro de Estado, a elaboração de instruções para o executivo de leis.

Baptista (2003) identifica a existência de três lógicas de atuação no Poder Executivo que influenciam o processo decisório da política de saúde: decorrente do Executivo Presidência da República, do Executivo Saúde, e do Executivo Sanitário.

“A lógica proveniente de um Executivo Presidência da República, com a expressão de um projeto político pactuado pelo governo da situação. A lógica proveniente do Executivo Saúde, com a expressão de um projeto político mais ou menos consoante ao projeto da reforma sanitária, da Presidência da República ou de algum grupo de interesse específico, dependendo do desenho institucional do primeiro e segundo escalões de governo no momento de análise da política e com uma base na burocracia institucional da saúde de diferentes origens e lógicas – o MS, o INAMPS, a FSESP, a SUCAM. E, por fim, a lógica de um Executivo Sanitário bastante afinado ao projeto reformista e com uma proposta fechada para sua implementação.” (BAPTISTA, 2003, p. 24)

Considerou-se aqui o Executivo Presidência como a esfera que propõe suas ações baseadas no projeto político de governo e algumas vezes consegue combinar com a competência técnica. O Executivo Presidência foi considerado um ator relevante, pois trabalhamos com a hipótese de que a iniciativa de debate sobre a política nacional de saúde bucal, no caso do Brasil Sorridente, partiu do interior da agenda presidencial.

Uma das características da ação do Executivo Saúde é a opção pelo uso abundante de portarias, que vem sendo o principal canal de publicação das políticas formuladas por ele. Neste estudo sobre o processo de elaboração de portarias, estivemos atentos para reconhecer desde o MS, outros atores que podem ter se destacado no processo de formulação da política de saúde bucal.

Vale a pena insistir que a opção por privilegiar o MS como ponto de partida neste estudo não significa diminuir a importância dos outros atores, que aparecerão aqui na medida em que o olhar desde o MS permita reconhecer concretamente sua participação em determinados momentos da formulação da política.

Na prática, tomamos como material empírico inicialmente os documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, bem como as entrevistas feitas com os três últimos coordenadores de saúde bucal no nível federal. Ampliamos o elenco inicial da análise apenas na medida em que outros documentos ou atores apareceram como relevantes nesse material ligado ao Ministério da Saúde. Dado esse recorte,

obviamente o estudo tem um caráter exploratório, não pretendendo construir uma narrativa definitiva do processo de formulação estudado. Trata-se portanto de um estudo exploratório sobre a formulação de uma política específica.

Contudo, pelo referencial de análise que está sendo apontado, não é possível analisar a formulação da(s) política(s) de saúde bucal sem examinar o contexto mais amplo das políticas de saúde no Brasil. É disto que trataremos no próximo capítulo.

3 A CONSTRUÇÃO DO SUS COMO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Conforme apresentado anteriormente, esse trabalho ocupa-se do processo de formulação das políticas de saúde bucal do período de 2000 a 2004, tomadas desde a perspectiva do Executivo Federal. Para compreender esse processo, fizemos inicialmente uma leitura do contexto das políticas de saúde no Brasil. Trata-se de um passo importante da análise, uma vez que as políticas específicas, como vimos, só podem ser devidamente compreendidas em seus contextos político-institucionais. No caso da saúde bucal, a criação do SUS, como já assinalamos, marcou a definição da saúde como um direito e o rearranjo institucional que superou as dicotomias entre saúde pública e assistência médica.

Até a década de 80, o Brasil conviveu com duas formas de atender a população: a saúde previdenciária e a saúde pública. A primeira trabalhava na perspectiva assistencial, com ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Era voltada para as pessoas que possuíam vínculo formal de trabalho e para esses foram criadas formas de proteção social da qual a assistência à saúde fazia parte. Só era oferecida atenção à saúde aos beneficiários da Previdência Social. O vínculo da carteira assinada era a única garantia de acesso à rede hospitalar e ambulatorial gerida, primeiro pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.

O INPS foi resultado de uma profunda alteração na formação dos fundos para garantia da previdência e da saúde de diversos segmentos do mundo do trabalho.

Sua formação foi baseada na fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs) das diferentes categorias profissionais organizadas desde a década de 30.

Fora desse sistema de proteção previdenciária existiam as ações de saúde pública, de vigilância epidemiológica, de promoção do saneamento do país, que não estavam incluídas entre as responsabilidades da Previdência, e eram desenvolvidas pelo MS juntamente com órgãos estaduais e municipais. As ações eram de caráter universal, ou seja, oferecidas para todo o conjunto da população.

Mais do que simplesmente uma divisão das formas de atendimento, na verdade havia uma separação institucional entre o MS e o da Previdência Social. Nesta separação cada qual possuía a sua agenda e participava de processos políticos distintos. O primeiro, participava de processo tipicamente de política de saúde e seu orçamento disputava com outros ministérios, enquanto o da Previdência Social era ligado à política trabalhista e possuía recursos próprios.

Mansur (2001), em seu estudo sobre financiamento da saúde no Brasil, analisou a existência desses dois processos de desenvolvimento do setor saúde – medicina previdenciária e as ações do MS. Para o autor, a saúde pública (recursos do MS) recebeu pouca atenção do Estado. O orçamento do ministério não era prioridade para os governos. Por outro lado, a medicina previdenciária foi financiada principalmente pela contribuição de empregados e a receita destinada representava um percentual da receita total do INPS.

Dentro da estrutura do sistema de saúde existente, houve, ao longo do período, um predomínio da previdência no financiamento das ações de saúde, que foi acompanhado de um enorme peso do poder decisório. Mesmo com menos recursos, o MS também tinha uma tradição centralizadora, deixando estados e municípios sem autonomia.

A política de saúde, no que diz respeito à assistência, se apoiava numa estreita parceria entre o Estado e o mercado privado, com o credenciamento de médicos e a contratação de serviços hospitalares e laboratoriais realizada através do INAMPS.

Durante o período, muitas críticas vinham sendo feitas por intelectuais, profissionais de saúde e políticos opositores, que davam um tom de luta pela democratização no país. Os inúmeros debates e as conferências realizadas naquele momento geraram uma agenda alternativa aos princípios norteadores da política de saúde anterior, constituindo o Movimento Sanitário. A bandeira defendida por esse movimento incluía a constituição de um sistema integrado de assistência à saúde, de cunho descentralizante e de cobertura universal. Nesse processo, a agenda do movimento começou a exigir articulação entre a saúde pública e a assistência médica.

Para promover a descentralização do sistema de saúde, foram desenvolvidas algumas propostas de unificação das redes federal, estadual e municipal, a partir da década de 80. Foi necessário incorporar o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ao MS. O INAMPS ficaria responsável pela assistência ambulatorial e hospitalar integral a toda a população. A Previdência deixou de oferecer serviços de saúde e teve seu papel restrito ao gerenciamento dos benefícios de auxílio e aposentadoria.

Em 1984 foi criado o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), que foi um marco na passagem gradual do modelo de atenção à saúde previdenciário para um modelo mais universalista, pois nos municípios que assinaram o convênio das ações integradas não mais diferenciavam, para fins da assistência, a população que tinha um vínculo formal com a previdência e as demais.

De acordo com Médici (1994), as AIS foram criadas sob influência dos anseios do final da década de 70 e início da década de 80, período em que surgia um movimento municipalista em algumas regiões do país, pelas propostas de reformulação do sistema de saúde baseadas nos princípios da universalização e descentralização presentes nos discursos em prol da democratização do país, representando um “ponto de inflexão” na história institucional do INAMPS. (MÉDICI, 1994, p. 88-89)

Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS foi um processo mais ampliado do que as AIS, de descentralização no âmbito da previdência com uma crescente participação dos estados na gestão, inclusive da parte do sistema de saúde financiada pela previdência e uma universalização crescente.

Não podemos esquecer a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986 para discutir as diretrizes das políticas de saúde. Essa conferência forneceu elementos fundamentais de reorganização do projeto de proposta para o conjunto do setor saúde como insumos para a Assembléia Nacional Constituinte.

A Constituição de 1988 reproduziu um avanço de demandas políticas e sociais dos anos 80, propondo um sistema de proteção social que reformulava e transformava toda a organização do setor saúde. O modelo de atenção à saúde, conforme os preceitos constitucionais, passou a ser universalista, com maior equidade na distribuição dos serviços.

A saúde passou a ser concebida como um direito do cidadão (não mais como mera assistência médico-hospitalar) e dever do Estado (o governo como ofertante de políticas públicas). O seu capítulo da saúde foi construído em cima de um conceito

amplamente debatido pela VIII Conferência Nacional de Saúde, que compreendia a saúde como resultado de um conjunto de condições socialmente determinadas, ou seja, o produto de um conjunto amplo de condições de vida.

“[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde[...]” (VIII CNS, 1986).

Trata-se evidentemente de uma visão ampliada da saúde e de seus determinantes. Diante de tal abrangência, dificilmente seria possível sustentar que a saúde bucal não estivesse nela inscrita. Contudo, não há no relatório qualquer menção à saúde bucal.

O texto constitucional estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que rompeu com a dicotomia existente até então, promovendo a mudança de um modelo de seguro social para seguridade social, com base nos princípios e diretrizes da universalização, equidade, descentralização, atendimento integral e controle social.

Assim, o processo de mudança pode ser caracterizado por uma tentativa de inverter as características do modelo anterior, criando possibilidades para a universalização e a mudança do modelo de atenção curativa da saúde para um modelo de atenção integral à população.

A Nova Carta colocou um claro indicativo de descentralização no país, não só do sistema de saúde, onde realçou o papel dos municípios como executores das ações e serviços públicos, mas garantindo um novo pacto federativo e novos mecanismos de descentralização fiscal e administrativa aos estados e municípios.

Em termos fiscais, estados e municípios teriam maior autonomia para tributar e haveria um incremento nos mecanismos de partilha de receita.

A agenda de mudanças abrangeu desde a descentralização da operação e da decisão, passando pelo aumento da participação do setor público na oferta de serviços, pela regulamentação mais eficiente das ações de saúde, racionalizando o gasto público, a integralidade das ações, até o aumento da participação dos usuários na formulação e implementação da política.

Após a Constituição, o INAMPS foi perdendo espaço e alguns anos depois foi extinto. As ações foram tomadas tendo como órgão principal o MS e este, atuando como regulador das políticas, e a prestação de serviços descentralizada, com maior participação dos municípios.

O SUS emerge efetivamente com a regulamentação dos artigos constitucionais referentes à saúde, que aconteceu por meio das leis n.º 8.080, de 13 de maio de 1990, e n.º 8.142, do mesmo ano. A primeira estipulava as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Definia que as transferências de recursos entre os níveis de governo fossem realizadas de forma regular e automática, pelo mecanismo fundo a fundo (do fundo federal para os fundos estaduais e municipais), cabendo 70% do volume total aos municípios, atendendo aos seguintes critérios: população, perfil epidemiológico e demográfico, capacidade instalada, complexidade da rede de prestação de serviços de saúde e contrapartida financeira.

A segunda lei foi criada para complementar a lei anterior, que havia sofrido vários vetos do então Presidente da República Fernando Collor. Estabeleceu formas de participação da comunidade na gestão do SUS, tratou da criação dos Conselhos

de Saúde e das transferências intergovernamentais de recursos para a saúde, das possibilidades de repasse regular e automático, da distribuição dos recursos entre estados e municípios.

3.1 As NOBs e o processo de descentralização no Brasil

Durante a década de 90, a agenda nacional da saúde foi ocupada pela implementação gradativa dos preceitos constitucionais, regulamentados através das Normas Operacionais Básicas. Em cada NOB, novas formas de relação entre os gestores foram sendo introduzidas e, com elas, novos formatos de alocação de recursos no setor. A descentralização da política da saúde foi acontecendo gradativamente, assim como a descentralização do seu financiamento. A cada novo passo do SUS, havia uma nova forma de participação dos entes subnacionais e uma nova forma de transferência de receita da União para eles.

A NOB 01/91 foi criada, e com ela passou a ser implementado um modelo de repasse de recursos aos estados e municípios, de acordo com a produção de serviços. Na verdade, essa Norma representava os interesses do INAMPS de dar continuidade ao Sistema de Informação Hospitalar do SUS - chamado de SIH/SUS, que havia sido criado no ano anterior. Os recursos eram repassados por transferências negociadas.

A Norma estabelecia, ainda, tetos financeiros e de cobertura, por estado, para financiar a rede ambulatorial e hospitalar, através do pagamento a todos os provedores, públicos e privados, por procedimento. O pagamento por procedimento que já existia para os provedores privados foi estendido aos serviços públicos. (VIANNA e PIOLA, 1999, p. 9; OLIVEIRA, 2000, p. 143).

A NOB 01/93, do SUS, já não sofreu as influências do INAMPS como as NOBs anteriores. Em 1993, já havia acontecido a IX Conferência Nacional de Saúde, que enfatizava a necessidade da municipalização e, por conseqüência, a nova Norma faz grandes mudanças no quadro estabelecido até então. A NOB 01/93 introduziu formas de gestão como critério de classificação dos estados e municípios. A pactuação entre as esferas de governo começou a ser feita através de novos espaços institucionais de negociação, as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Intergestores Bipartite (CIB).

Estados e municípios teriam que se habilitar a uma das três formas de gestão - incipiente, parcial ou semiplena -, de acordo com o nível organizacional e comprometimento com o SUS. Para os estados, havia as formas parcial e semiplena. Cada uma das formas representava um nível diferente e progressivo de transferência de responsabilidades e autonomia de gestão. Os municípios e estados habilitados na condição semiplena receberiam recursos pelo mecanismo de transferência fundo a fundo, como previsto na Lei n.º 8.080/90. (COSEMS-RJ, 1999; OLIVEIRA, 2000; LEVCOVITZ, 1997 apud MANSUR, 2001).

A NOB 01/96 apresentou novos mecanismos de transferências governamentais, e reiterou o dispositivo da Lei n.º 8.142, que exigia sempre a contrapartida dos governos estaduais e municipais para cada repasse de recursos recebido. Foram criadas duas novas formas de gestão municipal: a "Gestão Plena da Atenção Básica" e a "Gestão Plena do Sistema Municipal". No primeiro caso, o município ficaria responsável pela assistência básica, prestada em unidades próprias ou através de contratos com provedores. No segundo caso, o município seria totalmente responsável pelos serviços ambulatoriais e hospitalares e teria autonomia para decidir sobre alteração de valor dos procedimentos médicos e outros pontos

relacionados ao pagamento dos serviços.

A partir daí ficou mais evidente a preocupação da saúde com a atenção básica, principalmente através da criação do Piso da Atenção Básica (PAB), que introduzia um critério de financiamento diferente das formas de financiamento já existentes no Ministério da Saúde. Até então, os recursos do MS eram pagos de acordo com a produção do serviço de saúde, assim os municípios eram dependentes do tamanho da rede instalada, ou seja, quanto maior a rede, maior o repasse. Com o PAB inova-se, pois este funcionaria através do repasse de recursos da União aos municípios, de acordo com o critério do pagamento *per capita*. Isto abre a possibilidade para que os municípios que não tinham rede básica organizada pudessem ter recursos para organizá-la.

O PAB pretendia contribuir para a redução da desigualdade entre municípios, uma vez que municípios que não tinham prestação de serviços de saúde e que não recebiam recursos nenhum passariam a receber a partir do PAB. Também sugere uma proposta de mudança no modelo assistencial, pois, a partir dele, o município passa a receber mais com a lógica de repasse *per capita* que permite uma ampliação dos recursos e a transformação do arranjo do sistema.

Com o PAB os municípios receberiam um valor *per capita* fixo para organizar e manter ações básicas de assistência à saúde. O PAB é composto de uma parte fixa, enviada a todos os municípios que se encontrem habilitados ou na forma de gestão "Gestão Plena da Atenção Básica" ou na "Gestão Plena do Sistema Municipal", e de uma parte variável, acrescida ao PAB-fixo, para a implementação de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família. O repasse do PAB variável, entretanto, era condicionado à adesão, pelo gestor municipal, a certos programas preconizados pelo MS. Por isso,

os diversos componentes do PAB variável também ficaram conhecidos como incentivos para certas políticas definidas pelo Ministério.

O PAB é transferido de forma direta, regular e automática aos municípios em "Gestão Plena da Atenção Básica" (fundo a fundo), e de acordo com o teto financeiro da assistência para a "Gestão Plena do Sistema Municipal". Quando o município não está habilitado em nenhuma das duas formas de gestão, o repasse é feito ao estado e, dele, para o município.

Vale a pena ressaltar que se o PAB era colocado na atenção básica, os demais procedimentos continuavam sendo remunerados de acordo com a produção. E o valor de cada procedimento era estabelecido por uma tabela específica.

Em 2001 foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01. Esta procurou enfrentar a idéia de uma certa reorganização das redes, destacando a necessidade de regionalização da atenção à saúde, como um avanço do processo de descentralização em curso nos últimos anos no setor. Também amplia o que a NOB/96 colocava em relação ao elenco de procedimentos, enriquecendo a atenção básica e produzindo maior diversificação dos incentivos.

A ênfase na atenção básica, já posta na NOB/96, é retomada pela NOAS. A atenção básica era conceituada desde 1998 como o conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde com qualidade e suficiência para sua população. A NOAS apresenta, sob o título de noção, a atenção básica ampliada conforme a referida definição. Como podemos notar, a única coisa que muda nesta questão é que a NOAS coloca que a atenção básica deve ser ofertada por todos os municípios do país para o conjunto da população que nele reside.

Neste sentido, a NOAS continua com os mesmos dispositivos de incentivos da NOB anterior, agora mais enriquecido pela incorporação de novas

responsabilidades para o gestor da atenção básica. A inovação trazida foi a exigência da montagem de um Plano de Desenvolvimento Regional, que tem como elemento de coordenação o gestor estadual, com a colaboração e pactuação de todos os gestores municipais. A chave para esse processo foi a definição das microrregiões de saúde, baseadas em características da capacidade instalada e na forma como a população busca os serviços. Forneceu um sentido mais preciso ao termo hierarquizado, ao identificar pólos de atendimento e correlacioná-los com três níveis de complexidade.

O processo de habilitação se caracterizou, ao longo da década das Normas, como um termo utilizado no processo de desenvolvimento da política de incentivo à descentralização e opera pela exigência de documentação legal, como certidões negativas e compromissos assinados. Porém, as condições efetivas de prestação de serviços aparecem em segundo plano nas instâncias decisórias.

Percebemos que o processo de descentralização da saúde implementou propostas e programas, ao longo da última década, que exigiam a participação de todos os entes federativos para seu funcionamento. Os municípios tiveram destaque em todos os documentos da descentralização e teriam suas responsabilidades muito ampliadas à medida que se desenvolvia o processo. Novas formas de gestão do sistema foram sendo introduzidas e aos poucos foram sendo adotadas por cada município, e o grau de responsabilização deles foi aumentando de acordo com o que determinava cada Norma Operacional Básica.

No processo de descentralização, há uma tendência dos níveis subnacionais de dependerem muito dos recursos transferidos do nível central. Essa dependência limita o seu grau de autonomia para a tomada de decisão. Então, podemos dizer que quanto maior a arrecadação fiscal própria do município, maior seu grau de

autonomia.

A recuperação das bases federativas do Estado brasileiro tem impacto sobre o processo de descentralização das políticas sociais no país, pois, resguardados pelo princípio da soberania, estados e municípios assumem a gestão de políticas públicas sob a prerrogativa da adesão, precisando em alguns momentos ser incentivados para tal. Desta forma, no Estado federativo, tornou-se fundamental, para o Executivo, criar estratégias de indução capazes de obter a adesão dos governos locais.

3.2 O Programa Saúde da Família

Dentro dessa lógica de indução, no campo do estabelecimento de diretrizes de políticas para organização e reestruturação de sistemas locais, o Programa Saúde da Família (PSF) foi o grande carro-chefe do Ministério da Saúde a partir dos anos 90. O Programa resume a nova forma de ação do MS na sua função institucional, dentro dos mecanismos de gestão do SUS e na condução de macro diretrizes relativas ao formato de modelo assistencial. Vianna (2000) considera que as mudanças no modelo assistencial que ocorreram por conta dos programas Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACs), criado em 1991, e do próprio PSF, provocaram alterações nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, na forma de organização e prestação dos serviços, bem como no processo de descentralização.

O Programa Saúde da Família apareceu no cenário das políticas de saúde no Brasil com o papel de repor a relevância da atenção básica, com ênfase nos cuidados da prevenção e da promoção da saúde.

O conceito de atenção básica adotado pelo MS refere-se a um conjunto de

ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A atenção básica é desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários de saúde. Orienta-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, apud KLUTHCOUSKY, 2005).

O PSF entrou na agenda do Ministério da Saúde a partir de 1994, levando à proposições de mudanças no modelo de atenção, na organização dos sistemas e nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração das ações de saúde (MACHADO, 2005). Focava a família e a comunidade, o que virou um marco do governo que o criou e um atrativo para os demais governos que assumiram a continuidade do Programa nas sucessivas gestões ministeriais.

Vale a pena lembrar que algumas experiências municipais já vinham sendo desenvolvidas antes da criação dos incentivos federais, por exemplo, o primeiro município a estruturar seu modelo de assistência a partir da família foi Curitiba (PR) e, desde sua implantação, possuía atividades em saúde bucal, com a inserção de profissionais da área, como CD, THD e ACD na equipe. Camaragipe (PE) também

contava com equipes de saúde da família (ESF) desde 1994.

Mas foi através de Norma Operacional publicada em 96 que se criaram os incentivos financeiros para os municípios adotarem o PSF e o PACS como principal estratégia de reorganização do modo de atenção à saúde.

Os incentivos, calculados de acordo com a população coberta pelos programas, foram implantados através da subdivisão do Piso da Atenção Básica (PAB) em uma parte variável.

“Os municípios habilitados na NOB SUS 01/96 passam a receber mensalmente, ‘fundo a fundo’, um duodécimo do valor de PAB fixo estipulado na faixa de R\$10,00 a R\$ 18,00 *per capita*/ano. A parte variável do PAB, também transferida diretamente aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) dos municípios habilitados, está condicionada ao cumprimento dos requisitos específicos avaliados nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs), segundo especificações em portarias do MS. Os incentivos são destinados às seguintes ações e programas: PACS, PSF, Programa de Carências Nutricionais e Assistência Farmacêutica Básica.”(LEVCOVITZ, 2001, p. 11).

A lógica dessa política era induzir, via incentivo, a substituição do modelo de atenção básica tradicional por uma estratégia que priorizava as ações de promoção, proteção, recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua.

Se num primeiro momento, logo após 1994, o PSF era visto como uma política voltada para populações menos favorecidas, a partir de 96, a ênfase na atenção básica e o caráter substitutivo do PSF fazem com que se defenda que toda a atenção básica do Brasil se modifique. Ou seja, passa a se considerar como ideal que a cobertura do PSF seja de 100% da população brasileira. Neste sentido, a NOB/96 e as portarias posteriores vão instituir o padrão do incentivo do PSF, de forma a incentivar a expansão e o aumento de cobertura. Logo, quanto maior a

cobertura do PSF no município, maior o valor do repasse por equipe de saúde a cada mês. Esse dispositivo visava não apenas a incentivar a criação de equipes, mas a incentivar um movimento de maior cobertura do PSF.

Assim, o PSF possibilitaria o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local, por viabilizar a operacionalização da atenção básica, envolvendo um conjunto de ações individuais e coletivas. Sua estrutura inicial contemplava a formação de uma equipe mínima, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Vale ressaltar, aqui, que o cirurgião-dentista não integrava essa equipe mínima.

Contudo, os municípios, fortalecidos como atores fundamentais na gestão da saúde pelo processo de descentralização, poderiam incorporar, a seu critério, outros profissionais nas unidades de saúde da família ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

O Ministério da Saúde assumiu oficialmente o caráter estratégico do PSF, afirmando a reorientação do modelo assistencial, estabelecendo-o como porta de entrada do sistema público de saúde.

O território ou área de abrangência, em um enfoque multiprofissional, foi outra inovação do PSF. A equipe se comprometia com um quantitativo populacional distribuído ao longo de um espaço geográfico delimitado e contínuo, assim, o foco de atuação deixou de ser centrado exclusivamente na clientela que freqüenta determinada unidade de saúde. A proposta é de uma atuação com práticas sanitárias programadas com base na realidade do território, abrangendo uma gama de ações sobre a realidade local nos determinantes do processo saúde-doença.

A definição da área de abrangência não é feita em termos de um quantitativo geográfico. A exigência é que haja contigüidade entre as localidades atendidas por

uma determinada equipe. O MS definiu a área de abrangência através de critérios populacionais, devendo cada equipe ter como referência 600 a 1.000 famílias, em uma média de 3.450 pessoas, aproximadamente, para cálculos de cobertura e incentivos financeiros.

Apesar de se preconizar que o atendimento da equipe se desenvolva junto às famílias, a área de abrangência deve contar com uma unidade de saúde de referência. O número de profissionais de cada equipe pode ser definido de acordo com os princípios de capacidade instalada, quantitativo populacional a ser assistido, enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, integralidade da atenção e possibilidades locais.

Em 2001 a questão do eixo de preocupação da descentralização já havia se estruturado de alguma forma. De outro lado, temos um avanço também na participação social, através de conferências e conselhos. O que surge em consequência da maior participação e do início da entrada da agenda do movimento social é a qualidade da atenção, que de alguma forma ganha campo na discussão das políticas de saúde. As políticas passam a tematizar coisas como a humanização do atendimento e a noção de integralidade vai ser evocada como uma linha importante das políticas. Surgem dinâmicas que estarão mais presentes na maneira de enfatizar os problemas gerais da agenda, e isso vai permear os conceitos que embasam, entre outros, o PSF.

A estratégia de estruturação da atenção básica, através do PSF, tem potencialidades interessantes para a população, especialmente no sentido de humanização do atendimento e comprometimento dos profissionais com a comunidade. Por outro lado, para os gestores municipais de saúde representa uma possibilidade de ampliação de recursos para atenção primária, tanto pelo

co-financiamento, através de recursos federais e, em alguns casos, estaduais, quanto melhora da efetividade das ações de saúde. (BRASIL 2000, 2004; MENDES, MARQUES, 2004 apud KLUTHCOUSKY, 2005). Com a expansão do programa, os incentivos financeiros foram atualizados, por portarias.

Como vimos, o PSF possui uma lógica que proporciona o aumento progressivo do incentivo, na medida em que o município amplia sua cobertura populacional, o que vem potencializando o dispositivo de fazer a política e garantindo a centralidade na agenda governo após governo.

É nesse contexto das políticas de saúde que ocorreram os processos que constituíram a formulação da política de saúde bucal brasileira, que passaremos a analisar.

4 A SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em dezembro de 2000 foi elaborada a portaria GM n.º 1.444, que estipulava os incentivos financeiros para as equipes de saúde bucal no PSF, ou seja, que introduziu a saúde bucal no programa. Uma primeira questão a ser destacada é que o Programa Saúde da Família já estava sendo implantado há sete anos, e a segunda é que a decisão de tornar o PSF um modelo substitutivo já havia sido tomada, assim como a criação dos incentivos.

Desse modo, observamos que a inserção da saúde bucal ocorreu tardiamente. Portanto, não se pode dizer que o processo de entrada da saúde bucal seja uma extensão natural do PSF. Esse fato foi considerado como um marco no desenvolvimento da política de saúde bucal. Mas quais seriam os significados que estariam por trás deste marco?

Como já vimos, o momento de entrada do PSF na atenção básica não representou a entrada da saúde bucal na agenda. Contudo, pode ter representado, aparentemente, um aumento da centralidade da saúde bucal no conjunto da agenda do MS.

Para compreendermos este processo da portaria, torna-se necessário olharmos o período anterior ao momento de sua formulação. Portanto, desde o âmbito no Ministério, localizamos em 1995 a entrada de Sônia Dantas na Área Técnica de Saúde Bucal. Pelo que pudemos levantar na entrevista com a coordenadora, sua trajetória profissional se deu em grande parte nos serviços da ponta e sua indicação ao cargo foi feita pela proximidade com a área técnica num momento em que esta estava sem coordenador.

Uma das primeiras ações desenvolvidas pela coordenação foi um

levantamento epidemiológico nas capitais brasileiras, para mapear a situação de saúde bucal da população. Segundo Sônia:

“O último levantamento que nós tínhamos foi em 86, tava completando 10 anos[...] Então este levantamento foi até para nos nortear pra pensar nas ações que nós íamos propor aqui dentro. Eu cheguei aqui em 95, preparamos este levantamento e em 96 estávamos fazendo”.

O despertar para o PSF surgiu, segundo Sônia Dantas, das leituras que faziam sobre o programa que estava em plena expansão no país desde a sua criação, em 1994, e do “incômodo” gerado pelo fato de ter profissionais médicos e não ter odontólogos.

A saúde bucal não possuía, até então, orçamento próprio e todas as ações desenvolvidas até o período eram negociadas com a Secretaria de Políticas de Saúde. Para o corpo técnico que assumiu, a ausência de recursos financeiros era uma questão relevante.

Em função disto, buscou-se o diálogo com o Secretário de Políticas de Saúde da época, Cláudio Duarte, sobre a participação da saúde bucal no programa. O amadurecimento da possibilidade de entrada da saúde bucal no PSF impulsionou a busca por orçamento em outras fontes, durante todo o ano de 1998 e 1999. Esse processo foi denominado por Sônia Dantas de “período de arrumar a casa”. A partir de então, toda negociação sobre quem entra na equipe, como se estrutura o trabalho, esteve mediada pelos recursos disponibilizados com a política de baixa centralidade.

No relato da fala da Sônia encontramos brechas de uma certa configuração de como o problema estava sendo formulado, o que KINGDOM (1995) chama de

“*stream do problema*”. A coordenação de saúde bucal não possuía a formulação de um projeto prévio claro. O silêncio na fala da coordenação sobre os modelos de assistência indica que não havia o objetivo de organizar propriamente um modelo de assistência que desse conta dos problemas de saúde bucal da população, que inclusive tinham sido levantados no diagnóstico realizado em 1996. Desta forma, a formulação do problema estava baseado na criação de algo que pudesse superar uma diferença: a organização de um espaço institucional.

Simultaneamente à luta pela garantia dos recursos, a coordenação já estava discutindo o desenho do modelo de funcionamento das equipes e elaborando a minuta da Portaria n.º 1.444.

Como não possuía alta centralidade, a inserção das equipes de saúde bucal no PSF não foi prevista no Plano Plurianual. Portanto, precisou ser um processo negociado entre a coordenação e o secretário de Políticas de Saúde. Todo o processo de elaboração, de acordo com Sônia, teve a participação da equipe composta por cinco técnicos e pelos integrantes do comitê de assessoramento que contribuíram no desenho de diversos cenários até se chegar a uma proposta satisfatória dentro dos limites financeiros estipulados pelo secretário de Políticas de Saúde. Sobre isto Sônia Dantas afirma:

“Toda negociação financeira foi feita com o secretário de Políticas de Saúde, Cláudio Duarte. A secretaria tinha recursos de outras áreas, então, foram desenhados milhões de cenários até chegarmos a este valor. Quase todo santo dia nós desenhávamos cenários. Vamos ver preço para consultório, então o cenário um para equipamento. Vamos ver preço da equipe da modalidade um (1). Então nós fazíamos cenários com 100% dos valores do PSF. O PSF pagava ‘x’, a gente ia discutir com o Dr. Cláudio, que dizia, faz o cenário com 80% do que o PSF repassava por equipe, nós desenhávamos... Tá muito alto, nós abaixávamos para 50%. Nós tínhamos assim mil cenários, para chegar numa definição. Foi quando ele bateu o martelo com 40% do que o PSF repassava”.

Após a definição dos valores a serem repassados, partiu-se para a elaboração das normas para solicitação dos incentivos para as equipes de odontologia no PSF.

O documento (Portaria n.º 1.444) estipulava os incentivos para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no programa. Definia que o trabalho das equipes de saúde bucal (ESB) no PSF estaria voltado para o mesmo objetivo das equipes de saúde da família (ESF), ou seja, para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

O incentivo financeiro era anual, por equipe implantada, de acordo com a composição, e transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores.

Conforme acordo feito entre a coordenação e a SPS, para fins de incentivo estavam previstas duas modalidades para as equipes. Na modalidade I, formada por cirurgião-dentista e atendente de consultório dentário (ACD), o incentivo era de R\$ 13.000,00 anuais/equipe. Na modalidade II, formada por cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário e técnico em higiene dental (THD), o incentivo era de R\$ 16.000,00 anuais/equipe. Foi estabelecido que “cada equipe de saúde bucal deveria atender em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes e para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deveriam estar implantadas duas equipes de saúde da família”¹². (BRASIL, 2000)

¹² Talvez as palavras “cada equipe” tenham sido empregadas no documento, equivocadamente, no lugar de “as equipes de saúde bucal”.

Apenas para os municípios com menos de 6.900 habitantes poderia ser implantada uma equipe de saúde bucal com uma ou duas equipes de saúde da família implantadas¹³.

Além disso, foi estipulado o pagamento de um incentivo adicional no valor de R\$ 5.000,00, pago em parcela única, por equipe implantada, referente à aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

A inclusão dos municípios no programa foi prevista para funcionar na mesma lógica das equipes básicas. Desta forma, a habilitação do município deveria ser aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que remetia à Secretaria de Políticas de Saúde a relação dos municípios qualificados.

Todos esses arranjos e valores foram objeto do processo de negociação. Durante o processo, Sônia relata ter apresentado a proposta para alguns atores, numa tentativa de garantir a participação de toda a classe odontológica no processo decisório. As palavras usadas pela ex-coordenadora expressam as dificuldades encontradas nos bastidores do processo.

“Foi uma luta muito árdua, foi negociada também, tivemos várias reuniões com ABO que foi uma parceira muita grande no processo, o Conselho Federal... ficamos no impasse”.

Na fala da ex-coordenadora, a criação da modalidade 1 e da modalidade 2 foi estrategicamente pactuada em função dos recursos disponibilizados naquele momento. Existiam duas opções: estabelecer os incentivos de acordo com o limite orçamentário imposto pela SPS, o que acarretaria um panorama insatisfatório para cada equipe de saúde bucal que referenciam o número de pessoas equivalente a

¹³ A desigualdade na quantidade de ESB, quando comparadas às ESF, foi criticamente debatida pelos profissionais da saúde bucal na época de publicação da portaria.

duas equipes de saúde da família, ou aguardaria-se as condições ficarem mais favoráveis para a criação dos incentivos.

Assumiu-se o risco mesmo sabendo que não “era o ideal,” com a expectativa de conseguir mais recursos posteriormente.

“Tudo isso foi uma situação desgastante porque, como profissional, técnico do próprio MS, a gente sentia ao mesmo tempo em que a odonto estava sendo olhada, a gente também sentia que ela não estava sendo priorizada desde a relação de recursos financeiros. Por outro lado, a gente tinha uma alegria, por estar dando o pontapé e a esperança com o compromisso do Cláudio em rever isso após um ano de trabalho do saúde da família.”¹⁴

Ainda assim, existia a preocupação com o processo normativo, que teria que dar conta dos obstáculos encontrados desde a discussão financeira até a operacionalização na ponta.

“Quando você lança a portaria de incentivo da SB, você lança imaginando que os cinco mil e poucos municípios podem de uma vez, então, você tem que contar com o máximo a inclusão da SB. A gente sabia que seria gradativo, até alguns gestores se sensibilizarem de incluir a própria equipe para receber esse novo profissional, era uma equipe que estava trabalhando desde 90, então também esta adaptação com a equipe, sabíamos que seria gradativo, mas em nível de recursos, a gente tinha que estar disponibilizado com um montante para todos os municípios, pois até onde iria o gradativo a gente não tinha idéia.”¹⁵

Depois de lançada a portaria “financeira”, foi elaborado o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, integrado à portaria n.º 267/01, de 6 de março de 2001, que estabeleceu aquilo que poderia ser chamado de “a regra do jogo”.

¹⁴ Trecho da fala de Sônia Dantas, em entrevista.

¹⁵ Trecho da fala de Sônia Dantas, em entrevista.

Note-se que o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal é posterior ao desenho dos esquemas básicos de funcionamento das equipes e dos dispositivos de repasse de recursos através dos incentivos. Ou seja, o conteúdo do projeto foi elaborado após a construção da viabilidade.

Sônia Dantas aponta a necessidade desse documento, pois se tratava de uma “política nova”¹⁶ dentro de uma estrutura que já existia – o PSF, ofertada a uma categoria que historicamente organizava seu processo de trabalho num espaço fechado e isolado, que são os consultórios. A nova proposta demandava um novo modo de atuação profissional, abrangendo diferentes conhecimentos, “dentro da filosofia do saúde da família, que trabalhava com a universalidade, equidade, integralidade, enquanto a odontologia trabalhava dentro de um consultório, sem participar de planejamento, de ações de adscrição de clientela.”¹⁷

Os objetivos trazidos pelo referido plano eram: melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo PSF; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas ESF às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal; capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS; avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF. (BRASIL, 2001)

O plano aprofundou questões que apareceram superficialmente na portaria GM n.º 1.444/00. Expressava as características operacionais: as estratégias para

¹⁶ Termo usado por Sônia Dantas durante a entrevista.

¹⁷ Trecho da fala de Sônia Dantas durante a entrevista.

incorporação das ações de saúde bucal no PSF definiam as atribuições dos profissionais (as atribuições comuns à equipe e as específicas do CD, THD, ACD e ACS) e definiam também as responsabilidades institucionais (MS, Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)). Com relação ao financiamento, não foi acrescentada nenhuma alteração ao que já tinha apresentado a portaria anterior, contudo, foram elencados os equipamentos, instrumentais utilizados e procedimentos de saúde bucal realizados na atenção básica.¹⁸

Abril de 2001 foi o mês que, segundo Sônia, de fato começou o processo de habilitação dos municípios. Nesse período se afirmou o que a coordenação receava ocorrer. Foram encontradas dificuldades na implantação de equipes de modalidade 2, pois não existiam profissionais qualificados na área técnica. Existiam no Brasil cerca de quatro mil técnicos de higiene dental (THD), segundo o Conselho Federal. Sônia relatou que a Área Técnica sabia que dificilmente conseguiria trabalhar com esta modalidade. Neste sentido, elaboraram um projeto em parceria com os Recursos Humanos do MS, de capacitação de THD, que ficou pronto na época em que ela saiu da coordenação.

Outras dificuldades surgiram no momento da implantação, como a alta rotatividade de cirurgiões-dentistas e a exigência de curso de formação para os auxiliares de consultório dentário (ACD) por parte do Conselho Federal de Odontologia (CRO).

“Tudo isso foi complicador, que a gente tentava sempre estar negociando com o conselho federal, para ele alargar mais esse

¹⁸ Conforme a Portaria n.º 267/01, esses procedimentos se referem àqueles estabelecidos por intermédio da NOB/SUS 96 e NOAS.

prazo para que eles deixassem que os CDs emitissem os certificados senão iria parar a ESB no PSF.”¹⁹

As dificuldades apontadas pela coordenadora são em grande parte reflexo da situação na qual se encontrava a área de saúde bucal. O número de técnicos era pequeno, não existia orçamento próprio, o cargo de coordenador da Área Técnica estava desocupado no momento em que Sônia assumiu. Esses fatores são indicadores de uma baixa centralidade na agenda. Desta forma, a entrada da saúde bucal no PSF representou o aumento da centralidade na agenda da atenção básica, na medida em que ela colocou em problemas centrais da agenda do Executivo da Saúde por um processo de subordinação, ou seja, a saúde bucal se encaixou no PSF através de uma janela de oportunidades. Por outro lado, a entrada na agenda não garantiu a centralidade para a saúde bucal, pois todos os arranjos institucionais utilizados são os mesmos do PSF, e nestes arranjos há uma prioridade menor para saúde bucal do que para os outros.

Apesar de a coordenação acreditar que tudo era novo, quando olhamos para os dispositivos institucionais, encontramos os mesmos que já eram utilizados na política maior de descentralização: a habilitação dos municípios e a normatização via portarias. “A novidade” ficou num nicho absolutamente subordinado à agenda do MS.

A marginalidade em que se encontrava a saúde bucal no MS, e por consequência, a restrição orçamentária, diziam como se pautava a discussão. O PSF caracterizou-se por ser uma política elaborada para incentivar os municípios a implantá-la através de um dispositivo financeiro que aumenta conforme a ampliação

¹⁹ Trecho da fala de Sônia Dantas, em entrevista.

da cobertura. No caso da saúde bucal, esse dispositivo não esteve presente, uma vez que os incentivos não são alterados conforme a ampliação da cobertura. É possível considerar que a aposta do Executivo Saúde no crescimento da saúde bucal foi feita em menor escala do que para o PSF.

Não se identificou um cenário de disputa com atores externos, mas sim, uma negociação a partir de um nicho de oportunidade, e neste caso, a coordenação assumiu a postura de mediadora entre a oportunidade apresentada e o movimento da categoria. Enfim, durante o processo de entrada da saúde bucal no PSF e, posteriormente, durante toda a gestão de Sônia Dantas, existiu um esforço de articulação, desde um lugar de baixíssima centralidade que se expressava por um processo de indicação técnica descolada de projetos políticos, pela ausência de orçamento e por não ter um projeto *a priori* claramente configurado. Buscou-se um nexos que foi realizado por uma janela de oportunidades na atenção básica e que, de certa forma, foi bem aproveitada, apesar de não permitir que a saúde bucal ocupasse um lugar de centralidade na agenda. Os passos dados pela coordenação, neste contexto, foram coerentes com esse cenário: com a estratégia de crescimento de centralidade, busca de recursos e com a orientação pelas prioridades acima. Neste sentido, o projeto foi sendo construído no decorrer da luta pela superação desses obstáculos.

5 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL SORRIDENTE

Como vimos, a entrada da saúde bucal no PSF não decorreu de um projeto previamente delineado para a atenção básica. O projeto foi sendo desenvolvido durante o decorrer do processo. Ao contrário disso, na construção do Brasil Sorridente parece que existia um projeto político logrando desde o seu início ocupar lugar de destaque na agenda do Executivo.

Poderíamos pensar que a proposta do Brasil Sorridente decorreu naturalmente dos desenvolvimentos institucionais da política de entrada da saúde bucal no PSF. Entretanto, neste estudo não conseguimos encontrar com clareza elementos de continuidade entre estas duas políticas no plano institucional. Ao contrário, encontramos discursos e falas que ressaltavam o hiato existente entre as políticas. Isto não implica, necessariamente, descontinuidade do debate que vinha sendo feito por atores externos ao MS²⁰.

Aparentemente, parte desse debate se aglutinou em torno dos grupos que participaram da construção do programa do governo Lula. De fato, o processo desta candidatura contou com a articulação de trabalhadores da área odontológica e demais profissionais de saúde, alguns com experiências em prefeituras do Partido dos Trabalhadores (PT) e outros vindos diretamente do debate acadêmico e que se incumbiram da elaboração do programa de governo. Portanto, foi através da mobilização de um partido político que se organizou o projeto apresentado na instituição.

²⁰ De fato, nossa hipótese inicial imaginava que esta era uma continuidade embasada, de um lado, na continuidade institucional e, de outro, de que o movimento de aumento da centralidade refletia de uma maneira geral o movimento de saúde bucal coletiva. Sobretudo, durante a entrevista pudemos constatar que são significativas as descontinuidades neste processo.

Com a vitória do presidente, esse grupo articulado se colocou para detalhar as linhas de ação do Executivo na área da saúde bucal. Foi realizada uma série de reuniões com os partidos da base de sustentação (PT, PSB e o PC do B). Conforme relatado por Gilberto Pucca, um dos encontros realizado em São Paulo reuniu cerca de 100 pessoas de diferentes áreas de formação com alguma discussão na saúde bucal e que participaram da plenária, lançando as bases para o trabalho que seria desenvolvido. A síntese do encontro ficou registrada num documento chamado “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes! Proposta para a saúde bucal no governo Lula dirigida à equipe de transição²¹”.

O referido documento trata de uma proposta para a saúde bucal no governo Lula. É interessante notar, preliminarmente, o título dado ao documento, que estabelece uma aparente relação entre o Programa Fome Zero e a questão da boca cheia de dentes.

Analisando o material, encontramos o texto dividido em duas partes. Na primeira, foi realizada uma aproximação das questões apresentada pelo presidente eleito como projeto de governo e a necessidade de se pensar a saúde bucal como parte integrante deste conjunto de prioridades. Como o carro-chefe da campanha do presidente Lula foi o Programa Fome Zero, houve um esforço de conectar a proposta de trabalho para a saúde bucal ao programa em questão. Diz o documento logo no seu início:

“Preliminarmente, consideramos necessário assinalar que o anúncio do Programa Fome Zero como a primeira manifestação do Presidente Eleito ao povo brasileiro sinaliza, clara e inequivocamente, um conjunto de prioridades para as políticas públicas que, em nosso entendimento, inclui a saúde e, nela, a saúde bucal, uma vez que tornar fome zero uma realidade para todos os brasileiros implica assegurar-lhes condições para mastigar bem. E ter dentes é condição para mastigar bem. Manter dentes saudáveis

²¹ Originalmente não era nossa intenção analisar este documento, entretanto, após a entrevista com Gilberto Pucca observamos que seria fundamental para caracterizar este processo.

e, na sua falta, prover dentes aos que deles necessitem constitui, sem dúvida, enorme desafio no conjunto de desafios do Programa Fome Zero. Daí nossa consigna: Fome zero, boca cheia de dentes!" (FOME ZERO, 2002, p. 1)

Nota-se que, nesse parágrafo, há uma tentativa dos atores de apresentar a saúde bucal como se fosse algo naturalmente inerente ao Fome Zero. Ao fazer isso, usa-se a perspectiva de que o Fome Zero se reduz à questão alimentar. Ressalta-se uma inserção que se coloca no limite quase que biológico da dimensão do Programa Fome Zero, uma vez que mastigar tem a finalidade da ingestão dos alimentos. Mas o Fome Zero talvez nunca tenha sido um programa que se propõe a responder à questão alimentar. O que mostra um esforço caricatural do grupo de formuladores, nessa tentativa de fazer uma conexão.

O texto apresenta um panorama geral que evocou a história da esquerda brasileira e sua potencialidade acumulada, o que permite garantir que o Ministério da Saúde cumpra seu papel como responsável pela área da saúde e favoreça as mudanças demandadas pela população. Evoca também questões que nunca foram debatidas pela saúde bucal, como a necessidade de iniciar um processo efetivo de enfrentamento e superação das dificuldades de natureza social, econômica e política experimentadas pelo país. Isto deixa rastros de que a articulação da saúde bucal não era uma articulação exclusivamente da saúde bucal, mas sim, inequivocamente, uma articulação da saúde bucal com uma certa leitura de projeto da sociedade como um todo.

Segundo o documento, os formuladores partiram de um diagnóstico da saúde bucal no país, realizado de acordo com a deliberação do Setorial Nacional de Saúde do PT, em conjunto com representantes de saúde dos partidos de coligação em reunião anterior. Esse diagnóstico embasou a elaboração da proposta de ações a

serem desenvolvidas emergencialmente durante os cem primeiros dias de governo, as ações desenvolvidas em médio prazo, e norteou a construção dos perfis do então futuro ministro da Saúde e do futuro responsável pela política de saúde bucal.

Segundo o texto:

“É com base nesta história que nos sentimos autorizados a propor que o Ministro da Saúde seja algum companheiro(a) que tenha identidade, compromisso e participação no processo de construção do SUS e da Reforma Sanitária, expressando nossa divergência do critério de ‘quota pessoal’ para definição do nome. Pela sua importância, a escolha do responsável pela saúde no Governo Lula deve ser a expressão das nossas lutas históricas nesse setor e resultar do debate de todas as forças políticas que se empenharam para eleger Lula[...] Na área de saúde bucal, o mesmo compromisso deve ser buscado.” (FOME ZERO, 2002, p. 2)

O texto é categórico, no sentido de reivindicar um perfil para o alto escalão do Executivo Saúde que reflete a base partidária do governo. Verificamos que logo em seguida há uma crítica pesada em relação à possibilidade levantada pelo governo recém-eleito de aproveitar algum ex-ministro do governo Collor para ocupar o cargo de Ministro da Saúde. É como se o texto quisesse chamar a atenção para o fato de que o grupo, de uma forma geral, tem sido protagonista de uma luta ao longo dos últimos anos na busca de conquistas para área de saúde e agora, quando o grupo se torna governo, cogita-se a possibilidade de ter um ministro que não tenha compromissos radicais com essa trajetória de luta.

Esse tom de crítica prossegue. Na área de saúde bucal, assinala-se a debilidade presente durante a última década e a perda crescente da capacidade de interlocução interna e externa ao órgão. A crítica se estende na medida em que afirma que tal fragilidade não corresponde a visibilidade que deve ter uma política que se refere a cerca de 200 mil trabalhadores, nos setores público e privado do país e na falta de conclusão do Levantamento SB-2000, iniciado pelo governo

anterior e que buscava conhecer a situação de saúde bucal dos brasileiros e avaliar a realidade do país quanto às metas da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Mesmo dispondo de competente assessoria de especialistas de renomadas universidades e tendo em mãos um bom projeto, o MS não foi capaz de realizar a investigação.” (FOME ZERO, 2002, p. 3)

A leitura que se fazia era extremamente crítica e não necessariamente compreendia o processo anterior, que, como vimos, não estava na esfera da capacidade ou da incapacidade.

Outro conjunto de críticas se refere: à interlocução da área de saúde bucal do MS com as coordenações estaduais, que foram consideradas precárias; ao processo de formação de pessoal auxiliar odontológico, onde foi identificada desarticulação entre a área técnica e o órgão responsável pelos recursos humanos da pasta; à ausência de Conferência Nacional de Saúde Bucal, desde 1993.

A primeira parte do documento volta-se a elementos que marcam a diferença entre o que existia antes na saúde bucal e a proposta que se coloca, entre o que existia antes do ponto de vista da saúde e a possibilidade que o governo Lula inaugura, da perspectiva de um projeto de sociedade.

Na segunda parte do documento, foram descritas objetivamente, em tópicos, as propostas de ações de saúde bucal julgadas como necessárias a serem implantadas no Governo Lula, constando inclusive o nome das pessoas indicadas para o cargo de coordenador nacional, entre eles o de Gilberto Pucca.

Os 23 tópicos constituem um balizamento geral das ações e parecem responder às críticas feitas anteriormente. Observando o texto, notamos que em alguns tópicos as propostas são apresentadas e na mesma frase se colocam as

questões a serem superadas. Isto aponta o esforço intencional de demarcação da diferença do que se apresenta e do que existia antes.

O quadro em anexo (anexo 3) explicita o conjunto de ações propostas pelo documento, relacionando, quando pertinente, tais propostas às críticas ligadas ao período anterior. Além das ações, o documento sugeria, numa lista, seis nomes concretos de candidatos para ocupar o cargo de responsável para a área de saúde bucal.

No que concerne à lógica de formulação desta proposta de política, acreditamos que a construção tenha sido articulada através de uma janela de oportunidade. Desta vez, diferentemente do que vimos na política de saúde bucal no PSF, a janela de oportunidade foi vislumbrada em cima de um problema que ocupa total centralidade no projeto de governo – o Fome Zero. Antes mesmo de se tornar política, os formuladores galgaram um lugar de destaque para garantir sua entrada e sua prioridade na agenda. Ou seja, a janela de oportunidade foi usada para fazer um laço mais forte entre a saúde bucal e os problemas mais centrais na agenda do Executivo Presidência. Contudo, do ponto de vista do processo de sua estruturação, os formuladores não abriram mão da base de discussão do movimento sanitário. Percebemos isto com clareza no contraste entre o título do documento e a definição dos perfis dos gestores. Na verdade, o perfil é o elemento-chave de negociação que permite a consistência técnica e o compromisso entre a identidade do PT, a pasta da Saúde e da saúde bucal.

Portanto, o documento mostra a existência de uma articulação de profissionais de saúde e de saúde bucal no âmbito do PT (e de sua base aliada), com um projeto político que situava a saúde bucal no conjunto de uma perspectiva da saúde, dentro de um conjunto de uma perspectiva mais geral. E que pautava

como elemento central não apenas a definição de propostas específicas, como a sugestão de nomes para os cargos e a proposta de uma maior visibilidade para a política.

Num primeiro olhar, a demanda desse grupo foi atendida. Logo após a posse do presidente Lula foi feita uma série de alterações de estrutura no interior do MS. A Secretaria de Assistência à Saúde passou a se denominar Secretaria de Atenção à Saúde; a Secretaria de Políticas de Saúde foi extinta e foram criadas: a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a Secretaria de Gestão Participativa, a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, conforme mostra o Organograma (Anexo 4).

No bojo dessas mudanças foi pactuada a transformação da Área Técnica de Saúde Bucal para Coordenação Nacional de Saúde Bucal, que permaneceu na hierarquia institucional subordinada ao Departamento de Atenção Básica, que por sua vez está subordinado à Secretaria de Atenção à Saúde. Cabe aqui sinalizarmos duas questões: uma diz respeito à relevância que a mudança de nomenclatura parece ter para o atual gestor, na medida em que, em sua fala, ele pontua essa alteração como a primeira negociação feita com o ministro. A outra questão diz respeito ao espaço real de subordinação. O organograma do MS (disponibilizado na Internet) não apresenta os departamentos vinculados às Secretarias e nem as coordenações dos programas específicos, como é o caso da saúde bucal. Contudo, a agenda da saúde bucal que será executada, como se verá adiante, é muito mais ampla do que a agenda da atenção básica à qual ela estaria subordinada. Há evidências na própria fala do coordenador que mostram um alcance e um poder de relação maior que não é restrito a essa aparente institucionalização. Ou seja, a subordinação no organograma, neste caso, não reflete a inserção real. A saúde

bucal já superou o que é a inserção formal, mas essa nova relação ainda não se instituiu numa nova relação equivalente ao poder de que efetivamente a Coordenação de Saúde Bucal dispõe. Em outros termos, ao virar coordenação, a saúde bucal não foi “aprisionada” num órgão da estrutura administrativo-burocrática do MS.

Uma das primeiras iniciativas da CNSB foi dar continuidade ao SB Brasil, que foi concluído no final de 2003, e realizar o detalhamento do planejamento do que seria a política nacional de saúde bucal, que viria a se materializar em 2004 com o Brasil Sorridente. Essa iniciativa de conclusão do levantamento também se relaciona à crítica feita anteriormente pelo documento Fome Zero e Boca cheia de Dentes.

Examinando, ainda que em caráter exploratório, a produção normativa da Coordenação, podemos verificar que, durante o ano de 2003 e início de 2004, uma série de portarias foram lançadas, aumentando consideravelmente o volume da produção.

Primeiramente, os valores dos incentivos financeiros para as ações de saúde bucal no âmbito do PSF foram reajustados em 20%, junto com os reajustes do PSF como um todo, através da Portaria n.º 396/GM, de 4 de abril. Vale ressaltar que os valores dos incentivos adicionais permaneceram os mesmos, sem atualização desde a Portaria n.º 1.444/00.

A Portaria n.º 673/GM, de 3 de junho de 2003, divulgada dois meses depois, ratifica estes valores, mas acrescenta uma inovação. A inovação muda a regra de estabelecimento de tetos, pois permite que os municípios implantem quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, conforme o critério do gestor municipal, não podendo ultrapassar o número de ESF existentes e considerando a lógica de organização da atenção básica.

É interessante notar que essa portaria não se relaciona diretamente às novas propostas que estavam sendo articuladas, mas trata da operacionalização da proposta anterior. Portanto, a coordenação não interrompeu a política de inclusão da saúde no PSF.

Com a Portaria n.º 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, os recursos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal foram novamente aumentados. Na modalidade I, o incentivo passou de R\$ 15.600,00 para R\$ 20.400,00 anuais/equipe e, na modalidade II, o incentivo passou de R\$ 19.200,00 para R\$ 26.400,00 anuais/equipe. Corrigiu-se de R\$ 5.000,00 para R\$ 6.000,00 o valor do incentivo adicional para a compra de equipamentos e materiais permanentes clínicos. Foram fornecidos (um) equipo odontológico completo para as equipes habilitadas ou que se habilitassem na modalidade II, e o incentivo de R\$ 1.000,00 em parcela única, para cada equipe de saúde bucal já implantada, para a compra de materiais permanentes. E incluiu-se o procedimento de moldagem, adaptação e acompanhamento para prótese no grupo das ações básicas em odontologia.

Para compreender o significado dessa inclusão na atenção básica, talvez seja necessário rever a noção de atenção básica colocada pelo MS. Segundo o Manual do MS (1998), na atenção básica entram os procedimentos necessários para dar conta das demandas mais frequentes. Isto faz com que a atenção básica possa ser enriquecida ao assimilar determinados procedimentos. Partindo desta perspectiva, consideramos que a inclusão dos serviços na área de prótese feita pela portaria citada significa reconhecimento de que estes procedimentos são extremamente frequentes e necessários, e inovação, pois, após identificar a necessidade de inclusão das ações, os inseriu na atenção básica. Portanto, parece que aqui se opera uma forma de enriquecimento da atenção básica e da sua agenda.

Paralelamente a isto, começou-se a construir os indicadores de monitoramento de fluoretação das águas de abastecimento público, junto com o Ministério das Cidades, dando prosseguimento às ações de fluoretação que já integravam a agenda da saúde bucal.

No processo da formulação da política, mais importante do que esses passos foi a publicação, em janeiro de 2004, das “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”.

Debruçando sobre o texto das Diretrizes, identificamos questões que haviam sido apontadas ainda no documento Fome Zero e Boca Cheia de Dentes.

O documento das Diretrizes foi apresentado como resultante de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal. No texto anterior, havia uma crítica à capacidade de interlocução da área técnica de saúde bucal com as coordenações estaduais. Defendia-se, nas ações propostas, uma inversão das características de definir ações e processos em Brasília e de fazer com que o MS passasse a ser a expressão dos processos em desenvolvimento nos estados e municípios.

O objetivo das Diretrizes, conforme o texto da apresentação, seria suscitar, com o conjunto de proposições, a ampliação do debate junto a vários níveis, entre eles a III Conferência Nacional de Saúde Bucal (III CNSB), com a perspectiva de construir e consolidar propostas futuras. No texto anterior, a ausência de uma conferência nacional foi ressaltada e apontada como ação imediata convocar a III CNSB, precedida de conferências municipais e estaduais.

A discussão das Diretrizes foi proposta para ser estendida no âmbito dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. No texto anterior, as ações deveriam ser articuladas às deliberações dos Conselhos.

As Diretrizes apontam caminhos para a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. O documento anterior dizia que a política deve articular ações em todos os níveis e instâncias da gestão da saúde.

O texto das Diretrizes aborda a importância da construção de uma prática efetivamente resolutiva, embasada pelo conhecimento acerca da realidade. Já o texto anterior suscitava o início de um processo efetivo de enfrentamento e superação das dificuldades sociais.

Entre os pressupostos das Diretrizes, alguns já estavam previstos de alguma forma no documento anterior, são eles: o compromisso de qualificação da atenção básica (garantia de resolutividade e qualidade); a articulação entre a rede de atenção básica e toda a rede de serviços; a utilização da epidemiologia e informações sobre o território para subsidiar o planejamento das ações; o acompanhamento, através de indicadores adequados, dos impactos das ações; a avaliação contínua, centrando a atuação na vigilância sanitária; a incorporação da Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica; a definição de política de educação permanente para os trabalhadores, a política de financiamento para o desenvolvimento de ações e a definição de uma agenda para a pesquisa científica.

Vale ressaltar que a estratégia de Saúde da Família aparecia no texto elaborado antes da posse do presidente como uma entre outras opções para a reorganização da atenção básica. Já nas Diretrizes, o Saúde da Família é tido como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica.

Também identificamos nas Diretrizes pontos que inovam ou que vão além do que foi apresentado no documento para a equipe de transição, que caracterizamos a seguir.

▪ O Cuidado

Uma das idéias-chave apresentadas é a do cuidado como eixo de reorientação do modelo. Assim, o texto fala da capacidade de “propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do *cuidado*.” (BRASIL, 2004, p. 2)

Note-se que o cuidado aparece aqui como característica fundamental do produto do trabalho na saúde bucal: “O desenvolvimento de ações na perspectiva do *cuidado* em saúde bucal...” (BRASIL, 2004, p. 5)

Encontramos o termo se repetindo por dez vezes durante o texto. Isto pode sinalizar a ênfase que os formuladores querem dar ao conceito de Linha do Cuidado, amplamente debatido pela Saúde Coletiva e que constrói uma lógica que atravessa sem descontinuidade os vários lugares dentro dos serviços que prestam atenção à saúde. “Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as linhas do *cuidado*...” (BRASIL, 2004, p. 3)

▪ Integralidade

Segundo Mattos (2003), integralidade pode estar relacionada à esfera das práticas, à esfera da organização dos serviços e à esfera dos valores atrelados à política.

Em nosso estudo, criamos categorias analíticas a partir dos sentidos da integralidade discutidos pelo referido autor e verificamos que o termo aparece repetidamente durante todo o documento, por aproximadamente seis vezes. Dentre os usos do termo, identificamos as seguintes marcas nas Diretrizes:

a) Integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde: se expressa na forma como os profissionais

respondem aos usuários que os procuram; na compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços que o usuário apresenta; na busca que vai além das demandas explícitas ligadas às doenças ou que podem vir a se apresentar.

“a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.” (BRASIL, 2004, p. 6)

E ainda, “desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social.” (BRASIL, 2004, p. 5)

b) Integralidade como um valor diretamente ligado à organização dos serviços: se expressa no documento como um princípio de organização permanente do processo de trabalho nos serviços. “[...] assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção”. (BRASIL, 2004, p. 4)

c) Integralidade usada para designar atributos e valores de algumas políticas de saúde: quando a resposta governamental a determinados problemas de saúde incorpora ações voltadas à prevenção e ações voltadas à assistência. Nesta esfera, a integralidade foi apresentada como um dos pressupostos das Diretrizes.

“O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito...” (BRASIL, 2004, p. 3)

“Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da

população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência.” (BRASIL, 2004, p. 4)

- **Gestão participativa**

Para os formuladores do documento, a gestão participativa permeou o texto na medida em que evoca o debate desse documento em várias instâncias de discussão coletiva e a possui como princípio que visa à contribuição das representações sociais para o desenvolvimento das ações.

“definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo.” (BRASIL, 2004, p. 5)

A ética, o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilidade profissional também são princípios norteadores das diretrizes para o desenvolvimento das ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal. Mas estes conceitos não foram massificados no texto, conforme os conceitos citados anteriormente. Cabe ressaltar que, entre estes princípios, somente a gestão participativa, tinha sido apontada pelo documento anterior.

O uso dos termos “humanização” e “cidadania” caracterizam o processo pelo qual se constituíram os princípios. Entre as ações definidas pelas Diretrizes, algumas se apresentam como inovações, pois incluem nas rotinas de assistência métodos que aprimorem os serviços e garantam a atenção, de fato, do indivíduo em todas as suas necessidades, nas esferas da atenção básica, secundária e terciária.

Para a atenção básica, em especial, ficou designada a competência para assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. (BRASIL, 2004, p.11)

Também foi prevista a inserção de procedimentos mais complexos, como por exemplo, a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, restauração de dentes com cavidades complexas, entre outros, com o intuito de contribuir para o aumento do vínculo, da credibilidade e do reconhecimento do valor do serviço odontológico, aumentando-lhe a impacto e a cobertura.

A estratégia Saúde da Família mereceu dos formuladores um tópico específico para tratar de seu histórico e de sua caracterização. Ela aparece, como vimos, no documento, como fundamental à organização da atenção básica do SUS.

Para a média e alta complexidades o documento faz críticas ao modo como a assistência odontológica tem-se restringido quase que exclusivamente aos serviços básicos no país, tendo os procedimentos especializados um percentual baixíssimo do total dos procedimentos odontológicos, e que compromete o desenvolvimento do sistema de referência e contra-referência. Sinaliza a necessidade de investimentos que permitem aumentar o acesso aos níveis mais complexos do sistema e para atender a esse desafio institui os Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CREO), que mais tarde, junto com o procedimento de prótese inserido na atenção básica, seriam o grande carro-chefe da divulgação do Brasil Sorridente.

De uma forma geral em relação à linguagem, foram utilizados no texto das Diretrizes termos como “sugere-se”, “visando à ampliação do debate junto”, que

parecem querer dar um tom democrático a política. No entanto, em entrevista, Gilberto Pucca afirmou que:

na verdade, as diretrizes foram construídas primeiro, claro, ao longo do tempo, na campanha eleitoral elas foram produzidas de um ponto de vista macro para ser um material usado em campanha, então com um formato de campanha. A partir da vitória do presidente nós já começamos a trabalhar na transição, transformando o que eram alguns pontos que a gente achava importante no que se transformou as diretrizes.

A partir do texto Fome Zero e Boca Cheia de Dentes, estabeleceu-se que a saúde bucal demandava uma política efetiva, “sendo muito mais abrangente do que aprisionar a saúde bucal num órgão da estrutura administrativo-burocrática do MS”.

Neste sentido, as Diretrizes apresentam a tal Política Nacional de Saúde Bucal, evocada pelo documento base construído durante o período de transição, operacionalizando grande parte das ações balizadas anteriormente e detalhando a discussão a partir de alguns conceitos que aparecem pela primeira vez no bojo da saúde bucal.

É interessante notar que no arcabouço da lei não seriam as Conferências Nacionais que deveriam propor as Diretrizes? Mas não parece que este tenha sido o caminho, uma vez que toda a política foi proposta pelo grupo de militantes do PT e apresentada à sociedade antes de ser levada à conferência.

Em março de 2004, o Presidente da República lançou, em Sobral - CE, o Programa Brasil Sorridente. Por mais que, em seguida, o Ministro da Saúde, através da Portaria n.º 318/GM, tenha convocado a III CNSB, “considerando a necessidade de direcionar a Política Nacional de saúde Bucal” (BRASIL, 2004), esta só veio a se realizar em julho do referido ano.

Na mesma época foram lançadas portarias que tratavam da operacionalização da política. A Portaria n.º 1.570/GM, de 29 de julho de 2004, definiu a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e dos Laboratórios Regionais de Próteses dentárias – LRPD. O documento normatizava os critérios para a efetivação da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, instituindo os CEOs. Estes são unidades de referência para a atenção básica, integrados ao planejamento loco-regional e ofertam, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menos, classificados em CEO tipo I (com três cadeiras odontológicas) e CEO tipo II (com quatro ou mais cadeiras odontológicas).

O levantamento nacional de saúde bucal (SB2000), concluído em 2004 pelo MS, pesquisou as condições de saúde bucal da população brasileira e foi descrito no documento como um elemento que embasou na formulação do Brasil Sorridente. Segundo Gilberto Pucca, o Brasil Sorridente foi lançado exatamente uma semana depois do anúncio do resultado do SB Brasil.

O programa propôs, além da criação dos CEOs, estruturar a distribuição de insumos para as ESB no PSF, aumentar os incentivos, fornecer equipo odontológico completo para as equipes de modalidade II, apoiar na implantação da fluoretação das águas de abastecimento, aumentar a resolutividade da atenção básica e viabilizar a geração de empregos na área.

A Conferência foi realizada em Brasília, de 29 de julho a 1º de agosto de 2004 (depois de 11 anos sem uma conferência na área), com o tema “Acesso e qualidade superando a exclusão social”. O relatório final contou com 883 delegados presentes e apontou questões da área de educação e construção da cidadania; controle social, gestão participativa e saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal; formação e

desenvolvimento em saúde bucal; o trabalho em saúde bucal; financiamento e organização da atenção em saúde bucal.

Para o coordenador, a conferência foi o “momento de discussão do lançamento do Brasil Sorridente” e por mais que ele não queira diminuir a importância da Conferência na construção da Política, na verdade esse espaço só pôde ser utilizado para a divulgação.

A coordenação nacional adquiriu uma rubrica específica para a saúde bucal, em que pese o fato de executarem orçamentos de outras áreas também. Neste sentido, na fluoretação das águas, por exemplo, a saúde bucal executa o orçamento da FUNASA; as ESB no PSF são financiadas pelo piso, não é um orçamento específico da saúde bucal. Todo o orçamento dos CEOs é do MAC, que é executado junto com a média complexidade, da mesma forma, todas as ações hospitalares, com a alta complexidade. O orçamento específico reforça outras ações.

Como vimos, o problema do modelo assistencial foi tematizado no planejamento da política. O objetivo aparente dos formuladores estava em enfrentar os problemas de saúde bucal da população, ou pelo menos em diminuí-los, como ainda não tinha sido feito pelo MS.

Uma vez que os pensadores ligados ao PT passaram a ocupar o governo, a mudança começou a ser implantada. O documento das Diretrizes levantou os pontos que mereciam atenção do governo. Vale ressaltar que esses pontos já vinham sendo amplamente discutidos desde quando o grupo de formuladores ainda era oposição. O referido documento foi a apresentação pública da política, com intenção, inclusive, de ter suas bases legitimadas pelo espaço de construção coletiva das Conferências. De qualquer forma, as diretrizes faziam uma relação à marca Brasil Sorridente, o que possibilitaria sua formulação caso esta não fosse demandada pela conferência.

Portanto, a PNSB estruturou-se em cima de certos valores do SUS. Antes disso, ela responde a certos valores da sociedade brasileira, pois estes estão na Constituição Federal.

O nexos com o SUS e seus princípios, conforme explicitado, decorreu desde o grupo da coligação. Entretanto, também desde lá existiu uma outra trajetória na linha do marketing político que se ancorou na expressão “fome zero e boca cheia de dentes” e na articulação com a agenda prioritária do Executivo Presidência, que naquele momento inicial estava centrada na estratégia de luta para entrar no governo. Este modelo segue sendo valorizado, no discurso do Presidente durante o lançamento da Política Nacional em Sobral (BRASIL, 2004) e na contínua evocação do coordenador da centralidade para o Executivo Presidência e na marca dada ao Brasil Sorridente.

A saúde bucal começou a ocupar, então, lugar de destaque nos veículos de divulgação do governo. A logomarca Brasil Sorridente espelhava a alegria em sorrir na perspectiva do direito. Vendeu com sucesso a proposta da política que visa a ampliar o acesso e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira, tornando-se “a menina dos olhos”, pois se configurou como a primeira política efetiva de governo na área de saúde bucal dentro do SUS.

Foram encontrados elementos na fala do coordenador que demonstram a centralidade que a saúde bucal passou a ter na agenda do Executivo Presidência: o acesso a reuniões com o presidente e a cobrança sistemática deste em relação aos resultados da política, a manutenção do coordenador no cargo após a mudança de ministro, o aumento gradativo dos recursos para o área. Este crescimento da centralidade é visível, inclusive, na ampliação do espaço físico de ocupação e da equipe técnica que integra a CNSB.

A política foi ancorada fortemente nos valores do SUS, agora, a continuidade está sendo dada pela questão do marketing que ocupa centralidade na agenda do Executivo Presidência. Mais do que isso, cabe notar que ao se apresentar a política para a sociedade foi dada uma ênfase maior no marketing político do que da conexão dos princípios da saúde bucal com os princípios da saúde como direito. É como se o Brasil Sorridente surgisse como um programa autônomo, característico do governo do PT.

A centralidade da Política Nacional de Saúde Bucal apareceu muito claramente na fala do coordenador nacional, no discurso do Presidente durante o lançamento do referido programa em Sobral e em outros discursos. O significado disso, entretanto, é interessante, pois na fala do coordenador há sugestões de que a Presidência da República teve uma significativa iniciativa.

[...] foi uma demanda do presidente da república [...] o presidente Lula, colocou isto no gabinete e colocou isto aos 4 ventos deste país. Não era mais concebível o povo brasileiro ser aleijado de ter dentes na boca e de não morrer de câncer de boca. O Estado brasileiro tinha que ver isso e o gov federal tinha que chamar para si esta responsabilidade e em nenhum momento isto poderia ser diferente. Isto presidente deixou absolutamente claro desde o início.

Contudo, o estudo mostra que as bases técnicas da formulação foram feitas por uma base organizada pelo grupo do PT ligados a discussão das diretrizes do SUS que formularam uma demanda. Ao fazer esta demanda o grupo também gerou uma demanda de marketing quando fez a associação com o Programa Fome Zero. Associação que, de fato, nunca foi inerente a política de saúde bucal. Do ponto de vista do discurso, houve uma ênfase maior dos nexos do Brasil Sorridente com o Fome Zero e com as prioridades apresentadas pelo Executivo Presidência do que

dos nexos com o SUS, apesar da consistência da proposta expressa no documento da política nacional é diretamente conectada aos valores do SUS.

Isto nos permite dizer que a estratégia do marketing político utilizada destacou a saúde bucal do conjunto das questões, mas ao mesmo tempo, poderá gerar problemas de sustentabilidade da Política Nacional de Saúde Bucal nos governos posteriores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou a construção da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no período de 2000 a 2004.

Preliminarmente, buscamos olhar a trajetória da saúde bucal na agenda e encontramos questões de saúde bucal sendo objeto de algum grau de consideração nas políticas que remontam à década de 40, com os serviços da Fundação SESP. Contudo, o que estava presente na agenda não era necessariamente a saúde bucal enquanto problema público e a tentativa governamental de dar respostas a esse problema. Encontramos nessa agenda ações que indicaram um alcance pequeno e uma notável desarticulação da assistência. As duas modalidades de práticas ofertadas pela Seção de Odontologia do SESP foram a fluoretação das águas de abastecimento público nas Companhias de Municipais de Águas e Esgotos, administradas pelo próprio SESP, e a implantação de um sistema incremental que incorporava gradativamente os indivíduos no atendimento, seguindo o critério de prioridade para os menores de idade, caracterizando-se como um modelo predominantemente de assistência a escolares.

Vimos que, ao longo dos anos 80, um grupo de odontólogos trabalhou no MS e garantiu um espaço institucional que se responsabilizava pela formulação de políticas; entretanto, o espaço possuía baixíssima centralidade no interior do Executivo Saúde. Em 1986 foi realizado um levantamento epidemiológico que refletiu a preocupação do órgão em analisar os problemas de saúde bucal, mas que não se desdobrou em políticas que dessem respostas aos problemas.

Com a constituição do Sistema Único de Saúde, a questão novamente

apareceu na agenda da saúde através da inserção de alguns procedimentos odontológicos na tabela do SUS e com serviços assistenciais da rede. Neste sentido, a entrada da saúde bucal na agenda não ocorreu com a criação dos incentivos para o PSF; havia algumas ações que inseriram a saúde bucal na agenda da saúde pública anos atrás.

Na agenda do SUS, verificamos um processo de institucionalização que acompanhou a trajetória da saúde bucal no MS, que foi desde o GT Odonto, passando pela ATSB e chegando à Coordenação Nacional. Essa trajetória institucional não foi um processo todo contínuo, mas de crescente institucionalização. E, de alguma forma, essa participação institucional da saúde bucal permitiu um aumento da centralidade na agenda.

Contudo, como vimos, a trajetória crescente não refletiu um processo de acumulação na política linear. Evidenciamos dois importantes momentos de tentativa de crescimento da centralidade da saúde bucal na agenda geral da saúde no MS, que foram: a entrada da saúde bucal no PSF e a Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente. Nos dois momentos houve tentativas articuladas de aumento da centralidade da saúde bucal na agenda.

No primeiro momento, a tentativa ocorreu através da busca do espaço institucional e de recursos financeiros, que só avançou na medida em que precisou negociar com os níveis superiores do MS. Essa empreitada parece ter partido de uma trajetória intratécnica dentro de um nicho institucional fragilmente colocado e não central à política. Esteve conectada ao Executivo Saúde, onde se construiu uma proposta de entrada no PSF, através de uma janela de oportunidades, o que permitiu uma articulação subordinada à política de atenção básica. Neste caso, foi a figura do burocrata que esteve presente no movimento para a construção da

proposta, que lutou internamente por isso, que definiu determinadas questões e negociou com atores externos. Vale lembrar que os atores externos que aparecem na fala da gestora e nos documentos oficiais não fizeram reivindicações; na verdade, os atores externos só participaram do posicionamento, inclusive com tensões, sobre a proposta levada pela coordenação.

Acreditamos que, apesar da ausência de demanda externa significativa, de projeto previamente articulado e de articulações institucionais relevantes, a coordenação da ATSB naquele primeiro momento gerou uma entrada significativa da saúde bucal na agenda da atenção básica.

O que nos chamou a atenção nesse processo foi a busca de espaço institucional e não um projeto previamente articulado para a saúde bucal.

Já no segundo momento, encontramos um projeto político que buscava sua legitimidade e centralidade pelas características do projeto, derivando dele (projeto) a delimitação do espaço institucional.

O referido processo partiu de um amplo debate realizado por um grupo de intelectuais e profissionais de saúde, muitos da saúde bucal, militantes do PT e de partidos da coalizão, que tinham um discurso que incorporava os elementos do movimento da reforma sanitária. Desse grupo, faziam parte, inclusive, algumas pessoas que já tinham participado de experiências de gestão em prefeituras do PT.

No momento em que formulou o projeto, o grupo estava fora do Executivo. Durante o processo, o grupo elaborou um conjunto de propostas que foram apresentadas logo após a eleição, como um embrião de projeto de política de saúde bucal para o governo Lula, e montou a estratégia de chegar ao poder, quando sugeriu nomes para ocupar o cargo de coordenador na área de saúde bucal do MS, apontou perfis para o Ministro da Saúde e definiu ações. Ao entrar no governo, o

grupo transformou o projeto em política. Esta assume uma forte marca identitária do PT, mantendo conexões com o projeto da reforma sanitária. Portanto, este grupo técnico articulado ao PT conseguiu ter um espaço político de poder a partir do qual apresentou a política, que foi lançada no espaço da III Conferência Nacional de Saúde Bucal. E que recebeu, posteriormente, uma marca – Brasil Sorridente. Essas questões permitiram uma grande expressão no próprio Executivo Presidência, em seu programa de governo.

Neste caso, o que nos chamou a atenção foi a relação inversa àquela estabelecida no primeiro momento, pois na trajetória percorrida, a janela de oportunidade foi dada por um processo de uma nova coalizão do governo que permitiu que o projeto da saúde bucal pudesse se apresentar concretamente como proposta de articulação e permitiu, ainda, a geração das conseqüências institucionais.

Em nosso estudo não encontramos evidências da participação significativa, em ambos os momentos de formulação, de atores externos envolvidos no processo. Localizamos a questão a partir do ponto de vista do Executivo Saúde. No processo de entrada da saúde bucal no PSF, o ator relevante foi a burocracia constituída pelo grupo que estava no Executivo Saúde fazendo leituras técnicas a partir aquele espaço e pautando as articulações e as negociações. No processo de formulação da PNSB Brasil Sorridente, o ponto central dizia respeito ao processo que antecedeu a entrada do coordenador e que, inclusive, garantiu sua entrada no governo. Ou seja, a organização de um grupo de profissionais da saúde e da saúde bucal que vinham atuando no PT e que tinham compromisso com o movimento sanitário e uma leitura partidária do projeto de sociedade que incluía a saúde neste projeto foi o que se estabeleceu como um ator externo, sendo o coordenador um representante do

próprio movimento.

Vale ressaltar que ele se tornou coordenador justamente por representar o movimento que o indicou e que, portanto, organizou um espaço de poder completamente diferente do que havia na gestão anterior. Desta forma, existiram atores presentes no processo, mas a condução do processo de formulação foi toda do Executivo Saúde nos dois momentos.

Podemos dizer, portanto, que ambas as gestões avançaram. Não se trata de um avanço contínuo, uma vez que ele ocorreu desde condições distintas. Essas condições distintas englobaram a própria trajetória dos atores sociais.

Em relação ao poder, identificamos que o poder no espaço institucional cresceu e está crescendo, mas trata-se de um poder profundamente diferenciado. Ele não foi derivado do crescimento institucional, mas derivou das características específicas dos dois processos de formulação da política. No tensionamento do processo de construção da PNSB, o poder veio de fora, da possibilidade do grupo de conseguir articular o projeto de política da saúde bucal dentro de um projeto da saúde, dentro de um projeto de governo.

Um outro elemento que observamos foi a característica da PNSB que possui uma base técnica de conexão com o SUS e com o Marketing político. O esforço em fazer um elo entre a política com determinados pontos do marketing considerados centrais na agenda do Executivo Presidência esteve presente desde o início da proposta. Talvez, este caminho reflita a trajetória da macro-política no Brasil que adotou a relação da dinâmica entre o marketing político e a dinâmica da formulação de políticas.

A saúde bucal ocupa hoje, inegavelmente, um lugar de grande relevância no MS. Mesmo assim, poderíamos suscitar dúvidas sobre a sustentabilidade desse

projeto no futuro, em médio prazo. Pois o que garante a centralidade da saúde bucal na agenda do MS hoje é tão somente o resultado da coalizão desse grupo político nesse governo. Podemos afirmar que esta sustentabilidade dependerá em grande parte da continuidade político partidária ou do apoio de uma série de atores externos que não participaram no processo da formulação.

Existem, neste sentido, evidências de que talvez o caso da formulação de políticas de saúde bucal durante o governo Lula possa ser um caso ilustrativo de uma política de base técnica capturada pelo marketing político. Encontramos neste programa elementos de uma forma de atuar da política no jogo democrático que sugerem uma captura do político pelo marketing.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, J. E. **Public policy making**. Thomas Nelson and Sons, 1975.
- ARENDDT, H. **O que é política?** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- AVELAR, L. CINTRA, A. O. (org.) **Sistema Político brasileiro**: uma introdução. Rio de Janeiro: Fundação Konrad - Adenauer - Stiftung; São Paulo: Fundação Unesp. Ed, 2004.
- BAPTISTA, T. W. F. **Políticas de saúde no pós-constituente**. Um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil. 2003. 369 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- BOBBIO, N. **Dicionário de política**. 5 ed. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000.
- BOTAZZO, C. **Saúde Bucal Coletiva**: um conceito em permanente construção. São Paulo, 1992.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.
- BRAGA, José Carlos e PAULA, Sérgio Goes de. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES/ HUCITEC, 1981.
- BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1991. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS - e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIII Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. 17 a 21 de março, 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 1.444**, de 28 de dezembro de 2000. Incentivos à saúde bucal no PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 267**, de 06 de março de 2001. Incentivo a saúde bucal no PSF. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 396**, de 04 de abril de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 673**, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo às ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica - PAB . Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 74**, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimentos de moldagem para prótese e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 318**, de 04 de março de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 1.434**, de 14 de julho de 2004. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 1.570**, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. III Conferência Nacional de Saúde Bucal. Acesso e qualidade superando a exclusão social. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assessoria de Comunicação Social. **Discurso do Presidente da República** (transcrição). Saúde Bucal. Sobral-CE. 17 de março de 2004. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil_sorridente.php. Acesso em: 10 de fevereiro de 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil Sorridente**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578. Acesso em: 16 de junho de 2005.

- CALADO, G. S. **A inserção da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família: principais avanços e desafios.** 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.
- CHAVES, M. M. **Odontologia Social.** 2 ed. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil, 1977.
- CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Revista Ação Coletiva**, v.1, n.1, 1998.
- CÓRDON, J. A. **A inserção da Odontologia no SUS.** Avanços e dificuldades. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 1998.
- COSTA, Nilson do Rosário. **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: saúde e saneamento na agenda social.** São Paulo: HUCITEC, 1998.
- CUNHA, E. S. **História da odontologia no Brasil (1500-1900).** 2 ed. Rio de Janeiro: Científica, 1952.
- DEUTSCH, K. W. **Política e governo.** Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1983.
- FILHO, A. D. S. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista Brasileira de Saúde da Família.** Ano II n.6 dez, 2002.
- FOME Zero e boca cheia de dentes. 2002. 8 p. mimeografado.
- GARCIA, D. V.; SOUZA, D. S.; LIMA, K. S. Sobre as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal: algumas considerações. IN GARCIA, D. V. **Novos Rumos da Saúde Bucal: os caminhos da integralidade.** Rio de Janeiro: ABO-RJ/ ANS/ UNESCO, 2005.
- GARCIA, R. L. Para quem investigamos, para quem escrevemos: reflexões sobre a responsabilidade social do pesquisador. IN: MOREIRA, A. F. et al. **Para quem pesquisamos, para quem escrevemos: o impasse dos intelectuais.** São Paulo: Cortez, 2001.
- KINGDOM, J. **Agendas, alternatives and public policies.** 2 ed. EUA: Harper Collins College Publis, 1995.
- KLUTHCOUSKY, Fábio Aragão. **Avaliação do processo de expansão do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil.** 2005. 186 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- LECOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90. Relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência e Saúde Coletiva.** V.6, n.2, Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.
- LEMIEUX, V. Les Politiques publiques et les alliances d'acteurs. IN LEMIEUX, V. et al (Org.) **Le système de santé au Québec – organisation, acteurs at enjeux.** Saint-Foy: Les Press de L'Université Laval, 1994.

- LINDBLOM, C. E. **O processo de decisão política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981. (coleção pensamento político, 33).
- MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. 2005.393 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.
- MAINGÓN, T. **Las políticas sociales**: discusión teórica, conceptual y metodológica. OPAS, OMS. Séries informes técnicos 4. Washington, 1992.
- MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil**: tendências da década de 1990. 116 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
- MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e ofertando idéias**. Um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial. 2000. 306 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.
- MATTOS, R. A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. IN: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.
- MATTOS, R. A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. IN: PARKER, R. (Org.), GALVÃO, J., BESSA, M. S. **Saúde , desenvolvimento e política**. Respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 1999.
- MÉDICI, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
- MENDES, A., MARQUES, R.M. De olho no financiamento da atenção básica e no Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano V, n.7, p.72-85, jan. 2003 - abr.2004.
- MENDES, Eugênio Vilaça, 1993. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80; a conformação da reforma Sanitária e a construção de hegemonia do projeto neoliberal. IN: Mendes, Eugênio Vilaça.(org.) **Distrito Sanitário**: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. HUCITEC/ ABRASCO.
- MERCADANTE, O. A. et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. IN: FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MOREIRA, L. C. H. **A saúde bucal coletiva no contexto do Programa Médico de Família de Niterói** – RJ. O dentista de família. 148 p. 1999. Dissertação

(Mestrado em Odontologia Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1999.

OLIVEIRA Jr, Mozart. 2000. **Critérios para repasse dos recursos federais**. Papel redistributivo do governo federal (MS) e estadual no financiamento da saúde. Artigo de discussão para a XI Conferência Nacional de Saúde (mimeo).

OLIVEIRA, A. G. R. C. et al. Modelos Assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Revista Ação Coletiva**, v. II, n.1, jan/mar 1999.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal**. Odontologia Social e Preventiva. São Paulo: Santos, 1989.

RONCALLI, A. G. et al. Projeto SB 2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**. V.1, n.2, 2000.

SANTOS, B. S. **Conhecimento Prudente para uma Vida Decente**: um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

SANTOS, B. S. **Um Discurso Sobre as Ciências**. São Paulo: Cortez, 2003.

SERRA, C. G. A **Saúde Bucal como Política de Saúde**. Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998. 237 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998.

VIANA, A. L. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. IN: CANESQUI, A. M. (Org.) **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997.

_____. _____. IN: I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde , novembro de 1005, Curitiba. Trabalhos apresentados... Curitiba, 1995.

VIANNA, Solon M. e PIOLA, Sérgio. **Descentralização e gestão do gasto público com saúde no Brasil**. Texto produzido para o XI Seminário Regional de Política Fiscal, promovido por CEPAL e IPEA. Brasília, 1999 .

VIANNA, Solon Magalhães. **Revisitando a distribuição de encargos na saúde entre as esferas de governo**. (mimeo), 2000.

WALT. G. **Health Policy**: an introduction to process and power. Johannesburg, Witwatersrand University Press, London and New Jersey, Zed Books, 1994, second impression, 1996.

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. 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1993.

ZANETTI, C. H. G. et al. Em busca de um paradigma de programação local em Saúde Bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, CEBES, Londrina, n. 13, p. 18-35, jul. 1996.

ZANETTI, C. H. G. **OPINIÃO** : a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. Brasília, 2001. Trabalho Acadêmico (Pólo UnB / Planaltina SUS-DF de Ensino e Pesquisa em Saúde Bucal) - Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília, UnB. Disponível em http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/index_2.htm. Acesso em 18 de maio de 2005.

ZANETTI, C. H. G. **Atenção básica em saúde bucal. Avaliando um ano de qualificação para incentivo federal.** Disponível em http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/curso/enates_po_rs/reorganização-arquivos/frame.htm. Acesso em 18 de maio de 2005.

ANEXO A – Roteiro das entrevistas

Roteiro base:

- 1- – Processo de chegada ao MS
- 2- Período em que permaneceu na coordenação nacional de saúde bucal
- 3- Evocar o marco do período. O que existia na área de saúde bucal no âmbito do Ministério no período que antecede a elaboração do marco?
- 4- Atores que participaram do processo de formulação

Roteiro específico:

Entrevista 1

Você atuou como coordenadora nacional de saúde bucal. Como foi a sua chegada no Ministério da Saúde?

Qual foi o período em que você esteve na coordenação?

Consideramos a portaria 14444/2000 como um marco neste processo. Vamos falar da portaria daqui pouquinho. O que tinha na área de saúde bucal no âmbito do Ministério, antes da portaria?

Caso ela não responda o que eu quero, perguntar: E antes disso, teve alguma coisa?

Da onde surgiu a idéia da ESB?

Como foi que se decidiu pela criação dos incentivos para as ESB no PSF?

Quem participou do processo de elaboração da portaria?

Em 2001 foi publicado o Plano de reorganização pela portaria 267. Como é que foi isso?

Entrevista 2

Você assumiu a coordenação da ATSB em 2003. Como foi a sua chegada na coordenação?

As diretrizes constituem um marco na construção da PNSB. Vamos falar das diretrizes daqui a pouquinho. Mas, eu observei que logo depois da portaria 1444, passa um período que não tem muita coisa nova. Até que entre 2003 e 2004 aparece uma série de portarias da área da saúde bucal. Você poderia falar sobre a produção da ATSB neste período?

Como foi o processo de elaboração das diretrizes?

Quem participou do processo de elaboração?

Caso necessário, evocar: teve um texto inicial produzido pela COSAB, ainda em 2003, para debate no fórum de coordenadores estaduais “saúde bucal na atenção básica” em 2003...como foi?

Você poderia falar sobre o que aconteceu depois das diretrizes?

Qual a expectativa da saúde bucal para a III Conferência?
Ou como foi a convocação da III conferência?

O Brasil Sorridente se transformou num dos ícones do governo Lula . Como é que é isto?

Como foi o processo de elaboração do Brasil Sorridente?

Qual a relação da III CNSB com as diretrizes, tem alguma?

E com a portaria 1570?

Na agenda do governo federal a saúde bucal tem uma centralidade que não tinha. Você falou que o presidente Lula definiu com o novo ministro a sua permanência na coordenação, como foi isto?

Entrevista 3

Como foi a sua chegada na coordenação da saúde bucal?

O que você encontrou quando chegou na coordenação?

Como foi a produção da ATSB no sua gestão?

Como ocorreu o processo de transição do governo na área de saúde bucal?

ANEXO B – Perfil dos entrevistados

Os entrevistados foram selecionados a partir dos seguintes critérios:

- a) cargo ocupado;
- b) atuação entre o período estudado (2000 a 2004).

Sônia Dantas – Formada em Odontologia. Foi coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal, no período de 19995 a 2002. Atualmente atua na coordenação de hipertensão e diabetes do MS. Entrevista realizada em 31 de outubro de 2005.

Antônio Dercy Silveira Filho – Cirurgião-Dentista de formação. Foi coordenador da Área Técnica de Saúde Bucal no período de agosto a dezembro de 2002 (período de transição do governo). Atualmente é coordenador da Gestão da Atenção Básica do MS. Entrevista realizada em 28 de novembro de 2005.

Gilberto Pucca Jr. – Cirurgião- Dentista de formação. Atual coordenador nacional de saúde bucal do MS. Entrevista realizada em 31 de outubro de 2005.

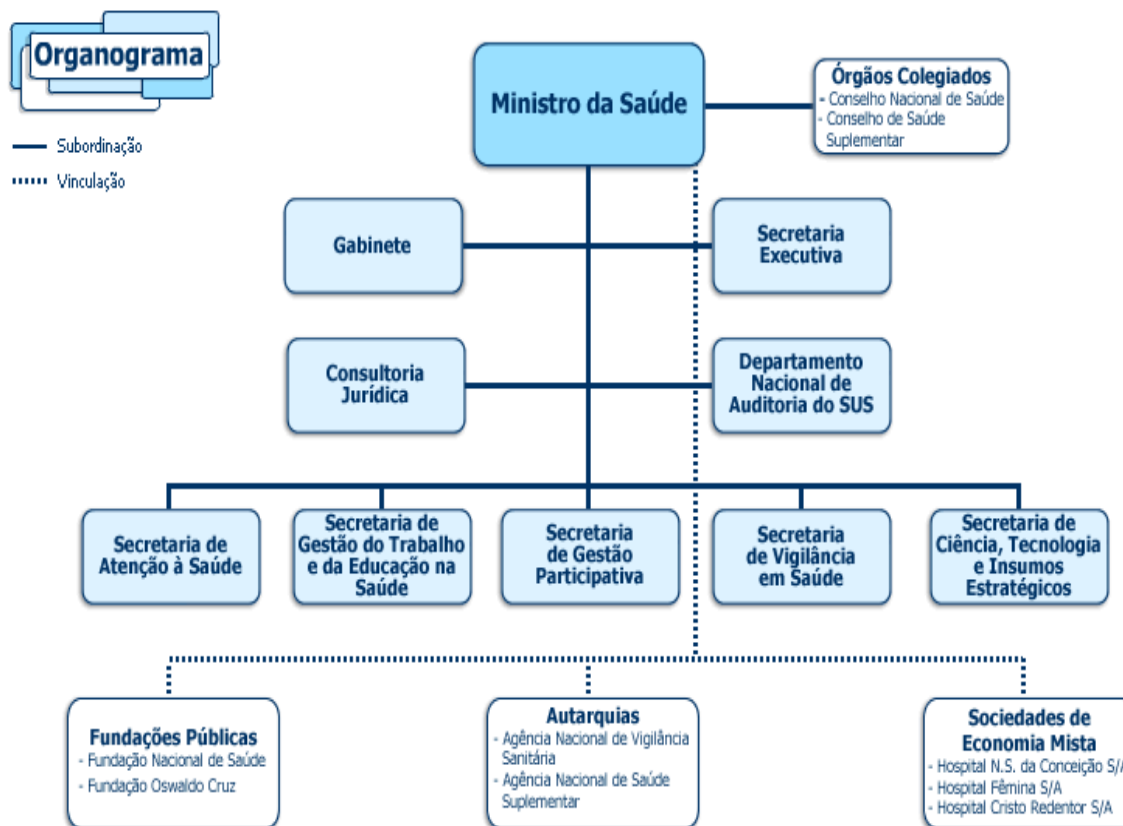
ANEXO C – Propostas de ação de saúde bucal e críticas apresentadas pelo documento Fome Zero e Boca Cheia de Dentes

Propostas de ação de saúde bucal e críticas apresentadas pelo documento Fome Zero e Boca Cheia de Dentes	
Ações de saúde bucal	Críticas
Estabelecer com clareza que a saúde bucal no âmbito federal requer uma política e um responsável pelo acompanhamento, controle e avaliação dessa política; tal política e respectivo responsável devem, para cumprir suas funções, estar integrados e articular ações em todos os níveis e instâncias da gestão da saúde em nível federal, articulando tais ações com as deliberações do Conselho Nacional de Saúde, da Plenária Nacional de Conselheiros.	Isto é muito mais abrangente do que “aprisionar” a saúde bucal num órgão da estrutura administrativo-burocrática do MS.
Construir uma Política Nacional de Saúde Bucal para o governo Lula, com ampla participação da população, dos estados, dos municípios, dos trabalhadores e suas entidades representativas e das entidades odontológicas.	Relaciona-se, indiretamente, a perda de interlocução da ATSB com os estados e municípios.
Articular a PNSB às políticas de saúde e às demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.	
Respeitar o princípio federalista e descentralizador inerente ao SUS, assegurando que a formulação das políticas para a área se traduza em respeito e fortalecimento dos estados e municípios.	Inverter a característica atual de definir ações e processos em Brasília e fazer com que o MS seja a expressão dos processos em desenvolvimento nos estados e municípios
Convocar imediatamente a III CNSB a ser realizada em 2003, precedida de conferências municipais e estaduais.	A mais recente CNSB aconteceu em 1993.
Apoiar a organização do ENATESPO e dos Encontros Estaduais de Serviços Públicos Odontológicos, como elemento estratégico de ação do MS, e aprofundar vínculos e relações mantidas pelo nível federal com essas esferas de governo.	Desarticulação.
Garantir a inclusão do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal SB-2000, no ano de 2003, assegurando-se a efetivação de gestões financeiras, políticas e operacionais que permitam sua finalização e ampla divulgação.	
Organizar e desenvolver, a partir dos sistemas de informações em saúde e de dados específicos complementares, um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal que facilite a realização de levantamentos epidemiológicos, tanto nacionais quanto em nível loco-regional, e contribua para melhorar a qualidade das informações sobre saúde bucal no país. Preparar a realização de uma ampla investigação epidemiológica de abrangência nacional em saúde bucal em 2005 (SB-2005), como elemento estratégico à montagem do mencionado sistema de vigilância epidemiológica.	

<p>Articular as áreas competentes do Governo federal, de modo a que sejam formuladas e operacionalizadas políticas públicas que permitam assegurar a todos os brasileiros acesso a serviços de saneamento, garantindo-se água tratada e fluoretada, portanto, como direito de cidadania.</p>	
<p>Articular ações no âmbito da vigilância sanitária de modo que estados e municípios possam criar e desenvolver atividades de vigilância sanitária em saúde bucal, incluindo Sistemas de Vigilância Sanitária da Fluoretação da Águas de Abastecimento Público baseados no princípio do heterocontrole.</p>	
<p>Viabilizar o mais amplo acesso e insumos de higiene bucal, notadamente escova dentária e creme dental, bem como elaborar instrumentos e materiais pedagógicos de apoio às atividades de prevenção, assegurando espaços institucionais nos meios de comunicação para inserção de mensagens de interesse para educação em saúde bucal. Articular junto ao MEC e às Secretarias Estaduais e Municipais de Educação para inserção de temas transversais de saúde bucal nos currículos escolares.</p>	
<p>Reafirmar que a construção social do SUS é um processo histórico que comporta diferentes estratégias e que, no que diz respeito à atenção básica, a Saúde da Família é uma entre outras estratégias. Nas circunstâncias em que se optar pela estratégia Saúde da Família, a ação do Governo federal deve ser pautada pela orientação de inserir, gradativamente, equipes de saúde bucal no PSF, buscando-se atingir os seguintes objetivos: a) equipes de saúde bucal fazendo parte de todas as equipes de saúde da família; b) efetivação da isonomia salarial de acordo com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS; c) cumprimento da jornada integral (40 horas) por todos os membros da equipe, inclusive o pessoal odontológico; e d) realização de concursos públicos para seleção e contratação dos profissionais.</p>	
<p>Revisar, ou simplesmente extinguir, a atual política de incentivos a modelos preestabelecidos e criar mecanismos para adequar, aumentar e flexibilizar os recursos destinados à saúde bucal, visando a uma maior autonomia do nível municipal para a implementação de melhorias não previstas nas atuais rubricas.</p>	<p>A atual política de incentivos preestabelecidos.</p>
<p>Buscar incessantemente o cumprimento de direito constitucional de acesso universal à assistência odontológica, reconhecida como direito humano básico, com a adoção de ações voltadas para todas as faixas etárias. De modo especial, combater a noção tecnocrática de que, ao alegar a prioridade de crianças e escolares, veta, na prática, o direito universal à assistência odontológica.</p>	
<p>Garantir o atendimento integral, em especial no que tange ao acesso à atenção secundária e terciária, incentivando estados e municípios a criarem centros de referência de especialidades e criar estratégias para ampliar o acesso.</p>	

Integrar a atenção à saúde bucal, incluindo a assistência odontológica, aos programas de saúde do trabalhador e segurança do trabalho.	
Reafirmar o princípio de construção do modelo de atenção em saúde, incluindo a saúde bucal, referenciado na compreensão da saúde na sociedade, de acordo com o conceito ampliado de saúde expresso na legislação relativa ao SUS.	
O responsável pela Política Nacional de Saúde Bucal articulará politicamente com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), visando à ampliação dos direitos dos titulares de planos e seguros odontológicos para aumentar o rol de procedimentos.	
Implementar uma política de formação e de educação permanente, centrada na realidade dos serviços, contemplando a capacitação integrada de profissionais e gestores e rever, adequando-os, o papel e a função social da universidade e dos centros de formadores neste processo de formação e educação permanente. Tal política deve contemplar o desafio da fixação de recursos humanos odontológicos no interior do país, na zona rural e nas áreas de difícil acesso nas grandes cidades e apoiar a constituição de pólos de capacitação em estados e municípios, bem como ampliar os recursos destinados à investigação científica, tanto no âmbito da universidade quanto dos serviços.	
Articular as ações MS-MEC na perspectiva do estabelecimento de critérios que considerem a qualidade. A estrutura física e a necessidade social da população como critérios para abertura ou fechamento dos cursos de Odontologia.	
Apoiar mudanças nas leis relacionadas com o exercício profissional na área odontológica, de modo a adequá-las às necessidades do país, sempre que resultarem de processos democráticos, com vistas à proteção do trabalho de auxiliares e técnicos da área de saúde bucal.	
Incluir informações de interesse da gestão em saúde bucal e da avaliação da área por conselheiros de saúde, nas três esferas de governo, no Sistema de Informações em Saúde, visando à melhoria do diagnóstico, planejamento, controle e avaliação das ações nesse setor.	
Reconhecer a importância econômica e o papel que desempenha na geração de empregos, a produção, no Brasil, de insumos, materiais e equipamentos odontológicos de qualidade. Tais atividades geram, em todas as etapas da produção, benefícios que interessam à população e ao país, contribuindo para diminuir a dependência científica e tecnológica.	

ANEXO D – Organograma atual do MS



ANEXO E – Organograma MS até 2003

